



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**LA PREVENTION DES INFECTIONS
NOSOCOMIALES**

**Enjeux et stratégie du directeur
des soins**

Nadine RENOUF

Primum nil nocere.

Hyppocrate.

Premier des quatre principes
fondamentaux de la
thérapeutique.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA PREVENTION DES RISQUES LIES AUX SOINS.....	5
1.1 De la démarche qualité à la gestion des risques.....	5
1.1.1 L'évolution de la démarche qualité dans le milieu de l'entreprise.....	5
1.1.2 L'émergence de la démarche de gestion des risques.....	6
1.1.3 Les principes de la démarche de gestion des risques.	7
1.2 La gestion des risques liés aux soins.	8
1.2.1 L'évolution des risques liés aux soins.....	8
1.2.2 Les principes de la gestion des risques liés aux processus de soins.....	9
1.3 La sécurité sanitaire dans les établissements de soins.	11
1.3.1 La sécurité sanitaire : une exigence croissante de la société.	11
1.3.2 Le cadre législatif de la sécurité et la qualité des soins.	12
2 LA PREVENTION DE L'INFECTION NOSOCOMIALE.....	15
2.1 Le dispositif de lutte spécifique	15
2.1.1 Les structures.....	15
2.1.2 Les programmes nationaux.....	17
2.2 La problématique du respect des mesures de prévention	19
3 LA METHODOLOGIE D'INVESTIGATION	23
3.1 Les objectifs de l'enquête	23
3.2 Le choix de la population interrogée.....	23
3.2.1 Les responsables et les experts.....	24
3.2.2 Les professionnels de terrain	24
3.2.3 La représentativité de l'échantillon de professionnels interrogés.....	25
3.3 Les questionnaires utilisés auprès des professionnels de terrain.....	26
4 LES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	27
4.1 Les entretiens avec les responsables et les experts.....	27
4.1.1 La démarche mise en œuvre dans l'établissement	27
4.1.2 La situation perçue par les responsables et les experts.	30
4.2 Les questionnaires aux professionnels de terrain.	31
4.2.1 La population ayant répondu.....	31

4.2.2	La perception de la situation épidémiologique ;	35
4.2.3	Le signalement des infections nosocomiales.....	40
4.2.4	Les mesures de base de prévention des infections nosocomiales.....	41
4.2.5	L'estimation par les professionnels du degré de respect des mesures de prévention.	43
4.2.6	Les outils d'évaluation utilisés par les cadres	48
4.2.7	L'organisation et le dispositif mis en place par les cadres pour inciter au respect des mesures de prévention.	49
4.2.8	Les facteurs, acteurs et personnes ressources pouvant concourir au respect des mesures de prévention des infections nosocomiales.....	51
4.2.9	Les principaux facteurs susceptibles d'améliorer le qualité des soins.....	54
4.3	Les hypothèses à l'épreuve des résultats.....	56
5	LA STRATEGIE D'ACTION DU DIRECTEUR DES SOINS.....	57
5.1	Les moyens matériels	58
5.2	Les ressources humaines.....	58
5.3	Les outils.....	59
5.4	Le management.....	60
5.4.1	Le rôle de l'encadrement	60
5.4.2	Le rôle de la direction des soins	61
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	65
	LISTE DES ANNEXES.....	69

Liste des sigles utilisés

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- ASH : Agent de Service Hospitalier.
- AS : Aide-Soignant
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire.
- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
- CTIN : Comité Technique National des Infections Nosocomiales.
- EOH : Equipe Opérationnelle d'hygiène.
- HAS : Haute Autorité en Santé, anciennement ANAES.
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- INVS : Institut National de Veille Sanitaire
- IN : Infection Nosocomiale.
- RAISIN : Réseau national d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales
- SHA : Solution Hydro-Alcoolique.

INTRODUCTION

« Risques d'infections. Hôpitaux la liste noire : 107 établissements épinglés » titre l'hebdomadaire « Le Point » dans son numéro du 14 avril 2005.

Ces infections sont dites nosocomiales si elle apparaissent au cours ou à la suite d'une hospitalisation et si elle étaient absentes à l'admission à l'hôpital¹. Ce sont de fait des conséquences indésirables et dommageables des soins dispensés. L'opinion publique est particulièrement sensible à ces phénomènes auxquels la presse fait largement écho et aujourd'hui la qualité et la sécurité des soins sont un enjeu majeur des politiques de santé publique et une composante essentielle des droits et attentes des patients. La prévention des Infections Nosocomiales (IN) s'inscrit dans ces politiques. Ainsi plusieurs programmes nationaux de lutte contre les infections nosocomiales se sont succédés : programme 95-2000 lancé par Monsieur Douste-Blazy alors ministre de la santé, programme 2002-2005 du Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN), et aujourd'hui programme national de lutte contre les IN, 2005-2008. Le ministère de la santé souligne qu'en 6 ans se sont plus de 68 millions d'euros qui ont été consacrés à ces programmes.

Conjointement la prévention des IN est largement prise en compte par le référentiel d'accréditation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). L'agence souligne les réels progrès observés. Toutefois les coûts de l'IN restent élevés pour la collectivité et sont estimés jusqu'à 800 millions d'euros par an selon certains experts. Plus de 4000 décès annuels seraient imputables directement aux IN qui affectent chaque année 7% des patients hospitalisés². Les coûts humains de souffrances et séquelles consécutives aux IN ne sont pas acceptables. Aussi la prévention des infections nosocomiales demeure-t-elle un enjeu de santé publique incontestable. Cependant malgré une forte impulsion des pouvoirs publics et l'importance des moyens déployés les résultats en ce domaine restent perfectibles.

Or il semblerait que les mesures les plus simples et les plus éprouvées ne sont pas les mieux appliquées. Ainsi le docteur Didier Pitet³, médecin responsable de l'unité de prévention et de contrôle de l'infection à l'hôpital cantonal de Genève rapporte une étude mettant en évidence une observance de l'hygiène des mains par les soignants

¹ Comité Technique National des Infections Nosocomiales. – 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales –.Imprimerie Nationale,1999.p. 20

² Source dossier infections nosocomiales sur le site du Ministère de la Santé www.santé.gouv.fr.

³ CARLET.J. « Les infections liées aux soins médicaux, dossier ». Actualité et Dossier en Santé Publique, mars 2002, n°38,pp. 63-65.

inférieure à 50%. L'ANAES⁴ propose également un exemple significatif que nous reproduisons :

« Le protocole institutionnel du lavage des mains préalable à la réalisable d'un sondage urinaire, rédigé à l'issue d'un consensus scientifique, préconise l'utilisation d'un savon antiseptique. Elaboré par un groupe de travail, diffusé au moyens de formations réalisées dans les services et sur le site intranet, ce protocole a fait l'objet d'une évaluation au bout d'une année par auto-questionnaire. A la question « Quel savon utilisez-vous ? », plus de 50% des infirmières ont répondu le savon simple et non le savon antiseptique. L'analyse des causes de cette application insuffisante du protocole a révélé :

- une irritation cutanée plus fréquentes avec l'utilisation du savon antiseptique.*
- une disponibilité dans la chambre du patient du savon simple et non d'un savon antiseptique.*
- un gain de temps, le protocole de lavage par savon simple prévoyant 15 secondes contre 1 minute pour celui par le savon antiseptique ».*

Nos propres observations corroborent ces exemples. Les « entorses » aux bonnes pratiques sont légion y compris parmi les personnels formés. L'on peut citer par exemple le port de bagues pendant l'exécution de soins, le port d'une tenue non conforme dans un secteur protégé type bloc opératoire ou box d'isolement par exemple, l'absence de masque ou de coiffe, ou bien le fait de conserver en secteur protégé une tenue déjà portée à l'extérieur de ce secteur protégé, voire le port de vêtements civils. Ces constats sont sans aucun doute suffisamment préoccupants pour faire de l'amélioration de l'organisation des soins et des pratiques professionnelles une des cinq grandes orientations du plan 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales, pour inscrire « Une meilleure observance des recommandations princeps (hygiène des mains) » parmi les objectifs quantifiés à échéance 2008 de ce même plan national 2005-2008 et enfin pour retenir le volume annuel de Solutions Hydro-Alcooliques(SHA⁵) par journée patient, en troisième indicateur du tableau de bord des infections nosocomiales préconisé par le plan.

Le phénomène d'inobservance des mesures de prévention concerne tous les personnels : médicaux ou non médicaux, des plus qualifiés au moins qualifiés, à tous les échelons hiérarchiques. Ainsi, comme c'est le cas pour de nombreux projets d'amélioration de la qualité et de réduction des risques, l'efficacité d'une politique de prévention est fortement dépendante de l'implication et du professionnalisme des différents acteurs de terrain. Le respect des bonnes pratiques et des obligations

⁴ ANAES. - Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé -. Janvier 2003. p. 28

⁵ Les SHA utilisés en friction sont la méthode recommandée en matière d'hygiène des mains.

professionnelles, notamment l'obligation de signalement font le succès du dispositif. De ce fait le Directeur des Soins, membre du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), promoteur de la qualité et de la sécurité des Soins, manager des équipes paramédicales est nécessairement et directement impliqué. La prévention des infections nosocomiales est ainsi un enjeu primordial de la politique et du projet de soins conduits par le directeur des soins. Le respect des bonnes pratiques de prévention par les soignant est une condition déterminante du succès de la démarche de prévention. L'objectif du directeur des soins est de mettre en place une stratégie permettant d'obtenir ce respect. Afin de définir cette stratégie nous nous attacherons préalablement à répondre à la question suivante :

Pourquoi, en matière d'infection nosocomiale, malgré plusieurs plans successifs de prévention et les moyens non négligeables engagés dans le dispositif de lutte, les pratiques des soignants restent-elles, en deçà des standards attendus ?

Naturellement nous observerons dans quelle mesure les professionnels de terrain prennent en compte l'obligation réglementaire de signalement des IN. Le respect de cette obligation est vraisemblablement, sans être le seul, un indicateur de l'appropriation par les professionnels, des dispositions édictées par les pouvoirs publics. Toutefois ce sont aux pratiques d'hygiène des mains et à la tenue vestimentaire que nous nous intéresserons tout spécialement. Celles-ci nous apparaissent en effet être les mesures prophylactiques de base à la fois les plus essentielles et les plus simples et qui concernent l'ensemble des professionnels des établissements de soins. Pour autant notre étude portera uniquement sur les comportements des personnels soignants et d'aide aux soins, infirmiers, de rééducation et médico-techniques, qui relèvent de la responsabilité du directeur des soins⁶.

Nous présenterons tout d'abord le contexte du développement de la sécurité sanitaire dans les établissements de soins et nous énoncerons les principes de prévention des risques liés aux soins (1). Puis nous aborderons plus précisément le risque sanitaire particulier que représente l'infection nosocomiale ainsi que la problématique soulevée par le respect des mesures de prévention (2).

Ensuite nous définirons notre méthodologie d'investigation (3) et nous présenterons l'analyse des résultats de notre enquête (4).

Enfin nous proposerons une stratégie d'action du directeur des soins (5).

⁶ Conformément au décret 2202-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

1 LA PREVENTION DES RISQUES LIES AUX SOINS.

1.1 De la démarche qualité à la gestion des risques.

Ces démarches voient le jour avec l'essor du progrès scientifique et technologique.

1.1.1 L'évolution de la démarche qualité dans le milieu de l'entreprise

Le développement des sociétés industrielles à partir de la fin du XIX^{ième} siècle a rapidement rendu nécessaires et indispensables les méthodes permettant de s'assurer de la conformité des produits fabriqués à des exigences préalablement spécifiées. Ces prescriptions de qualité visent à satisfaire les besoins des clients et des utilisateurs. La qualité du produit permet d'améliorer la satisfaction du client au plus juste coût et de développer ses atouts face à la concurrence⁷. Ainsi l'intérêt premier de la qualité pour les entreprises est d'ordre économique. Les premières bases des démarches qualité sont posées dès le début du XX^{ième} siècle aux Etats-Unis. F Taylor, ingénieur et économiste définit le principe d'organisation scientifique du travail fondé sur la décomposition des tâches en gestes les plus simples possibles. Cette organisation s'appuie sur un management séparant les fonctions de décision dévolues aux directions, les fonctions de conception confiées aux ingénieurs, les fonctions de production dévolues à la main d'œuvre peu qualifiées, et les fonctions de contrôle de conformité à des techniciens n'intervenant pas dans la production. Progressivement et notamment avec les travaux de W. Shewart, ingénieur statisticien, d'une démarche de contrôle à posteriori la recherche de la qualité évoluera vers une démarche d'anticipation le plus en amont possible dans le processus de production. Ce type de management où seuls les détenteurs de la science représentés par les ingénieurs des méthodes, sont habilités à concevoir l'organisation est qualifié de technocratique⁸.

Dans le même temps le champ de recherche de la qualité initialement circonscrit au suivi et au contrôle du seul produit fabriqué, s'étendra à l'analyse des organisations en termes de procédures circuits et systèmes documentaires. Dès lors la gestion de la qualité s'appuie sur un système d'assurance qualité défini par l'International Standardisation Organisation ou norme ISO. De notre point de vue tant que le système repose sur l'application stricte des prescriptions édictées par les seuls experts techniques, ingénieurs et administrateurs, le type de management reste technocratique.

⁷ BERTRAND D. « Accréditation et qualité des soins hospitaliers, dossier ». Actualité et Dossier en Santé Publique, juin 2001, n° 35, pp. 18-23.

⁸ FERRANDON B. « Comprendre le management ». Cahiers français, juillet-août 2004, n°321. p. 33.

Parallèlement au Japon, Deming, expert américain, met l'accent sur la nécessaire implication de tous les acteurs de l'entreprise, des clients comme des fournisseurs pour obtenir développer et pérenniser l'amélioration de la qualité. Ce principe suppose une organisation nouvelle fondée sur un management plus participatif. Au sein des entreprises, la démarche s'appuie sur des actions de formation de tous les acteurs et les travaux et propositions de groupes pluri-professionnels initialement appelés cercles de qualité. Ce modèle développé au Japon, postule que les ingénieurs et les décideurs ne sont pas les seuls à avoir un point de vue sur l'organisation du travail mais que chaque opérateur dont la mission est de respecter scrupuleusement les standards et normes d'exécution des tâches qui lui sont confiées est également en capacité d'améliorer le processus de production⁹. Il remet ainsi en question la redistribution des pouvoirs et dans les entreprises occidentales son impact a d'abord été limité et ne s'imposera face au modèle technocratique issu du taylorisme qu'à partir des années 80¹⁰.

De fait la démarche qualité est désormais non seulement un moyen d'efficacité économique s'appuyant sur la maîtrise technique de la production mais aussi un moyen d'efficacité managériale s'appuyant sur l'implication et la motivation des professionnels. Principe de management participatif, la démarche qualité constitue désormais une clé essentielle de la réussite des entreprises.

1.1.2 L'émergence de la démarche de gestion des risques.

La démarche qualité repose implicitement sur la confiance de la société dans la science et les techniques comme source de progrès et d'amélioration des conditions de vie. Cependant l'apparition de conséquences néfastes du développement technologique telles que la pollution ou l'émergence des pathologies de l'amiante et aussi la survenue d'accidents industriels dramatiques comme l'explosion de la navette spatiale Challenger, vont ébranler cette confiance. Les limites de la science pour résoudre les problèmes sont manifestes, et de plus le progrès engendre de nouveaux dangers.

Le danger se définit comme une propriété intrinsèque d'une substance, d'un équipement, d'une situation, d'un système à causer des dommages aux personnes, aux biens ou à l'environnement¹¹. Le risque est la probabilité de survenue d'un dommage résultant d'une exposition à un danger suite à un ensemble particulier de circonstances ou événement. A partir des années 70 la gestion des risques devient une préoccupation

⁹ Ibid. p.32.

¹⁰ Ibid. pp. 46-47.

¹¹ HERGON.E. Département MATISS, Ecole Nationale de la Santé Publique, cours « La gestion des risques », 19 janvier 2005.

des sociétés contemporaines développées¹². L'entreprise est un acteur de ces sociétés et comme tel elle est partie prenante du risque. L'AFNOR¹³ définit la partie prenante comme « toute personne, groupe ou organisme susceptible d'affecter, d'être affecté ou de se sentir lui-même affecté par un risque ». Pour l'entreprise le risque est un événement susceptible de perturber la réalisation de ses objectifs et de remettre en cause sa pérennité ou son indépendance¹⁴. Les risques peuvent être liés aux interactions de l'entreprise avec son environnement ou résulter de défaillances internes soudaines et imprévues. De ce point de vue la non-qualité peut être considérée comme un risque et un facteur de vulnérabilité de l'entreprise.

Désormais l'organisation et le management d'une entreprise performante intègre tout à la fois la gestion des risques et le développement de la qualité. Ces deux démarches : qualité et risques concourent à l'efficacité de l'entreprise d'un point de vue différent mais de façon synergique. La sécurité des activités et des produits fabriqués est un critère essentiel de qualité et suppose une gestion des risques maîtrisée.

1.1.3 Les principes de la démarche de gestion des risques.

Le risque se définit en fonction de la probabilité de survenue de l'événement indésirable et des conséquences qui en résultent. L'évaluation du risque et l'appréciation de son acceptabilité s'appuie sur différents critères¹⁵ : les coûts, les avantages possibles, les exigences légales et réglementaires, les préoccupations des parties prenantes, les priorités d'ordre économique et environnemental. Cependant le risque ne se résume pas à cette dimension relativement rationnelle et objective, sa dimension sociale et subjective est également incontournable. Le risque s'apprécie également en effet en fonction de la perception que l'on peut en avoir. Celle-ci dépend tout autant des valeurs, des préoccupations, des besoins et des connaissances des parties prenantes. La perception du risque peut être différente de son évaluation objective¹⁶ et modifier significativement son niveau d'acceptabilité. Ainsi dans notre société l'amélioration globale des conditions de vie et l'allongement notable de l'espérance de vie traduisent objectivement un niveau de sécurité élevé qui rend la moindre défaillance de plus en plus inacceptable à l'inconscient collectif¹⁷. Or le progrès des connaissances et le développement technologique et scientifique produisent des effets non recherchés et imprévisibles à

12 ALLEMAND.S., GIDDENS.A., BECK.U, et al. « Société du risque : fantasme et réalité ». Sciences Humaines, février 2002, p. 24 à 26.

¹³ AFNOR Management du risque : approche globale. Paris : AFNOR « recueil normes et réglementation », 2002, p. 4

¹⁴ BENARD.A., FONTAN.A- La gestion des risques dans l'entreprise : Management de l'incertitude- S.I : éditions Eyrolles, 1994. p. 16

¹⁵ AFNOR. Op.cit. p. 6.

¹⁶ Ibid p. 4.

¹⁷ BENARD.A., FONTAN.A Op.cit. p. 23

moyen ou long terme. Ils produisent également de nouvelles incertitudes rendant impossible l'appréhension exhaustive de la connaissance et la totale éradication des effets indésirables et / ou dommageables des actions entreprises. Dans une perspective de recherche de sécurité maximale, ce sont ces effets qui définissent les risques encourus. Aussi la gestion des risques consiste t-elle à déterminer le niveau d'acceptabilité du risque et à réduire ce risque jusqu'à un niveau jugé acceptable et pouvant être assumé. Une stratégie de prévention vise à réduire la probabilité de réalisation du risque, une stratégie de protection vise à réduire des conséquences dommageables. Le principe de précaution quant à lui est mis en œuvre plus en amont lorsque l'état des connaissances scientifiques et un haut degré d'incertitude ne permettent pas d'évaluer un risque potentiellement plausible quoique non étayé par des retours d'expérience. La précaution consiste alors à approfondir les connaissances, sortir de l'incertitude, notamment par la recherche, et à prendre à un coût acceptable des mesures transitoires, de préférence réversibles, permettant de limiter le risque. L'analyse des risques compare nécessairement les hypothèses d'action et d'absence. En effet l'objectif de la précaution comme de la gestion des risques n'est pas de se priver du bénéfice attendu des innovations technologiques mais dans un contexte d'incertitude de mettre tout en œuvre pour agir au mieux¹⁸.

1.2 La gestion des risques liés aux soins.

1.2.1 L'évolution des risques liés aux soins.

Le secteur de la santé s'inscrit dans ce mouvement de développement de la gestion des risques. Dans les établissements de santé l'objectif principal est la prévention des dommages aux personnes, liés aux soins¹⁹. De ce point de vue la démarche qualité et la gestion des risques sont étroitement liées : « la sécurité est une dimension de la qualité. En santé, la sécurité est la dimension prioritaire sur laquelle la démarche qualité porte ses effets. L'amélioration continue de la qualité est une stratégie efficace d'amélioration de la sécurité. Les deux démarches s'appuient sur des méthodes proches ou similaires : analyse de processus, résolution de problèmes etc²⁰. »

Le domaine des soins n'échappe pas au progrès scientifique et au développement technologique et en conséquence à l'accroissement inéluctable des facteurs de risque. Les actes médicaux ont un champ d'application de plus en plus étendu. Des pathologies

¹⁸ KOURILSKY P.,VINEY G. – Le principe de précaution, rapport au Premier ministre – Paris : éditions Odile Jacob, 2000. p. 15 à 59.

¹⁹ ANAES, - Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé -.p.23

²⁰ ANAES, - Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé -.p.73.

de plus en plus graves, affectant des populations de plus en plus fragilisées en raison de leur âge ou de pathologies associées, deviennent ainsi accessibles au traitement. Les greffes d'organes vitaux défaillant, cœur, foie, rein, en sont une illustration. Une autre caractéristique de la production de soins est la grande hétérogénéité du risque selon le patient, la discipline médicale et les pathologies, les pratiques professionnelles et les organisations. De ce fait la connaissance et l'évaluation du risque lié aux soins est particulièrement difficile et laisse place à de nombreuses incertitudes.

Or si les facteurs de risque liés aux soins sont élevés et leur appréhension difficile, la maîtrise de la production et des processus de soins est tout aussi complexe. Les soins sont en effet des processus très peu standardisés qu'il faut adapter en permanence à la fois qualitativement au cas de chaque patient et quantitativement aux variations de flux des patients que les urgences rendent en partie imprévisibles. De plus les actes de soins, de plus en plus complexes, mettent en œuvre de multiples processus faisant appel à des compétences et des savoir-faire aussi diversifiés que très sophistiqués, aux possibilités d'automatisation sécurisée limitées. Il s'en suit une multiplication des possibilités de défaillance du système complexe de la production de soins. Le non-respect des préconisations et notamment des mesures de prévention est une défaillance ou erreur parmi d'autres. L'apparition de l'erreur ou de la défaillance est de ce fait une problématique incontournable qu'il convient d'explorer.

1.2.2 Les principes de la gestion des risques liés aux processus de soins.

Le guide méthodologique de l'ANAES « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé » nous permet de poser les concepts et grandes orientations de la gestion du risque applicables à l'activité de production de soins. Selon Reason²¹ « Tout système comporte en lui des conditions favorisant de l'erreur : défauts de conception, défauts de réglementation, carences du management. Il s'agit d'erreurs latentes. L'opérateur de première ligne révélera ces erreurs latentes par des erreurs patentes à l'occasion de circonstances particulières ». Certes une gestion adaptée des métiers et des qualifications, le développement de la formalisation explicite du savoir-faire et des règles de fonctionnement des organisations, la satisfaction des normes et exigences réglementaire, vont permettre de fiabiliser le système de production en agissant sur les défaillances latentes.

Toutefois « L'erreur humaine est aussi la conséquence naturelle du fonctionnement humain, elle est inséparable de l'intelligence humaine et ne peut être supprimée. Globalement un système sûr n'est donc pas un système dénué d'erreur mais

un système qui se protège «en profondeur » en agissant sur les défaillances latentes comme sur les défaillances patentes liées à l'erreur humaine. Aucune défense prise isolément n'est suffisante pour assurer la sécurité mais c'est leur accumulation qui confère sa fiabilité au système. Elles peuvent être matérielles comme par exemple les alarmes et sécurités techniques, les protections anti-erreurs du type détrompeur sur des raccordements de matériels. Elles peuvent être immatérielles comme la réglementation, les procédures, la formation, l'encadrement. Les défenses mises en place évoluent et sont développées à partir de l'analyse des dysfonctionnements ou accidents constatés qui prendra en compte toutes les sources de défaillances et pas seulement l'erreur de l'opérateur. Toutefois si ces dernières sont fréquentes dans les activités humaines, parfois plusieurs par heure, leur taux de détection et de récupération par leur auteur est également très élevé de l'ordre de 80 % ». La détection et la récupération des erreurs humaines est donc un phénomène très important. REASON classe les erreurs en trois catégories²² :

- « Les erreurs de routine correspondent au fonctionnement fondé sur les habitudes. Il s'agit de défaillances dans la surveillance de l'exécution. L'action se déroule sans contrôle conscient, dans le cadre de problèmes familiers. Le sujet n'a pas pris conscience qu'il y avait un problème. Ce sont les erreurs les plus fréquentes.
- Les erreurs d'activation de connaissance. Le sujet est face à une difficulté qu'il ne peut pas résoudre de façon routinière. Il a conscience d'avoir un problème et cherche une solution. L'erreur va résulter d'une mauvaise solution qui résulte elle-même de l'activation d'une mauvaise règle. Cette erreur n'est pas contradictoire avec l'idée que le sujet possède par ailleurs la connaissance de la bonne solution ; mais il n'a pas su l'activer, la recouvrir en mémoire, ou pas pu, faute de temps, s'en servir, une autre solution, moins valide mais immédiatement disponible, s'est imposée à sa logique d'action.
- Les erreurs de possession de connaissance. Le sujet est ignorant de la solution du problème qu'il a réglé. Il mobilise toute sa cognition, lentement, pas à pas, pour produire une nouvelle solution. L'erreur peut alors revêtir différentes formes : bonne solution hors délai, mauvaise solution, etc. ».

Il s'agit ici d'erreurs involontaires qu'il convient de distinguer des déviations volontaires par rapport aux normes et instructions. Selon le modèle conceptuel

²¹ Reason est un théoricien de la gestion des risques dont le modèle conceptuel de «défense en profondeur » est utilisé par le guide méthodologique de l'ANAES sur lequel nous appuyons notre problématique.

²² ANAES.-Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé.- Janvier 2003. pp. 25-26.

d'AMALBERTI²³ « cadre et transgression des pratiques » un système migre progressivement vers plus de performances et plus d'avantages secondaires pour les individus. La déviance est en effet d'abord vue comme une source de bénéfice et non comme un risque.

La déviance modifie les risques et en introduit de nouveaux mais elle peut aussi permettre une évolution du système vers plus de performance du point de vue du professionnel comme du point de vue du patient. De ce fait la déviance peut être tolérée, voire sollicitée par la hiérarchie. La suppression sans précaution de la déviance peut aussi accroître le risque lorsque les professionnels conscients de transgresser les consignes mettent en place des mesures personnelles de maîtrise du risque. Ces mesures disparaissent alors en même temps que la pratique déviante. Enfin l'absence d'incident et d'accidents pourra favoriser une approximation croissante des contrôles et la déviance passera inaperçue l'ensemble des professionnels s'y étant habitués. En pratique tous les systèmes produisent des déviances qui concernent autant les pratiques individuelles des professionnels que l'encadrement et le management en général. De fait la déviance est un mécanisme inévitable d'adaptation d'un système et de ses acteurs et permet son évolution.

1.3 La sécurité sanitaire dans les établissements de soins.

1.3.1 La sécurité sanitaire : une exigence croissante de la société.

Parallèlement à l'accroissement très important de ces facteurs de risque liés aux soins les modifications de la perception et de l'acceptabilité du risque par les usagers ont exacerbé les exigences de sécurité des soins. Les crises sanitaires telles que la contamination du sang par le virus du SIDA, la contamination de l'hormone de croissance par le prion responsable de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la survenue de cas d'accidents graves car mortels ou très invalidants à l'occasion d'une anesthésie ou d'un accouchement ont contribué à remettre en cause la confiance des usagers dans le système de soins et la médecine dans un contexte où la prédominance de la technique et le développement de la haute technologie, censés résoudre tous les problèmes, ne se conçoivent qu'avec une absence quasi totale du risque. Cette remise en cause s'est accompagnée du développement du consumérisme médical qui se traduit de deux façons. D'une part les associations de malades imposent à la fois une plus grande participation du citoyen-usagers aux décisions collectives dans le système de santé, et le droit du malade à la considération et l'information ainsi qu'à la décision concernant sa

²³ Selon le guide de l'ANAES.-Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé-, qui utilise ce modèle aussi. pp. 28-29.

propre santé²⁴. D'autre part les patients considèrent de moins en moins les accidents iatrogènes comme des complications inévitables que l'on subit, mais des défaillances inacceptables du système de soins qui appellent réparation. Il s'en suit une augmentation du nombre et du coût des sinistres indemnisés par les assureurs²⁵. Dans le domaine de la santé en effet l'acceptabilité du risque par le patient est une dimension essentielle à prendre en compte. C'est de fait le patient lui-même qui d'abord bénéficie des effets bénéfiques des traitements ou supporte les effets indésirables ou dommageables qui surviennent. Comme pour tout risque l'acceptabilité sera d'autant plus grande que le risque est pris volontairement et non subi. Ainsi s'attend-il à être informé des risques et tolérera-t-il d'autant moins les complications ou les effets indésirables qu'il n'en aura pas été informé.

1.3.2 Le cadre législatif de la sécurité et la qualité des soins.

Deux lois vont répondre aux exigences nouvelles de la société.

- Loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

A) La loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998 de sécurité sanitaire.

Cette loi concerne le secteur public comme le secteur privé et place sous l'autorité du ministre de la santé la coordination des différents dispositifs de sécurité et de veille sanitaire déjà existants. Le Comité National de la Sécurité Sanitaire présidé par le ministre chargé de la santé analyse les événements susceptibles d'affecter la santé de la population et coordonne les politiques. Le dispositif de sécurité sanitaire a pour mission d'anticiper, d'alerter, d'informer, mettre en œuvre et évaluer les actions en ce domaine. Différentes agences assurent ces missions dans les différents domaines sécurité sanitaire : l'Agence Française de Sécurité des Aliments, l'agence de sécurité sanitaire de l'environnement créée en 2001, l'Agence française de Sécurité Sanitaire des produits de santé, l'Établissement Français des Greffes, l'Établissements Français du Sang, l'Office de Protection contre les Rayonnements Ionisants. L'Institut de Veille Sanitaire (INVS) et l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé créée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, complètent le dispositif. La loi

²⁴ DATAR-CREDES. – Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires -. Paris : la documentation française, 2000. Première partie, chapitre 3. « l'évolution des comportements et des attentes » pp. 97-115.

²⁵ POUILLAIN I., LESPY F. – Gestion des risques et de la qualité : Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé. – Rueil-Malmaison : éditions Lamarre, « fonction cadre de santé », 2003. pp 4-7.

2004-806 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie créé la Haute Autorité en Santé qui reprend les missions de l'ANAES et en assure de nouvelles. Dans notre étude nous conserverons l'appellation de l'ANAES²⁶

Il convient de souligner le rôle spécifique de l'ANAES dans ce dispositif. L'agence a pour mission le développement de la qualité et l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et la mise en œuvre de l'accréditation des établissements de santé. « L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité de soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé ». La démarche d'accréditation s'impose à tous les établissements de santé publics ou privés avec l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Dans la première version du manuel d'accréditation²⁷ trois référentiels spécifiques évaluent la qualité et la prévention dans l'établissement de santé : gestion de la qualité et prévention des risques, vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle, surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux. La nouvelle version du manuel d'accréditation pour la deuxième procédure²⁸ synthétise et précise à la fois ces référentiels au chapitre II « ressources transversales » qui évaluent : l'organisation de la qualité et de la gestion des risques, la qualité et la sécurité de l'environnement, le système d'information. De plus le chapitre 4 permet d'appréhender et d'apprécier synthétiquement la démarche d'évaluation et la dynamique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Aussi l'accréditation apparaît-elle comme un moyen pertinent d'évaluer l'application de la politique sanitaire dans les établissements de santé et d'apprécier leur implication dans sa mise en œuvre. L'ANAES remplit conjointement une mission pédagogique et édite des guides méthodologiques pour faciliter la mise en œuvre des principes avancés notamment : « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », « méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé », « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé ».

Dans ce dispositif le regroupement des systèmes de vigilances sanitaires : hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance, biovigilance permet de centraliser le signalement des événements indésirables et incidents liés à l'utilisation

²⁶ Cette appellation est toujours utilisée pour l'adresse Internet de l'agence : www.anaes.fr

²⁷ ANAES, Direction de l'accréditation – Manuel d'accréditation des établissements de santé – février 99 117p.

²⁸ ANAES, Direction de l'accréditation – Manuel d'accréditation des établissements de santé – Deuxième procédure. Septembre 2004. 131p.

de produits thérapeutiques. Pour autant que ce soit pour le signalement des incidents et la remontée d'information vers les agences concernées ou l'application, le respect et la mise en œuvre des normes retenues et préconisations édictées par les pouvoirs publics, l'efficacité du dispositif repose en grande partie sur l'implication des professionnels sur le terrain.

B) La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades

Puis la loi 2002-303 du 4 mars 2002 répond aux exigences de démocratie sanitaire des usagers. La loi conforte la représentation des usagers dans les établissements de santé : au conseil d'administration, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge qu'elle crée en remplacement des commissions de conciliation. Les droits du patient sont réaffirmés et notamment le droit à l'information, en particulier à propos des risques encourus, à la communication de son dossier et le droit à prendre les décisions le concernant. La loi prévoit également l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, en dehors de toute faute imputable à un professionnel engageant sa responsabilité dès lors que les dommages causés au patient sont anormaux et directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins. Les infections nosocomiales quant à elles engagent systématiquement la responsabilité des établissements de santé auxquels il incombe d'apporter la preuve d'une cause autre. Aussi contrairement à l'aléa thérapeutique l'indemnisation des IN est-elle supportée par les établissements et leurs assurances et non pas par la solidarité nationale. La loi met cependant en place une procédure de règlement amiable des accidents médicaux, affections iatrogènes ou infections nosocomiales. Parmi les risques liés aux soins les IN occupent de fait une place non négligeable. Si l'absence de recensement systématique ne permet pas une appréciation exacte de l'ampleur du phénomène, le Dr Christian SICOT²⁹, secrétaire du groupe d'assurances MACSF spécialisé dans les sinistres liés aux activités médicales indique cependant qu'une extrapolation des données fournies par les Etats-Unis permettrait en France d'estimer le nombre annuel de victimes d'accidents médicaux en 10000 et 25000 dont 4000 seraient des infections nosocomiales. Celles ci font l'objet d'un dispositif d'un dispositif de prévention spécifique.

²⁹ CHABROL A. « Sécurité du patient la « révolution culturelle à venir », dossier ». Le bulletin de l'ordre des médecins, juin-juillet 2005, n° 6, p. 9

2 LA PREVENTION DE L'INFECTION NOSOCOMIALE.

2.1 Le dispositif de lutte spécifique

2.1.1 Les structures.

Le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales s'est mis en place à partir de 1988 avec la création des comités de lutte contre les infections nosocomiales obligatoires dans tous les établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Les CLIN sont mis en place dans leur forme actuelle avec le décret 99-1034³⁰ du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique en application de la loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Cette réglementation s'applique désormais également au secteur privé.

Le CLIN a pour mission la surveillance et la prévention des IN et de la résistance bactérienne aux antibiotiques, l'information et la formation de l'ensemble des professionnels, l'évaluation périodique des programmes de lutte contre les IN. Il établit un rapport annuel des activités en ce domaine. Le comité est composé du président de la commission médicale d'établissement, du directeur d'établissement, du médecin du travail, du directeur des soins, d'un pharmacien, d'un biologiste, du responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène(EOH), d'un infirmier membre de cette équipe et du Médecin responsable département d'information médicale. L'EOH également obligatoire contribue avec le CLIN à l'élaboration des programmes d'actions et assure leur mise en œuvre. Cette équipe est composée de médecins, pharmaciens et infirmiers spécialement formés. Ce même décret impose également l'information des usagers sur la lutte contre les IN par l'intermédiaire du livret d'accueil et par les représentants des usagers au conseil d'administration de l'Hôpital qui assistent avec voix consultative à la séance du CLIN où sont discutés le rapport et le programme d'actions.

Puis en 1992 ce sont cinq centres de Coordination régionale et inter-régionale des CLIN (C-CLIN) et le Comité Technique national des Infections Nosocomiales (CTIN) qui voient le jour avec les arrêtés du 3 août 1992 et du 19 octobre 1995. En 2004 le CTIN devient par l'arrêté du 23 septembre le comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins, placé auprès du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de

³⁰ Précisé par la circulaire DGS/DHOS/E 2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

France. Le CTIN fait des propositions d'objectifs et de méthodologies de surveillance et de prévention. Ainsi depuis 1995 de nombreux guides de bonnes pratiques et recommandations d'Hygiène ont été élaborés, notamment les 100 recommandations en Hygiène, 2^{ème} édition en 1999.

Enfin en 2001 une convention entre les 5 C-CLIN et l'INVS crée le Réseau national d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN). Ce dernier complète la coordination du dispositif contre les infections nosocomiales avec l'ensemble du dispositif de sécurité sanitaire.

Le dispositif organise également le recensement des infections nosocomiales à partir du signalement obligatoire³¹ des IN par les établissements et les professionnels de santé. Ce signalement a pour but d'alerter les autorités sanitaires à propos de tout épisode infectieux lié aux soins et de centraliser les données aux fins d'analyse.

Pour mesurer le taux d'IN différents indicateurs sont utilisés³². Le taux de prévalence ou prévalence instantanée s'obtient en rapportant le nombre de patients infectés un jour donné au nombre de patients présents ce même jour. La situation de ce patient n'est examinée qu'à un seul moment. Le taux d'incidence ou densité d'incidence s'obtient en rapportant le nombre de nouveaux cas d'infection survenant durant une période donnée au total des durées de temps d'exposition au risque des patients pendant cette même période. La durée de temps d'exposition au risque pour un patient s'évalue, selon les cas, jusqu'à la sortie, le décès, ou la fin de la période d'observation. L'unité de temps choisie peut être le jour, la semaine ou le mois. Ce taux permet de comparer des niveaux équivalents d'exposition au risque. Le taux d'attaque ou incidence cumulée s'obtient en rapportant le nombre de nouveau cas d'infection survenant chez les patients admis dans la structure de soins, ou exposé au risque, durant une période déterminée au nombre total de ces patients. Ce taux mesure le risque mais ne tient pas compte du temps d'exposition au risque.

Sous l'égide du Raisin l'enquête de prévalence³³ situe le taux d'IN autour de 6,9 % des patients hospitalisés en 2001 contre 8 % en 1996. Cette apparente amélioration doit cependant être considérée avec circonspection compte tenu des différences de population et de méthode entre les deux enquêtes. Toutefois d'autres études réalisées par les C-CLIN de Paris-Nord et Sud-Est semblent confirmer cette réduction en particulier

³¹ - Article L1413-14 du Code de la Santé publique inséré par la loi 2002-303 du 4 mars 2002 et la loi 2004-806 du 9 août 2004.

-Décret 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

-Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé

³² Comité Technique National des Infections Nosocomiales. – 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales –.Imprimerie Nationale,1999. pp.37-39.

pour ce qui concerne les infections du site opératoire et les pneumopathies en réanimation. Ce plan a donné des résultats encourageants : le taux d'IN est comparable aux taux de la plupart des pays européens.

2.1.2 Les programmes nationaux.

La politique de prévention et de surveillance des IN est impulsée depuis 1994 à travers plusieurs plans réussis.

Le plan 1995-2000 a pour objet de réduire les infections nosocomiales de 30 % et de diminuer la résistance aux antibiotiques. Le programme prévoit :

- De renforcer les CLIN et les unités d'Hygiène Hospitalière.
- Améliorer la coordination du dispositif de lutte et la coopération entre ses différentes structures.
- Organiser la surveillance des IN.
- Favoriser l'information et la communication en ce domaine, en particulier auprès des usagers et auprès des professionnels par notamment la diffusion des recommandations de bonnes pratiques en Hygiène.

Au total ce sont 120 millions d'euros qui entre 1998 et 2001 ont été consacrés au financement des mesures de lutte et notamment à la formation des personnels et à la mise en place des EOH. Ces résultats demeurent cependant perfectibles, les coûts supportés par la société sont importants et encore une proportion non négligeable des IN demeurerait évitables. Une étude américaine permet d'évaluer à environ 16 % la diminution du taux d'IN, nécessaire au financement de la prévention mise en œuvre³⁴. Dans cette perspective, le programme du CTIN 2002-2005 a permis de poursuivre les actions selon 4 axes :

1. Renforcer les dispositifs et évaluer les structures.
2. Améliorer les pratiques.
3. Proposer des programmes d'information du public sur le risque infectieux lié aux soins.
4. Définir un tableau de bord d'indicateurs et inciter les hôpitaux à la transparence.

Le programme fixe ainsi des objectifs à horizon 2005 :

- 75 % au moins des services de chirurgie surveillent l'incidence des ISO.
- 75 % au moins des staphylocoques dorés isolés dans les établissements de court séjour sont sensibles à la méticilline.
- 75 % au moins des hôpitaux réalisent des audits de bonnes pratiques.
- 75 % au moins des hôpitaux ont un programme de bon usage des antibiotiques.

³³ CARLET J. Op.cit p. 40

³⁴ Ibid p. 29.

- 75 % au moins des hôpitaux identifient au sein du livret d'accueil leur programme de lutte contre les infections nosocomiales et de communication des usagers.

Un nouveau plan national 2005-2008³⁵ apparaît cependant nécessaire pour maintenir l'impulsion des pouvoirs publics, conforter les avancées déjà réalisées et améliorer la performance et la transparence des actions entreprises. Il reprend en les précisant les axes du premier plan :

- Adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les IN.
- Améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels.
- Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement des IN.
- Mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins.
- Promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN.

Les priorités du plan sont centrées sur l'évitabilité des infections et la diminution des coûts liés à la non-qualité. En effet seule une partie des IN est considérée comme évitable mais cette proportion située autour de 20 à 30 %³⁶ est de fait non négligeable. En regard des cinq grandes orientations qu'il a définies, le plan prévoit sept actions prioritaires ainsi que des objectifs quantifiés et des outils d'évaluation correspondants. Par exemple la première action « le renforcement des structures spécialisées », répond à la première orientation. Dans le cadre de la seconde orientation la seconde action « améliorer l'observance des recommandations princeps en particulier l'hygiène des mains » cible l'objet de notre étude. Un tableau de bord permet de synthétiser avec cinq indicateurs l'évaluation du programme dans les établissements de soins. Ce tableau de bord affiché dans les établissements a aussi pour vocation d'informer les usagers. Le troisième indicateur : volume annuel de produits hydro-alcooliques par journée-patient évalue l'observance des recommandations d'hygiène des mains. L'usage d'une friction des mains au moyen d'une solution hydro-alcoolique (SHA) est la préconisation reconnue la plus efficace³⁷ comme la plus généralisable et la plus facile à réaliser³⁸. Les pouvoirs publics considèrent cette mesure comme étant la principale disposition susceptible de diminuer la contamination manu-portée. Or parmi les IN évitables une grande majorité,

³⁵ Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. disponible sur le site internet du ministère de la santé : www.sante.gouv.fr

³⁶ Dossier infections nosocomiales disponible sur le site Internet du Ministère de la Santé www.santé.gouv.fr

³⁷ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Morbidity and Mortality Weekly Report, October 2002, vol.51, n° RR-16, p27.

³⁸ CARLET J. Op.cit. pp. 63-65.

70% selon certaines études,³⁹ serait due à une contamination manu-portée. Le constat de la faible observance de ces mesures princeps est à l'origine de notre questionnement.

2.2 La problématique du respect des mesures de prévention

Cette question du respect des mesures princeps d'Hygiène des mains illustre bien la sensibilité du dispositif de prévention, par ailleurs performant et volontariste, à l'adhésion et à l'implication de l'ensemble des professionnels de terrain. Celle-ci est elle-même liée à la perception du risque par toute partie prenante. De ce point de vue l'efficacité de la lutte contre les infections nosocomiales comme celle de l'ensemble du dispositif de vigilance sanitaire est soumise aux mêmes déterminants. Or comme cela a été souligné au premier chapitre de notre étude en terme d'appréciation et de perception des risques la dimension sociale et subjective ne peut être négligée. Et tous les acteurs partie prenante⁴⁰ sont concernés. Les IN dont la réduction est un enjeu majeur des politiques de santé publiques et qui aujourd'hui, apparaissent comme une préoccupation largement partagée échapperaient-elles à cette règle ? Le doute est permis.

Christophe Lerat sociologue et enseignant à l'ENSP a en effet mis en évidence⁴¹ le rôle de la quête de légitimité et de valorisation sociale du groupe professionnel des médecins hygiénistes dans l'avènement de l'infection nosocomiale au rang d'enjeu de santé publique. Jusque dans les années 60 en effet, le champ d'activité de ce groupe professionnel concerne principalement la lutte contre les maladies infectieuses est de ce fait l'activité des médecins hygiénistes est essentiellement extra-hospitalière. La raréfaction des maladies infectieuses va considérablement réduire ce champ d'activité lorsque dans le même temps le statut hospitalo-universitaire s'impose comme le plus prestigieux des statuts médicaux et le plus propice au développement d'une discipline et à son association à l'élaboration des politiques de santé. L'infection nosocomiale qualifiée à l'époque d'hospitalière, était certes déjà présente dans les années 80 mais passait relativement inaperçue et préoccupait principalement les réanimateurs. La mise en exergue de cette affection en tant que problème majeur de santé publique nécessitant une prise en charge par des médecins qualifiés et spécialisés dans le domaine et l'attribution de moyens en conséquence va permettre aux hygiénistes d'affirmer la pertinence de l'hygiène en qualité de discipline hospitalo-universitaire à part entière. L'appréciation du risque et de son acceptabilité obéit ici davantage à des préoccupations de positionnement sociale que purement médicales de protection des patients. Dès lors

³⁹ Ibid p. 61.

⁴⁰ Selon la définition de l'AFNOR exposée au premier chapitre.

⁴¹ LE RAT. C. Approche socio-historique de la construction d'un enjeu de santé publique à travers l'exemple de l'infection nosocomiale. Mémoire pour le DEA de santé publique, option sociologie : UFR Médicale de Kremlin Bicêtre, 1995-1996. 98 p.

l'on peut s'interroger si aujourd'hui encore le statut professionnel et hiérarchique ne serait pas un élément décisif de la représentation de l'IN en tant que risque sanitaire par les professionnels et si la prévention de l'IN n'aurait pas pour seul objectif la sécurité du patient et ne participerait pas également aux jeux de pouvoirs à l'intérieur des services hospitaliers. Les travaux⁴² que l'ethnologue Marie-Christine Pouchelle, directeur de recherche au CNRS, a menés dans les blocs opératoires vont dans ce sens. Selon ce chercheur la culture hospitalière « reste imprégnée de représentations sociales héritées de l'ancien régime où la position hiérarchique des individus et leur appartenance à un corps prévalent sur les nécessités techniques concrètes. Par exemple la lavage des mains serait encore considéré comme au XIX^{ème} siècle c'est-à-dire uniquement bon pour ceux ayant en charge les travaux subalternes et ancillaires, « sales » par définition puisqu'en bas de l'échelle hiérarchique. Ce serait une explication au fait que les médecins et chirurgiens, ou d'autres professionnels, se comportent parfois comme si naturellement propres en raison de leur fonction, ils ne sauraient être eux-mêmes des vecteurs d'infections ». Le cadre de référence, les valeurs, les préoccupations sociales sont ainsi en mesure de modifier la perception et la représentation que chacun peut avoir du phénomène. Dès lors cette représentation qui peut aller jusqu'au déni du phénomène influera sur l'inclination des professionnels à respecter les préconisations. Ceci nous conduit à formuler une première hypothèse en réponse à notre question initiale : Des représentations différentes selon les catégories d'acteurs : soignants, médecins, experts hygiénistes, encadrement et direction conditionnent le degré d'observance des mesures de prévention.

Cependant à côté de ces facteurs subjectifs et d'ordre symbolique des informations et éléments plus objectifs peuvent-être apportés pour définir le phénomène et justifier les mesures préconisées. Cela pose de fait la question de la mesure de l'infection nosocomiale. Ces données doivent permettre de reconnaître le risque, d'estimer le niveau de probabilité de survenue d'une IN, d'évaluer son taux de survenue effective. Ces données doivent aussi apprécier l'efficacité des préconisations dans la prévention des IN et en évaluer le niveau d'observance. Nous pensons que la communication de ces informations est en mesure d'influer sur les représentations des professionnels et de favoriser leur adhésion et leur implication dans le respect des préconisations de prévention. Nous compléterons donc notre première hypothèse par la suivante.

Il existe une méconnaissance de la situation réelle objective, que ce soit en terme d'enjeu ou en terme de prestation fournie.

⁴² POUCHELLE MC. « Infections nosocomiales et culture hospitalière ». Praticien hospitalier Anesthésiste-Réanimateur, Juin 2005, n° 33 pp. 26-29.

Par ailleurs notre modèle conceptuel du risque nous conduit à envisager la non-observance de ces recommandations principes de prévention des IN soit comme un phénomène d'erreur involontaire liée à la routine, soit comme un phénomène de déviance volontaire. L'un n'excluant pas l'autre. La nécessaire prise en compte de ces phénomènes souligne davantage encore l'importance du facteur humain et des déterminants comportementaux, en terme de prévention des infections nosocomiales. De ce point de vue la sociologie des organisations nous enseigne que « aucun individu n'accepte d'être traité totalement et uniquement comme un moyen pour l'accomplissement du but de l'organisation. Aucun individu n'est totalement passif. Il a ses propres buts, ses propres projets, qu'il tente de poursuivre à travers les contraintes avec lesquelles il est confronté »⁴³. Par ailleurs, selon les théories d'Herbert Alexander Simon⁴⁴, les décisions et le comportement des acteurs sont certes rationnels mais cette rationalité est limitée et contingente. Elle est fonction des capacités, motivations, valeurs et cadre de références personnel des individus. Elle dépend de l'information ressources et moyens dont l'individu dispose au moment. Ces théories justifient les deux hypothèses précédentes. Toutefois ces dernières nous semblent insuffisantes pour envisager l'ensemble des facteurs influençant le respect de bonnes pratiques et notamment rendre compte de ces phénomènes d'erreur et de déviance qui interrogent de fait le management des activités de production de soins. Celles-ci s'inscrivant dans un système complexe nous emprunteront à Dominique Genelot⁴⁵ ses concepts « du management dans la complexité ». Cette conception a le double intérêt d'être proposée pour les systèmes complexes tel que peut l'être la production de soins et de postuler d'une vision des déterminants du comportement cohérente avec celle que nous avons évoquée précédemment. Les acteurs ne sont pas les rouages d'une vaste mécanique programmée mais les nœuds d'un réseau qui développe des capacités d'intelligence réactive. « Dans un système complexe, de multiples logiques vont se côtoyer. La logique est un système de principes et de règles qui contrôlent la rigueur et l'acceptabilité des propositions élaborées par la pensée. Dans un tel système l'art du management consiste à distinguer et articuler ces différentes logiques conjointement à la recherche et l'expression de cohérence et de sens en tant que finalités partagées. Les organisations se pilotent par projets et par processus. Un enjeu primordial se situe dans le traitement de l'imprévu, de l'incertitude et de l'adaptation permanente au changement. Pour ce faire chaque professionnel doit pouvoir développer son autonomie personnelle tout en contribuant au

⁴³ FRIEDBERG E. « L'analyse sociologique des organisations ». Pour, 1988, n°28. p 24.

⁴⁴ SIMON H, Prix nobel d'économie 1978, habituellement désigné comme « le père des sciences de la décision ». Théorie exposée par ROJOT, J. Théorie des organisations, comprendre le management. P. 25.

projet collectif. L'information, la communication, la formation doivent permettre à chacun d'enrichir ses contextes d'interprétation et de développer ses niveaux de compréhension des phénomènes, créant ainsi les conditions d'intelligibilité collective du sens des actions de chaque acteur. L'encadrement a un rôle déterminant d'animation et de médiation pour relayer ce sens entre sa concrétisation par les acteurs de terrain et son impulsion et incarnation par la direction ». De notre point de vue cette conception représente une rupture avec le type de management technocratique que nous avons décrit. En revanche les principes de Genelot s'inscrivent dans le prolongement du management participatif sans le généraliser systématiquement⁴⁶ à toute situation.

De fait l'approche technocratique nous apparaît peu pertinente pour deux raisons. Tout d'abord elle suppose «qu'une information objective et scientifique doit suffire à convaincre et que la conviction une fois emportée le comportement suit tout naturellement »⁴⁷. Or comme les travaux de Marie-Christine Pouchelle, les observations de Chrystèle Fiorini⁴⁸, directeur d'hôpital, ont mis en évidence que cette information scientifique et normative n'était pas en mesure à elle seule d'infléchir notablement et durablement le comportement des professionnels de terrain. Ensuite l'approche technocratique induit de fait une stigmatisation et une culpabilisation du témoin ou de l'auteur d'une erreur ou d'une défaillance, peu propice au signalement et à la prise en compte de l'événement dans une perspective de recherche d'amélioration. A contrario l'approche de Dominique Genelot attentive aux différentes logiques et à l'expression du sens des actions favorisera l'implication de chacun dans le projet collectif. Ce type de management considère les déviances davantage comme des opportunités d'amélioration des performances que comme des fautes qu'il faudrait sanctionner. De ce fait il nous apparaît plus compatible avec le développement d'une culture positive de l'erreur qui privilégie l'analyse des causes et la recherche de solution à la recherche de coupables. Nous pensons donc en troisième hypothèse qu'une approche managériale favorable à l'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels prend en compte les réalités de terrain et n'est donc pas purement technocratique.

⁴⁵ GENELOT D.- Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants.- Paris :INSEP éditions,2001. 357 p.

⁴⁶ Ibid. pp. 141-144.

⁴⁷ POUCHELLE MC. Op.cit. p. 27.

⁴⁸ FIORINI C. Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ? Les enseignements de la démarche menée au CH d'Hyères en matière de prévention du risque nosocomial. Mémoire de directeur d'hôpital :ENSP, 2001.73 p.

3 LA METHODOLOGIE D'INVESTIGATION

3.1 Les objectifs de l'enquête

Notre problématique d'organise autour de trois hypothèses :

- Des représentations différentes selon les catégories d'acteurs : soignants, médecins, experts hygiénistes, encadrement et direction conditionnent le degré d'observance des mesures de prévention.
- Il existe une méconnaissance de la situation réelle objective, que ce soit en terme d'enjeu ou en terme de prestation fournie.
- Une approche managériale favorable à l'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels prend en compte les réalités de terrain et n'est donc pas purement technocratique.

Compte tenu de ces hypothèses l'objectif de l'étude est d'identifier quels sont les déterminants, et leur impact potentiel, dans l'appropriation et l'application des mesures de prévention par les soignants. Nous rechercherons ainsi :

- Le niveau actuel de formation ou d'information des soignants concernant l'hygiène et les mesures de base de prévention des infections nosocomiales.
- Le degré de connaissance, et la perception du niveau de risque par les soignants.
- Le degré d'adhésion des acteurs au dispositif
- Le degré d'implication des acteurs dans le dispositif.
- Les raisons invoquées lorsque les mesures de prévention ne sont pas respectées et en conséquence les freins qu'il faudrait lever pour améliorer le respect des bonnes pratiques.
- A contrario les facteurs propices au respect des bonnes pratiques: acteurs clés, personnes ressources, dispositifs et organisations.

3.2 Le choix de la population interrogée.

Nous avons choisi d'effectuer notre enquête dans un Centre Hospitalier Universitaire composé de plusieurs sites d'accueil et d'hospitalisation des patients Ce type d'établissement, en raison de ses dimensions présente à la fois une large diversité de situations de soins et une grande complexité d'organisation. De plus les Centre Hospitaliers Universitaires ont un rôle phare dans le système de soins. Ce sont les établissements qui utilisent les premiers les nouvelles techniques et pratiquent les activités les plus à risques. Par ailleurs, du point de vue de l'objet de cette enquête les Centres Hospitaliers Universitaires nous paraissent un ensemble homogène. Toutefois compte tenu des contraintes matérielles de réalisation nous ne pourrons enquêter que

dans un seul de ces établissements. C'est une première limite de la représentativité de l'échantillon des professionnels interrogés.

Nous distinguerons deux grandes catégories de professionnels d'une part les responsables et les experts et d'autre part les professionnels de terrain. Nous interrogerons différemment chaque catégorie.

3.2.1 Les responsables et les experts.

Afin de mettre en évidence l'organisation mise en place et les résultats obtenus dans l'établissement nous nous sommes entretenus avec huit responsables et / ou experts de la prévention des IN. Nous avons ainsi interviewé :

- Le médecin responsable de la commission du CLIN chargée de la mise en place de l'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques(SHA).
- Le médecin hygiéniste responsable de l'unité de prévention des infections nosocomiales(service d'hygiène hospitalière).
- En l'absence de cadre dans cette unité deux infirmières hygiénistes dont une membre de la commission de soins.
- Le directeur des soins membre du CLIN et représentant la direction générale à ce comité
- Trois cadres supérieurs de santé de différents secteurs présentant des niveaux de risque, des activités et des organisations différentes : un cadre supérieur d'un secteur de médecine, un cadre supérieur d'un secteur de chirurgie responsable du comité des protocoles de l'établissement et membre de la commission de soins, et enfin un cadre supérieur d'un secteur du secteur d'imagerie médicale.

Nous n'avons pas pu rencontrer le président du CLIN qui était indisponible pendant la période d'enquête.

Notre entretien semi directif posait cinq questions à propos de la prévention des IN

- Quels sont le dispositif en place et la démarche suivie dans l'établissement ?
- Compte tenu du niveau de risque le taux d'IN recensé est-il acceptable ?
- Quel est le degré d'observance par les professionnels des mesures principes de prévention ?
- Quels sont les freins et les facteurs à l'application de ces mesures ?

3.2.2 Les professionnels de terrain

Nous avons également distingué deux catégories dans cette population : les cadres de santé de proximité et les agents : professionnels soignants et Agents de Service Hospitalier (ASH). Nous avons interrogé chaque catégorie selon des modalités différentes.

A) Les cadres de santé de proximité

Nous avons interviewé directement douze cadres au moyen d'un questionnaire administré. Nous avons classés les différents services de l'ensemble de l'établissement selon les niveaux habituels de risque des IN.

- Les services de médecine réputés moins à risque.
- Les services de chirurgie où apparaissent les IN liées à de nombreux actes invasifs et notamment les infections du site opératoire. Nous avons inclus dans cette catégorie les services d'imagerie médicale en raison des actes invasifs de radiologie interventionnelle qui y sont pratiqués.
- Enfin les services de réanimation réputés les plus à risque. Nous avons inclus dans cette catégorie le service d'anesthésie et salle de réveil qui pratique le même type d'actes quoique dans un contexte différent. Du point de vue du niveau de risque et des mesures de prévention des IN, en particulier la tenue vestimentaire et le lavage des mains, nous pensons que les blocs opératoires constituent un contexte particulier. C'est pourquoi nous n'avons pas inclus cette catégorie de service dans notre enquête.

Pour chaque catégorie quatre cadres ont été interrogés, deux cadres correspondants en hygiène et deux non correspondants en hygiène. Afin de préserver l'anonymat des personnes interrogées les services inclus dans notre enquête seront désignés par leur catégorie et les lettres A,B,C,D. Les cadres de santé de proximité ne sont pas nécessairement affectés dans les mêmes services que les cadres supérieurs de santé que nous avons interrogés.

Un questionnaire, joint en annexe, est rempli avec chacun des 12 cadres au cours d'une interview de 45 minutes à une heure en moyenne.

B) Les agents : professionnels soignants et agents de service.

A la fin de l'interview nous avons remis à chacun des cadres de proximité dix questionnaires à remettre aux agents de leur service en ciblant les professionnels para médicaux, infirmiers ou manipulateurs en électro-radiologie, et les personnels d'aide aux soins sans toutefois exclure les agents de service (ASH) qui souhaiteraient participer à l'enquête. Nous avons également indiqué que le nombre de dix questionnaires n'était pas limitatif et que des copies pouvaient être faites si nécessaire. Pour remplir le questionnaire, nous avons accordé aux agents un délai de deux semaines pendant lesquelles nous étions présente dans l'établissement.

3.2.3 La représentativité de l'échantillon de professionnels interrogés

Au total nous avons distribué 120 questionnaires, ajoutés aux 12 questionnaires des cadres de santé et aux 8 entretiens avec les responsables et les experts ils constituent un recueil de données important à la limite des moyens et du temps d'analyse

dont nous disposons. Nous avons souhaité privilégier les aspects qualitatifs et un taux de retour élevé en utilisant auprès des cadres de proximité la méthode du questionnaire administré en nombre restreint de préférence à un grand nombre de questionnaires. Une enquête complémentaire plus large auprès des soignants, dans des conditions (délai court, présence pendant l'enquête) les plus favorables possibles à un taux de retour élevé, permet de compléter les données et préciser les réalités de terrain. Toutefois il convient de remarquer que si la population interrogée peut constituer un échantillon représentatif sur le plan qualitatif, sur le plan quantitatif il est nécessaire d'être plus circonspect. En effet compte tenu des différentes dimensions et organisations des services inclus dans notre étude nous estimons que les 10 questionnaires distribués représentent dans chacun des services de 30% à plus de 100% du nombre de professionnels présents au moment de l'enquête et susceptibles d'y répondre. Nous ne sommes pas en mesure de préciser davantage.

3.3 Les questionnaires utilisés auprès des professionnels de terrain⁴⁹.

Les questionnaires destinés aux cadres et aux agents sont en partie semblables.

1). Les questions communes aux cadres et aux agents

- Les questions 16 à 22 permettent d'identifier les caractéristiques de la population ayant répondu : lieu d'exercice (service), ancienneté, missions de correspondant en hygiène, etc.
- Les questions 1, 2, 4, 6 et 7 ont pour but d'apprécier le niveau de formation et d'information objective à propos des IN ainsi que le niveau d'appropriation de la procédure de signalement. Seule la question 2 de la définition des IN est ouverte. En ce qui concerne la formation nous nous sommes intéressée uniquement à la formation continue. En effet les professionnels interrogés titulaires d'un diplôme professionnel ont tous reçu une formation en ce domaine au cours des études préparant à ce diplôme. Seuls les ASH ne sont pas titulaires d'un tel diplôme.
- La question 3 et la question 5 ouverte pour les cadres, fermée pour les agents apprécient la perception par les professionnels du niveau de risque d'IN et de l'acceptabilité du taux d'IN en regard du risque.
- Les questions 9 fermée, 10 et 13 à 16 ouvertes, apprécient la perception par les professionnels du niveau de respect des mesures princeps de prévention des IN ainsi que

⁴⁹ Se référer aux questionnaires en annexe I et II

les freins et les facteurs qui l'influencent. La question 16 élargit le questionnement à la qualité des soins en général.

2). Les questions spécifiques aux cadres ou aux agents

Ce sont les questions: 8,11, 12, différentes dans les deux questionnaires.

- Nous avons informé les cadres que notre enquête portait sur les mesures de base de prévention des IN et plus particulièrement les préconisations en matière d'hygiène des mains et de tenue vestimentaire des professionnels. Cependant nous souhaitions vérifier quel était le niveau de connaissance des agents en ce domaine. C'est pourquoi nous avons posé uniquement aux agents la question 8 ouverte leur demandant quelles étaient, selon eux, les (une à trois) mesures de base essentielles à la prévention des IN. Afin d'apprécier plus précisément l'importance qu'ils accordaient à ces dispositions nous avons aussi demandé aux agents d'effectuer une cotation des mesures indiquées selon le barème suivant : 10 pour les mesures indispensables et essentielles, 5 pour les mesures efficaces mais pas toujours nécessaires, 1 pour les mesures recommandées mais rarement indispensables. Les questions 9 et 10 apprécient le respect des mesures cotées 10, les questions 11 et 12 apprécient le respect des mesures cotées 5. Nous avons considéré comme négligeable l'appréciation du respect des mesures cotées 1.

- En revanche nous avons interrogé uniquement les cadres (questions : 8,11, 12) à propos de l'évaluation objective qui pouvait être faite du respect des mesures de prévention et du dispositif mis en place ou qui pourrait l'être pour inciter au respect de ces mêmes mesures. Nous les avons également interrogés sur leur connaissance de l'existence d'une procédure de déclaration ou signalement des IN.

4 LES RESULTATS DE L'ENQUETE

4.1 Les entretiens avec les responsables et les experts

Nous avons mené les huit entretiens prévus par notre méthode d'investigation ; chaque entretien a duré de 45 minutes à une heure et 15 minutes.

4.1.1 La démarche mise en œuvre dans l'établissement .

Cette démarche, initiée de longue date est menée conjointement par le CLIN et le Service d'hygiène hospitalière (dénommé fédération dans l'établissement) en étroite collaboration avec la direction des soins. Elle a été évaluée favorablement lors de l'accréditation, première version, de l'établissement intervenue en 2004. Les conclusions du rapport d'accréditation sont les suivantes :

« Le Centre Hospitalier Universitaire a initié une politique de maîtrise du risque infectieux avec la mise en place d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

dans les années soixante-dix. Une équipe opérationnelle d'hygiène existe depuis 1992 sous la forme de fédération d'hygiène. Cette équipe comprend l'unité de prévention des infections nosocomiales et le laboratoire d'hygiène. Un réseau important de correspondants médicaux et soignants assure le déploiement des actions de prévention définies dans le cadre du programme annuel. Une stratégie de surveillance ciblée avec indicateurs est en place pour les secteurs à risque. Le signalement des infections nosocomiales est opérationnel. De nombreux protocoles validés sont à la disposition des professionnels et la formation des professionnels est organisée. Dans ce cadre, la mise en place des solutions hydro-alcooliques a impliqué un groupe multi-professionnel et a fait l'objet d'une méthode et d'indicateurs de suivi pour l'ensemble du Centre Hospitalier Universitaire.

La surveillance du risque infectieux liée à l'environnement est organisée et comprend notamment un plan d'échantillonnage et une cellule aspergillose.

Dans le cadre de son programme, le Comité de lutte contre les infections nosocomiales initie chaque année les évaluations adaptées au niveau de risque et suit les indicateurs définis. »

Les entretiens réalisées auprès des responsables et des experts nous permettent de préciser ce rapport en regard des objectifs de notre étude. Un axe prioritaire du programme du CLIN de prévention des IN est d'améliorer le respect des bonnes pratiques d'hygiène des mains en développant l'utilisation de la technique de friction des mains avec une solution hydro-alcoolique. A partir de 2002 le CLIN a ainsi mis en place une commission SHA⁵⁰. Cette commission multidisciplinaire comprend des médecins et des cadres soignants membre du CLIN ou non ainsi que des personnes ressources telles que le médecin du travail ou le pharmacien. La démarche de mise place des SHA a commencé par une information et formation-action réalisée dans chaque service par un binôme médecin-infirmier. Les résultats immédiats ont été décevants : une enquête par questionnaire auprès de tous les professionnels de l'établissement n'a obtenu que 30% de réponses et montré la faible pénétration de cette méthode dans les pratiques d'hygiène des mains. Depuis la démarche a été soutenue par l'encadrement, la mise place des correspondants en hygiène et le suivi quadrimestriel des consommations de SHA. Elle a été particulièrement intensifiée en service de réanimation. Une des demi-journées périodiques du CLIN, de formation et de réflexion des professionnels, a été consacrée à l'utilisation des SHA. Aujourd'hui la démarche porte ses fruits. Le suivi de ces consommations de SHA et des marqueurs bactériologiques (suivi de la prévalence des

⁵⁰ Comme indiqué dans notre méthodologie, cette commission SHA est chargée de mettre en place et suivre d'une part la méthode d'hygiène des mains par utilisation des SHA en friction et

bactéries multi-résistantes aux antibiotiques dont le staphylocoque aureus résistant à la méticilline) montre en effet une amélioration de la situation.

Parallèlement les correspondants en hygiène ont été mis en place. Ils sont théoriquement au nombre de trois par service : un médecin, un cadre soignant ou un infirmier (IDE) (ou un professionnel paramédical de même niveau de qualification) et un aide-soignant (AS) ou un ASH. En retenant ces trois catégories le but des responsables est de limiter le plus possible l'impact du statut hiérarchique dans les relations professionnelles au bénéfice de la collaboration entre les pairs. Depuis 2004 un programme de formation de deux jours, destiné et commun à tous les correspondants en hygiène, a été lancé. Il s'échelonne jusqu'en 2006.

L'unité de prévention des infections nosocomiales sous la responsabilité d'un médecin hygiéniste comprend un second médecin et sept infirmiers hygiénistes tous formés. Cette équipe intervient dans les services à la demande des professionnels. Le suivi des infections nosocomiales cible les services à risque tels que les services de réanimation et de chirurgie. Les cadres comme les médecins sont informés des données concernant leur service. L'unité élabore les protocoles d'hygiène institutionnels et les infirmières hygiénistes sont systématiquement sollicitées pour participer à l'élaboration des protocoles de soins. La direction des soins a en effet mis en place, sous la responsabilité d'un cadre supérieur de santé, un groupe de pilotage pour l'élaboration, la mise en place le suivi et l'évaluation des protocoles de soins. L'unité assure également la formation initiale dans toutes les écoles para médicales rattachées à l'établissement.

De notre point de vue cette organisation du pilotage de la prévention des IN n'est pas purement technocratique au sens où nous avons défini cette caractéristique. Le dispositif associe en effet les professionnels de terrain à la fois au niveau des travaux menés par le groupe de protocoles et au plus près de la pratique quotidienne par l'intermédiaire des correspondants en hygiène. De plus l'expertise apportée par l'unité de prévention des IN ne se limite pas à la production de procédures, protocoles ou conduites à tenir diffusés à l'établissement. Cette expertise est aussi relayée et mise à la disposition des professionnels de terrain par l'intervention directe auprès des professionnels des hygiénistes médicaux et paramédicaux.

d'autre part les bonnes pratiques en terme de « vestiaire » et tenue vestimentaire des professionnels. L'interview de son président est inclu dans nos huit entretiens.

4.1.2 La situation perçue par les responsables et les experts.

A) Les résultats obtenus

Globalement de l'avis général des responsables et des experts et selon les données disponibles le taux d'IN dans l'établissement est identique voire inférieur au taux national dans les établissements comparables de ce point de vue. Certes les données objectives et réellement comparables restent limitées. Les résultats des enquêtes de prévalence doivent être interprétés avec prudence. Les enquêtes d'incidence ne sont pas exhaustives quoique nettement plus fiables que le signalement dont l'exhaustivité est toujours très discutable. Enfin les standards de référence notamment pour les infections du site opératoire manquent encore. Cependant objectivement un taux d'IN qui reste stable malgré une augmentation des risques liés aux technologies très invasives (greffes d'organes par exemple) ou au profil des patients (patients immuno-déprimés par exemple), signe aussi une amélioration de la prévention. Toutefois l'acceptabilité demeure une question subjective et culturelle. « Dans notre société plus un risque se réalise rarement moins sa réalisation est tolérée ».

Selon les responsables et les experts le degré d'observance des mesures de prévention est difficile à évaluer. Les audits généralisés sont des procédures lourdes dont l'emploi doit être envisagé selon des priorités clairement établies. Les auto-évaluations ou les observations, dans un service donné, ponctuelles et programmées ont principalement une vertu pédagogique, qui n'est toutefois pas négligeable. En ce qui concerne le lavage des mains la consommation de SHA est de fait un indicateur d'observance des bonnes pratiques.

B) Les facteurs et les freins au respect des mesures de prévention.

Les responsables et les experts ont relevé différents déterminants au degré de respect des bonnes pratiques dont nous préciserons l'impact réel avec l'enquête réalisée auprès des professionnels de terrain et des cadres de proximité. Ce sont notamment l'adéquation des moyens humains et matériel, l'organisation et l'ergonomie du travail, la surcharge de travail, la formation, l'information.

Il convient de remarquer également que 6 sur 8 des responsables et experts que nous avons interviewés ont souligné l'influence des phénomènes culturels et des représentations sur le degré d'observance des mesures de prévention. Les responsables et les experts nous ont ainsi déclaré : « il est nécessaire de développer la culture positive de l'erreur. L'accréditation est aidante de ce point de vue. En revanche l'évaluation des hôpitaux diffusée par la presse est toujours culpabilisante. La culture médicale demeure très imprégnée de la notion de faute associée à l'erreur et à la responsabilité. Les médecins sont de ce fait assez peu perméables à l'idée de l'évaluation de la qualité et des

pratiques. La qualité des soins est une évidence, sinon c'est qu'il y a faute ». Le rôle des représentations et du statut socio-professionnel sont ainsi évoqués : « L'influence du statut socio-professionnel de qui parle sur la légitimité du discours émis est plus prégnante que dans l'industrie. Le soignant qui soigne ne peut pas imaginer faire de mal il ne peut que faire du bien au patient. C'est d'autant plus vrai que l'on fait des gestes considérés plus noble. Ainsi plus on s'élève dans la hiérarchie du prestige professionnel : AS, IDE, cadre, médecin plus on a tendance à être convaincu, pas toujours consciemment, de son innocuité et de sa propreté de principe. D'autres considérations prennent alors plus facilement le pas sur le respect des mesures de prévention, par exemple l'affirmation de son statut social, de son pouvoir, de sa séduction ou de sa féminité avec sa tenue vestimentaire, le port de bijoux, ou sa coiffure ». De notre point de vue, la mise en place des correspondants en hygiène telle qu'elle se fait dans l'établissement est une façon de développer une culture commune de prévention du risque sans ignorer les différences de représentations entre les catégories professionnelles.

4.2 Les questionnaires aux professionnels de terrain.

4.2.1 La population ayant répondu

A) Les réponses aux 120 questionnaires remis aux agents

Tableau 1 : le retour des questionnaires distribués

Nombre de réponse aux questionnaires

Catégorie de service	Service	Non correspondant en hygiène	correspondant en hygiène	Non Réponse	Total des réponses	Taux de retour	Cadre correspondant en hygiène
A	Médecine A	5			5	50%	non
	Médecine B	8	2		10	100%	oui
	Médecine C	3		1	4	40%	non
	Médecine D	2	1		3	30%	oui
Total des réponses des services de catégorie A		18	3	1	22	55%	
B	Chirurgie A	8			8	80%	non
	Chirurgie B	6	1		7	70%	oui
	Chirurgie C	6			6	60%	non
	Chirurgie D	5			5	50%	oui
Total des réponses des services de catégorie B		25	1		26	65%	
C	Réanimation A	4	1		5	50%	oui
	Réanimation B	7	3		10	100%	non
	Réanimation C	2	1		3	30%	non
	Réanimation D	10	1		11	110%	oui
Total des réponses des services de catégorie C		23	6		29	73%	
Total des réponses exploitables		66	10	1	77	64%	

79 questionnaires nous ont été retournés, 1 était inexploitable, 1 est parvenu hors délai et n'a pu être exploité. Au total 77 questionnaires sont exploitables. Un seul service a retourné un questionnaire de plus que les questionnaires distribués en utilisant la possibilité offerte de copier les questionnaires si besoin était. Le taux global d'exhaustivité supérieur à 60% peut nous permettre quelques appréciations qualitatives malgré les réserves concernant la représentativité de l'échantillon de la population enquêtée.

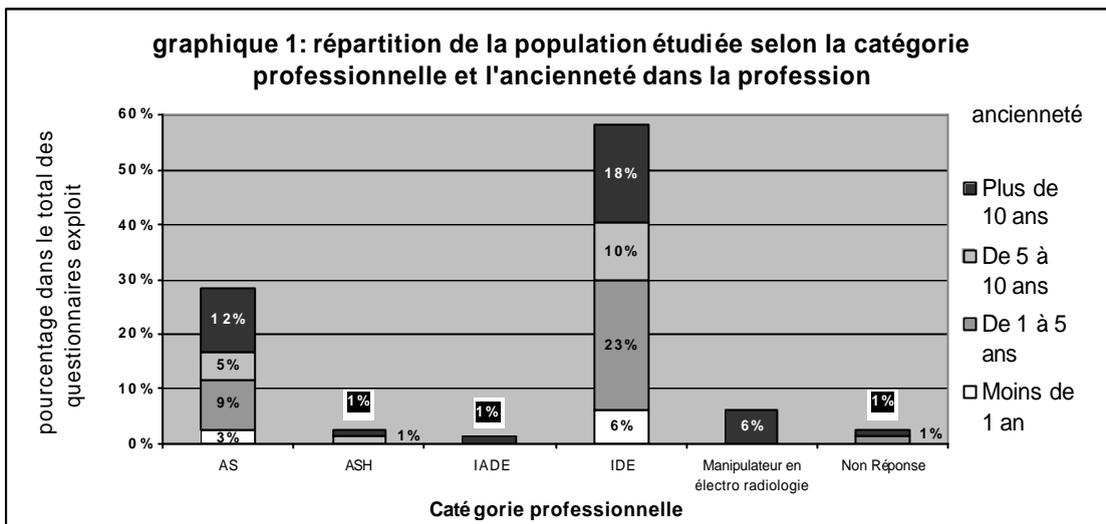
La majorité (86%) des professionnels ayant retourné le questionnaire sont des femmes, deux n'ont pas répondu à cette question.

En admettant que le taux de réponses reflète en partie l'intérêt des agents pour la question des IN, il semblerait que celui-ci soit lié au service lui-même plutôt qu'aux catégories classiques de services que nous avons déterminées. Un taux de retour de 30% ou de 100% s'observe en effet dans les services de médecine comme dans les services de réanimation. Par ailleurs l'on peut remarquer aussi que dans cinq services aucun agent correspondant en hygiène n'a répondu. Le cadre est correspondant en hygiène uniquement pour l'un d'eux. Les correspondants en hygiène sont en cours de mise en place dans l'établissement où se déroule l'enquête. Aussi ne sont-ils pas encore en fonction dans tous les services ou bien n'étaient-ils pas présents au moment de l'enquête. Le questionnaire arrivé hors délai émanait de fait d'un infirmier correspondant en hygiène d'un service de médecine (sans plus de précision). Cependant il ne semble pas non plus qu'il existe une relation systématique entre l'existence d'une réponse par un correspondant en hygiène et le taux de réponse. En effet l'absence de réponse par un correspondant en hygiène s'observe avec un taux de réponse du service de 40% à 80%, l'existence de réponse par un correspondant en hygiène s'observe avec un taux de réponse du service de 30% à 110%.

B) La catégorie professionnelle et l'ancienneté des agents ayant répondu

Tableau 2: Répartition des réponses par catégorie professionnelle et ancienneté dans la profession.

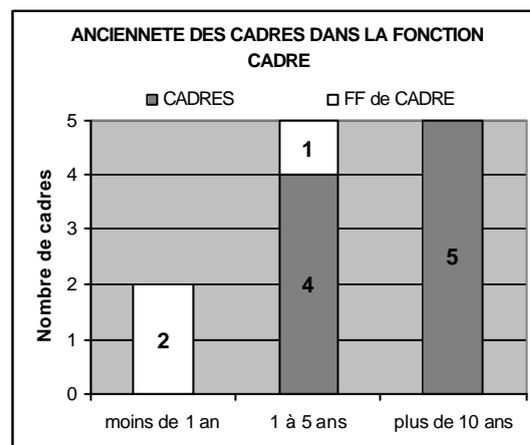
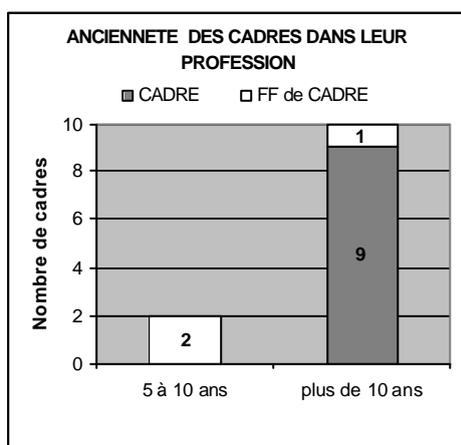
		QUESTION 18 :catégorie professionnelle						
QUESTION 19 : ancienneté dans la profession	AS	ASH	IADE	IDE	Manipulateur en électro radiologie	Non- Réponsee	Total	Taux dans le total
Plus de 10 ans	9	1	1	14	5	1	31	40%
De 5 à 10 ans	4	1		8			13	17%
De 1 à 5 ans	7			18		1	26	34%
Moins de 1 an	2			5			7	9%
Total	22	2	1	45	5	2	77	100%
Taux dans le total	29%	3%	1%	58%	6%	3%	100%	



Les réponses émanent en majorité des IDE. La seule réponse d'infirmier anesthésiste sera regroupée avec les autres réponses infirmières dans la suite de l'étude. Du point de vue du niveau de responsabilités les manipulateurs en électro-radiologie peuvent être considérés comme entrant dans la même catégorie que les infirmiers. Ce groupe de niveau de responsabilités représente 66% des réponses. Le personnel d'aide aux soins représente un peu moins du tiers (29%) des réponses. Nous avons ciblé prioritairement notre enquête sur ces professionnels. Nous n'avons toutefois pas exclus les autres catégories, et 2 ASH ont répondu au questionnaire. Ils sont correspondants en hygiène dans leurs services.

Les professionnels de plus de 10 ans d'ancienneté sont les plus nombreux à répondre (40%), viennent ensuite les professionnels de 1 à 5 ans d'ancienneté. L'intérêt porté à la question des IN ne semble pas s'éteindre avec l'ancienneté.

Graphique 2 : ancienneté des cadres interrogés



Parmi les douze cadres que nous avons interviewés selon la méthode du questionnaire administré, 3 faisaient fonction et se préparaient à l'entrée à l'école des cadres. Ils ont moins d'ancienneté que le groupe de cadres diplômés qui a plus de 10 ans d'ancienneté dans sa profession. Parmi ces derniers 4 ont de 1 à 5 ans d'ancienneté dans

la fonction cadre, 5 ont plus de 10 ans d'ancienneté dans la fonction cadre. Comme pour les agents c'est la tranche d'ancienneté de 5 à 10 ans la moins représentée. Nous pouvons toutefois conclure que globalement la population enquêtée dont nous étudions les réponses est une population expérimentée.

Dans la suite de notre analyse nous dénommerons « population enquêtée » les professionnels ayant répondu à nos questionnaires. Les agents sont les professionnels ayant répondu aux questionnaires distribués par les douze cadres que nous avons interrogés. Nous ne distinguerons pas systématiquement les cadres diplômés des cadres non diplômés.

C) La formation en hygiène de la population enquêtée au cours des trois dernières années

Globalement le taux de formation continue spécifique en hygiène est faible : 34% de la population enquêtée⁵¹. Les taux de formation les plus importants : cadres(67%), faisant fonction de cadre(33%), ASH(33%), semblent liés au taux élevé de correspondants en hygiène dans la catégorie concernée, soit respectivement : 56%, 33%, 100%. Les correspondants en hygiène ont en effet suivi une formation spécifique de 2 jours. En revanche pour les IDE et les AS les taux de formation (respectivement 28% et 27%) et de correspondants en hygiène (respectivement 13% et 9%) diffèrent sensiblement. Visiblement les agents de ces catégories professionnelles suivent davantage que les cadres des formations à l'hygiène lorsqu'ils ne sont pas correspondants en hygiène. A l'opposé les manipulateurs en électro-radiologie n'ont suivi aucune formation en hygiène

Tableau 4: Synthèse du nombre de jours de formation en hygiène les trois dernières années.

QUESTION 20 correspondant en hygiène ?	QUESTION 22 formation de correspondant ?	Nombre de personnes	QUESTION 1b nombre de formations	QUESTION 1c nombre de jours de formation
Non		72	13	11
	NA	72	13	11
Non Réponse		1	0	
	NR	1	0	
Oui		16	17	43
	Non	2	0	8
	NR	1	0	0
	Oui	11	16	34
Total		89	30	54

⁵¹ Se référer au Tableau 3 : synthèse du taux de formations en hygiène de la population enquêtée. En annexe III

Globalement ces trois dernières années la formation continue en hygiène des 89 professionnels interrogés représente 54 jours de formation, ce qui semble très faible. Le poids de la formation des correspondants en hygiène est très important : 22 jours (11 oui pour une formation de correspondant qui dure 2 jours), soit près de 50% des jours de formation en ce domaine.

D) La motivation au rôle de correspondant en hygiène⁵²

Les motivations essentielles pour l'ensemble des professionnels sont la transmission d'information et l'acquisition de protocoles dans le domaine de l'hygiène. Et ce, avec le souci d'améliorer la qualité des soins. Ainsi un cadre non correspondant en hygiène a indiqué qu'il préférerait confier ce rôle aux agents dans un souci de formation de ces derniers. Cependant pour les cadres il s'agit aussi d'un intérêt personnel pour le sujet.

4.2.2 La perception de la situation épidémiologique ;

A) La connaissance de la définition d'une infection nosocomiale.

Nous avons comparé les réponses apportées par les professionnels à la définition du CTIN⁵³. Deux éléments et eux seuls devaient apparaître dans toute réponse exacte : premièrement l'IN est consécutive à une hospitalisation, elle était absente avant l'admission, deuxièmement elle s'applique à toute infection présentant cette caractéristique. Si seulement un élément est noté ou s'il y en a d'autres la définition est considérée comme en partie exacte. Nous avons été plus exigeants pour les réponses des cadres et des correspondants en hygiène. Pour les autres agents les réponses qui indiquaient la cause hospitalière et la nature infectieuse de l'IN ont été considérées comme exactes .

Tableau 5 : connaissance de la définition d'une infection nosocomiale

QUESTION 20 correspondant Population en hygiène ?		QUESTION 2: définition de l'IN par les professionnels			TOTAL Nombre de réponses
		Non Réponse	en partie exacte	exacte	
Non		3	4	65	72
	AGENT	3		63	66
	CADRE		4	2	6
NR				1	1
	AGENT			1	1
Oui				16	16
	AGENT			10	10
	CADRE			6	6
Total		3	4	82	89

⁵² se référer au Tableau 21 : motivation au rôle de correspondant en hygiène. En annexe IV.

⁵³ Comité technique national des Infections Nosocomiales, Op.cit., p. 20

En règle générale la définition de l'IN est bien connue. Les 16 correspondants en hygiène, agents comme cadres, ont donné une réponse exacte. Parmi les 73 autres professionnels, 4 cadres sur 6 ont une réponse en partie exacte, 3 agents sur 67 n'ont pas répondu. Au total Ce sont 82 professionnels sur 89 qui ont fourni une réponse exacte.

B) L'information sur le taux d'IN

Tableau 6 : information sur le taux d'IN

		Question 4: information sur le taux d'IN					
		Jamais	Parfois	Au moins 1 fois par an	Régulièrement	Sans réponse	
Service	Population	taux dans le service	taux dans le service	taux dans le service	taux dans le service	taux dans le service	Nb d'agents plus 1cadre
Chirurgie A	AGENT	13%	13%		75% + C		8
Chirurgie B	AGENT	29%	57%	C		14%	7
Chirurgie C	AGENT	17%	33%	50%	C		6
Chirurgie D	AGENT	100% +C					5
Médecine A	AGENT	80%	20%	C			5
Médecine B	AGENT	60%	30%	C	10%		10
Médecine C	AGENT	75%	25%		C		4
Médecine D	AGENT				100% +C		3
Réanimation A	AGENT	60%	20%+C	20%			5
Réanimation B	AGENT	30%	40%		30%+C		10
Réanimation C	AGENT		67%		33% +C		3
Réanimation D	AGENT	27%	55%	C	18%		11
Total dans l'ensemble des services		36%	29%	9%	25%	1%	89

Nb le C indique la réponse du cadre. Au nombre d'agents dans la dernière colonne il est nécessaire d'ajouter 1 cadre par service. le total de 89 agents comprend les 12 cadres

Un quart de l'ensemble des professionnels se dit régulièrement informé du taux d'infection dans son service. La majorité ne l'est ou jamais (39%) ou parfois(29%). Cependant il convient de relativiser ce constat en fonction des catégories de service selon les priorités de suivi des IN définies par le service d'hygiène et le CLIN. Exception faite de la médecine D où seulement 3 agents ont retourné le questionnaire, Les services de médecine où les IN sont moins suivies sont de fait moins informés que les autres (60% à 80% des agents ne sont jamais informés, contre 36% pour l'ensemble des services). En revanche en service de chirurgie et de réanimation les IN, ou certaines catégories d'entre elles : les infections du site opératoire ou les pneumopathies infectieuses par exemple, font l'objet d'une surveillance régulière. Nous avons toutefois inclus dans ces catégories de service deux services particuliers: l'imagerie et radiologie-interventionnelle (chirurgie D) d'une part, l'anesthésie salle de réveil (réanimation A) . D'autre part dans ces deux services les patients ne séjournent pas et les infections nosocomiales sont suivies

dans le service d'hospitalisation où retourne le patient. Excepté dans ces deux services les agents en chirurgie et en réanimation se disent plutôt mieux informés : 13% à 30% des agents ne sont jamais informés, contre 36% pour l'ensemble des services (nous ne tenons pas compte de la réanimation C - 0% de jamais - car seulement 3 agents de ce service ont retourné le questionnaire) ; la majorité des agents sont ou régulièrement informés ou le sont au moins une fois l'an avec un taux supérieur à l'ensemble des services. Plus de 50% des autres agents sont parfois informés.

Par ailleurs la presque totalité des cadres sont informés régulièrement (6/12) ou au moins une fois par an (4/12). Les deux cadres jamais ou parfois informés sont chargés des deux services particuliers : le service d'imagerie et radiologie-interventionnelle et le service d'anesthésie salle de réveil. Pour ces disciplines le suivi des IN a lieu en service d'hospitalisation et l'information de la survenue d'une IN à la suite d'un acte de soins n'est pas systématiquement transmise aux services ayant pratiqués cet acte. Les deux cadres de ces services l'ont regretté.

Tableau 7: information des correspondants en hygiène à propos du taux d'in dans leur service.

Information sur le taux d'IN								
QUESTION 4	Non correspondant		correspondant		NR		Total	
	NB de professionnels	taux des réponses						
Jamais	27	38%	4	25%	1	100%	32	36%
Parfois	22	31%	4	25%		0%	26	29%
Au moins 1 fois par an	5	7%	3	19%		0%	8	9%
Régulièrement	17	24%	5	31%		0%	22	25%
NR	1	1%		0%		0%	1	1%
Total	72	100%	16	100%	1	100%	89	100%

Comme le montre le tableau 7 les correspondants en hygiène quant à eux se disent mieux informés que l'ensemble des professionnels. Cependant il convient de nuancer ce constat en remarquant que 6 d'entre eux sont aussi des cadres que nous savons mieux informés que les agents.

Pour conclure à propos de ce thème nous dirons qu'en règle générale les services considérés à risque où le suivi des IN, ou de certains types d'IN, par le service d'hygiène est systématique sont informés régulièrement de la situation épidémiologique et du taux d'IN. Ce sont les cadres qui reçoivent l'information mais cette information ne semble pas être systématiquement redonnée aux équipes.

C) L'appréciation du niveau de risque dans le service

Tableau 8 niveau de risque de survenue d'un IN selon les professionnels du service.

Question: 3 Appréciation du niveau de risque dans le service

Service	Faible		Réel		Majeur		NB d'agents	part des agents du service dans la population totale	réponse du cadre du service
	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service			
Chirurgie A	1	13%	5	63%	2	25%	8	10%	réel
Chirurgie B	5	71%	2	29%			7	9%	réel
Chirurgie C			5	83%	1	17%	6	8%	réel
Chirurgie D	3	60%	2	40%			5	6%	réel
Médecine A	1	20%	4	80%			5	6%	réel
Médecine B	4	40%	6	60%			10	13%	réel
Médecine C			4	100%			4	5%	réel
Médecine D	1	33%			2	67%	3	4%	majeur
Réanimation A			4	80%	1	20%	5	6%	réel
Réanimation B	2	20%	4	40%	4	40%	10	13%	majeur
Réanimation C					3	100%	3	4%	majeur
Réanimation D	1	9%	4	36%	6	55%	11	14%	majeur
Total	18	23%	40	52%	19	25%	77	100%	

Aucun professionnel n'estime le risque de survenue d'une IN dans le service comme étant nul. La majorité des agents et des cadres l'estiment réel et un quart le considèrent comme majeur. En règle générale les cadres indiquent un niveau de risque identique à celui indiqué par la plus part des agents du service. Seulement deux cadres, en chirurgie B et D, estiment le risque réel alors que la plus part des agents de ces services l'estiment faible. L'on peut supposer qu'il existe un lien avec l'information des agents sur le taux d'IN. En chirurgie B les agents sont parfois ou jamais informés. En chirurgie D ils ne sont jamais informés, ils n'ont pas davantage suivi de formation spécifique ces trois dernières années, mais c'est un service particulier(imagerie et radiologie) où les patients ne séjournent pas et où donc les IN ne sont pas suivies . Aucun agent de ce service, en dehors du cadre, n'est correspondant en hygiène.

Nous concluons cependant que les professionnels qui par ailleurs connaissent la définition des IN, ont en règle générale conscience de la réalité du risque qu'elles représentent qu'ils soient ou non bien informés du taux d'IN dans leur service. Mais qu'elle perception ont-il de ce taux ?

D) Le taux d'IN perçu

Nous avons posé cette question différemment aux agents et aux cadres. Pour ces derniers la question était plus ouverte et la réponse pouvait être commentée.

Tableau 9 : L'estimation par les agents du taux d'IN dans le service.

Question: 5 Appréciation du taux d'IN dans le service

Service	Aucune		Très peu		normal		trop élevé		sans réponse		NB d'agents	part des agents du service dans la population totale	réponse du cadre du service
	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service			
Chirurgie A			1	13%	6	75%	1	13%			8	10%	acceptable
Chirurgie B			3	43%	4	57%					7	9%	non acceptable
Chirurgie C			1	17%	5	83%					6	8%	acceptable
Chirurgie D	1	20%	1	20%	1	20%			2	40%	5	6%	inconnu
Médecine A			4	80%	1	20%					5	6%	acceptable
Médecine B	2	20%	4	40%	4	40%					10	13%	acceptable
Médecine C	1	25%			1	25%			2	50%	4	5%	acceptable
Médecine D			1	33%	2	67%					3	4%	acceptable
Réanimation A					5	100%					5	6%	inconnu
Réanimation B			4	40%	6	60%					10	13%	acceptable
Réanimation C			1	33%	2	67%					3	4%	non acceptable
Réanimation D			3	27%	7	64%	1	9%			11	14%	acceptable
Total	4	5%	23	30%	44	57%	2	3%	4	5%	77	100%	

Compte tenu du risque, la grande majorité des agents considère le taux d'IN dans leur service comme normal, près d'un tiers le considère comme très peu élevé. Les cadres partagent cette opinion. Toutefois dans les deux services où les cadres considèrent le taux d'IN « non acceptable » les agents le considèrent comme « normal ». Les services pour lesquels le taux d'IN est inconnu des cadres sont les deux services particuliers déjà signalés où les patients ne séjournent pas.

Tableau 10 : Commentaire des cadres à propos du taux d'IN dans le service.

Taux d'IN acceptable?	n° fiche cadre	commentaire
inconnu	C7	souhait 0
	C10	pas d'info s'observe hors du service
non	C8	souhait 0
	C12	souhait 0 voudrait moins
oui	C1	comparé au national souhait 0
	C2	les mesures prises permettent de les éviter par rapport aux risques voudrait moins
	C3	voudrait moins
	C4	NR
	C5	plus important si plus de patients infectés s'accroît avec la charge de travail
	C6	tout écart est réajusté
	C9	comparé au national
C11	tendre vers 0	

Les deux cadres qui considèrent le risque « non acceptable » argumentent qu'ils souhaiteraient un taux nul ou tout au moins inférieur. Au total 7 cadres sur 12 partagent ce sentiment. Trois cadres (C2, C6) soulignent aussi que ce qui peut être entrepris pour limiter ce taux l'est effectivement, un autre indique que c'est la charge de travail qui augmente le taux. Enfin deux cadres précisent que le taux d'IN du service est comparable au taux national.

Globalement au regard d'un risque estimé réel, le taux d'IN est perçu comme satisfaisant et ne remettant pas en cause les pratiques professionnelles.

4.2.3 Le signalement des infections nosocomiales.

Tableau 11 : le signalement des IN.

Question: 6 Signalement des IN

Service	Jamais		Parfois		Souvent		Toujours		Ne sais pas		NB d'agents	part des agents du service dans la population totale	réponse du cadre du service
	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service			
Chirurgie A			2	25%	1	13%	5	63%			8	10%	Systématiquement
Chirurgie B			3	43%	2	29%	1	14%	1	14%	7	9%	Je ne sais pas
Chirurgie C			2	33%	2	33%	2	33%			6	8%	Systématiquement
Chirurgie D	2	40%							3	60%	5	6%	Non adapté
Médecine A	2	40%					1	20%	2	40%	5	6%	Jamais
Médecine B	1	10%	1	10%	2	20%	1	10%	5	50%	10	13%	Souvent
Médecine C							1	25%	3	75%	4	5%	Systématiquement
Médecine D					1	33%	2	67%			3	4%	Systématiquement
Réanimation A	2	40%			1	20%	1	20%	1	20%	5	6%	Non adapté
Réanimation B			1	10%			2	20%	7	70%	10	13%	Systématiquement
Réanimation C							3	100%			3	4%	Systématiquement
Réanimation D			4	36%	1	9%	1	9%	5	45%	11	14%	Systématiquement
Total	7	9%	13	17%	10	13%	20	26%	27	35%	77	100%	

Tableaux 12 : qui signale les infections nosocomiales ?

QUESTION 7 qui signale l'IN?	réponse des			Total	Réponse des cadres	QUESTION 8 : Existe-t-il une procédure de signalement ?			
	AGENTS	CADRES				ne sait pas	non	oui	Total
Je ne sais pas	41	1		42					
Médecin	14	3		17					
Cadre	16			16					
Vous-même	3	1		4					
Laboratoire	2			2					
NA		2		2					
ne sait pas		2		2					
cadre supérieur		1		1					
inf hygiéniste		1		1					
Médecin hygiéniste		1		1					
N'est pas déclarée	1			1					
Total	77	12		89		1	3	8	12

Les agents semblent peu informés de la procédure et le signalement apparaît plutôt concerner les cadres bien qu'un seul d'entre eux déclare signaler lui-même les IN.

Les deux réponses « Non Adapté » des cadres concernent les deux services particuliers déjà indiqués. Un cadre, correspondant en hygiène mais n'ayant pas encore suivi la formation spécifique, déclare ne pas savoir si les IN sont signalées et ignore s'il existe une procédure de signalement. Un autre cadre, non correspondant en hygiène, déclare que les IN ne sont jamais signalées et ignore s'il existe une procédure de signalement. Toutefois majoritairement les cadres déclarent que les IN sont signalées systématiquement et ils connaissent l'existence de la procédure de signalement.

4.2.4 Les mesures de base de prévention des infections nosocomiales.

Afin d'identifier quelles étaient les mesures de base de prévention des IN, du point de vue des agents, nous avons posé la question 8 suivante :

« Pouvez-vous citer de 1 à 3 mesures de prévention des IN, parmi celles que vous pratiquez le plus dans le service et qui vous paraissent les plus simples ? »

« Pouvez vous attribuer une cote à chaque mesure selon le barème suivant ? »

10 = mesure indispensable et essentielle.

5 = mesure efficace mais pas toujours nécessaire.

1 = mesure recommandée mais rarement indispensable.

Tableau 13 : Les mesures de base de prévention des IN et leur cotation par les agents ;

Nombre de réponses des agents	QUESTION 8b: cotation de la mesure de prévention des IN										Taux du nombre de réponses pour 77 agents	
	Mesure 1			Mesure 2			Mesure 3			Total		
	5	10	Total Mesure 1	5	10	Total Mesure 2	1	5	10			Total Mesure 3
QUESTION 8a: mesure de prévention des IN ?												
Lavage des mains	60		60	12		12		2		2	74	96%
Hygiène des locaux	1	4	5	1	9	10		1	13	14	29	38%
Isolement (BMR)		7	7	3	5	8	1	2	1	4	19	25%
Protocoles et règles d'hygiène respectés				1	4	5	1		8	9	14	18%
Port de gants				2	8	10		2	1	3	13	17%
Asepsie		1	1	1	6	7		1	4	5	13	17%
Hygiène et asepsie des soins		1	1	1	4	5			4	4	10	13%
Matériels à UU et ou stériles					2	2		1	3	4	6	8%
Organisation des soins et du travail				2	2	4			1	1	5	6%
Protocoles				3		3			1	1	4	5%
Isolement		1	1		3	3					4	5%
Surveillance des portes d'entrée					1	1	1			1	2	3%
Suivi des risques des IN								2		2	2	3%
Prélèvements -écouvillonnages		1	1						1	1	2	3%
Antibiothérapie					1	1					1	1%
Tri des déchets					1	1					1	1%
Tri du linge				1		1					1	1%
Pas de port de bijoux									1	1	1	1%
Hygiène corporelle					1	1					1	1%
Total	1	75	76	12	62	74	3	9	40	52	202	

Excepté un seul agent, tous les personnels ont indiqué au moins une mesure de base prévention des IN, la presque totalité (74 sur 77) ont indiqué deux mesures et 67% ont indiqué trois mesures. 177 fois (88% des 202 réponses) les mesures ont été cotées 10⁵⁴ et considérées « indispensables et essentielles ». 22 fois (11% des 202 réponses) les mesures ont été cotées 5 et considérées « efficaces mais pas toujours nécessaires ». 3 fois (1% des 202 réponses) les mesures ont été cotées 1 et considérées « recommandées mais rarement indispensables ». Les cotations 1 figurent toujours en troisième mesure. Pour leur grande majorité les mesures mentionnées par les agents sont donc des mesures qu'ils considèrent comme particulièrement importantes.

La principale mesure de prévention mentionnée est le lavage des mains. Elle représente 80% des réponses en mesure 1. 96% des agents l'ont mentionnée. 78% mentionnent le lavage des mains en première mesure et 15% en seconde mesure. Seuls deux agents mentionnent cette mesure en troisième lieu après l'hygiène des locaux et l'asepsie en général. Cette mesure est toujours cotée 10 et « indispensable et essentielle ». C'est en quelque la mesure « phare » de la prévention des infections nosocomiales. Cependant 31% (23 sur 74) des réponses indiquant le lavage des mains mentionnent l'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques (SHA), le plus souvent comme méthode alternative, parfois comme première méthode. La friction des mains avec les SHA ne semble pas encore perçue comme la méthode de choix de l'hygiène des mains. La seconde mesure la plus mentionnée est « l'hygiène des locaux » 38% des agents l'ont mentionnée. 6% mentionnent « l'hygiène des locaux » en première mesure, 13% en seconde mesure et 18% en troisième mesure. Elle est également cotée 10 et considérée « indispensable et essentielle » dans la grande majorité des cas (90% des 29 mentions). Mais dans la perception des agents cette mesure demeure nettement moins emblématique que le lavage des mains.

Sont ensuite mentionnées par 10% à 19% en seconde ou troisième mesure des dispositions telles que l'isolement des patients porteurs de bactéries multirésistantes (BMR), le respect des protocoles et règles d'hygiène en vigueur dans l'établissement ou le service, le port de gants, l'asepsie, l'hygiène et l'asepsie des soins. Ce sont en règle générale des mesures complémentaires : Seul l'isolement, cité 7 fois en mesure 1 soit par 9% des agents peut être considéré comme un peu plus prioritaire.

⁵⁴ Nous avons inclus dans les cotations 10 un « lavage des mains » coté 9 et un « protocoles et règles d'hygiène respectés » coté 8. toutes les autres cotations étaient conformes au barème indiqué par la question.

4.2.5 L'estimation par les professionnels du degré de respect des mesures de prévention.

A) Le respect des mesures cotées 10

Les mesures cotées 10 sont nettement majoritaires (88% des réponses) et la mesure de prévention essentielle mentionnée par les agents est le lavage des mains. C'est pourquoi nous comparerons les réponses des cadres uniquement avec les réponses cotées 10 par les agents.

Tableau : 14 le respect des mesures de prévention des IN, cotées 10.

Question: 9 respect des mesures de prévention des IN cotées 10

Service	Parfois		Le plus souvent		Toujours		NB d'agents	part des agents du service dans la population totale	réponse du cadre du service
	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service			
Chirurgie A			5	63%	3	38%	8	10%	Le plus souvent
Chirurgie B			4	57%	3	43%	7	9%	Toujours
Chirurgie C			3	50%	3	50%	6	8%	Le plus souvent
Chirurgie D			2	40%	3	60%	5	6%	Toujours
Médecine A			1	20%	4	80%	5	6%	Le plus souvent
Médecine B			8	80%	2	20%	10	13%	Toujours
Médecine C			2	67%	1	33%	3	4%	Le plus souvent
Médecine D			2	67%	1	33%	3	4%	Le plus souvent
Réanimation A	1	20%	3	60%	1	20%	5	6%	Le plus souvent
Réanimation B			5	50%	5	50%	10	13%	Toujours
Réanimation C			3	100%			3	4%	Le plus souvent
Réanimation D	1	9%	7	64%	3	27%	11	14%	Le plus souvent
Total	2	3%	45	59%	29	38%	76	100%	

De l'avis général (98% des réponses) les mesures de prévention sont ou « le plus souvent respectées », 59% des réponses des agents et 67% des réponses des cadres ou « toujours » respectées, 38% des réponses des agents et 33% des réponses des cadres.

Dans 8 services sur 10 les cadres partagent l'opinion de la majorité des agents. Dans les services de chirurgie B et de réanimation B les cadres déclarent que les mesures sont toujours respectées alors que les agents sont plus partagés. Dans les services de médecine A et B l'opinion de 80% des agents est l'opposé, entre « le plus souvent » et « toujours », de l'opinion du cadre.

Excepté en médecine B, les 4 cadres qui ont répondu « toujours » ont argumenté leur réponse en précisant (1 fois°) que les exception étaient rares ou bien que (2 fois) l'utilisation des SHA facilitait le respect des mesures d'hygiène des mains.

4 des 8 cadres ayant répondu 3 «le plus souvent » ont chacun donné un des arguments suivants à leur réponse : difficultés avec les médecins, les moyens sont en place, il est nécessaire de rappeler les règles et les protocoles en vigueur, l'utilisation des SHA est facilitante.

En conclusion sur cette question nous pouvons estimer que selon la perception des professionnels de terrain, les mesures de base et essentielles de prévention des IN et en particulier le lavage des mains, ou la friction avec les SHA, sont globalement bien respectées. En ce qui concerne les quelques mesures complémentaires cotées 5⁵⁵ et considérées comme « efficaces mais pas toujours nécessaires » (14 réponses) le degré de respect serait légèrement plus faible avec 21% de réponses « parfois ».

B) Les raisons invoquées lors du non respect des mesures de prévention

Parmi les 77 agents ayant retourné un questionnaire exploitable, 50 (65%) ont invoqué 91 motifs de non-respect des mesures de prévention qu'ils avaient cotées 10⁵⁶, 12 (15%) agents ont invoqué 24 motifs de non-respect des mesures de prévention qu'ils avaient cotées 5⁵⁷. Au total les agents ont proposé 115 réponses.

Les retours à ces questions ouvertes où chaque professionnel peut faire le nombre de réponses qu'il souhaite sont analysés en référence au nombre de réponses plutôt qu'au nombre de professionnels ayant émis cette réponse. Nous souhaitons aussi comparer les réponses entre les deux populations enquêtées : agents et cadres en tenant compte de la disparité quantitative entre celles-ci.

Pour cette question nous analyserons précisément et comparerons les réponses des cadres, uniquement avec les réponses cotées 10 par les agents. D'une part pour les mêmes raisons que précédemment : majorité de mesures de prévention cotées 10 par les agents et majorité (79%°) de propositions de raisons pour les mesures de prévention cotées 10. D'autre part du point de vue qualitatif les raisons de non-respect invoquées pour les mesures cotées 5 ne sont pas différentes de celles invoquées pour les mesures cotées 10.

⁵⁵ Se référer au tableau 14 bis « le respect des mesures de prévention des IN, cotées 5 » en annexe n° V.

⁵⁶ Se référer au tableau 15 A « Ensemble des raisons invoquées pour le non-respect des mesures cotées 10 » en annexe n°VI.

⁵⁷ Se référer au tableau 15 B « Ensemble des raisons invoquées pour le non-respect des mesures cotées 5 » en annexe n°VII.

Ainsi parmi les 77 agents ayant retourné le questionnaire, 65% (50 réponses) ont indiqué⁵⁸ au moins un motif de non respect des mesures de prévention cotées 10, 38% ont indiqué deux motifs et 16% trois motifs. Les 12 cadres que nous avons interviewés ont tous proposé au moins un motif, 10 ont mentionné deux motifs, 3 ont mentionné plus de trois motifs. Au total 119 motifs ont été mentionnés dont 76% par les agents et 24% par les cadres. Proportionnellement à leur poids⁵⁹ dans la population ayant répondu au questionnaire, les cadres ont davantage proposé de motifs

Nous distinguerons deux grandes catégories de raisons invoquées : les raisons liées à l'environnement de travail qui représentent 80% de l'ensemble des réponses et les raisons d'ordre personnel et individuel qui représentent 20% des réponses.

a) *Les raisons du non-respect des mesures de prévention cotées 10, liées à l'environnement de travail*

Tableau 15 C : les raisons du non-respect des mesures de prévention liées à l'environnement de travail

QUESTION 10 les raisons du non respect des mesures de prévention cotées 10	Nombre de réponses des agents												Total de l'ensemble					
	Raison 1		Total raison 1	Raison 2		Total raison 2	Raison 3		Total raison 3	Raison 4 et +		Total raison 4 et +			Agents	Cadres		
	Agents	Cadres		Agents	Cadres		Agents	Cadres		Agents	Cadres		Agents	Cadres				
Les raisons invoquées liées à l'environnement de travail																		
En cas d'urgence	13		13	5	2	7	2	1	3				20	3	23	19%		
Manque de temps	12		12	3	1	4	1		1				16	1	17	14%		
Défaut d'information sur le risque réel	5		5	3		3	2		2				10		10	8%		
Défaut de locaux adaptés	3	1	4	2	1	3	2		2				7	2	9	8%		
Manque de personnels	4		4	2		2							6		6	5%		
Charge de travail trop importante	4	2	6	1		1	1		1				6	2	8	7%		
Résultats de laboratoire trop tardifs	1		1	2		2							3		3	3%		
Patient non coopérant				2		2	1		1				3		3	3%		
Manque de matériels	1	2	3	1		1		1	1				2	3	5	4%		
Difficultés avec les médecins, les chirurgiens de passage ou les étudiants		2	2		1	1								3	3	3%		
Multiplicité des intervenants de passage ou étrangers au service et pas toujours formés à l'hygiène		1	1		1	1			1				1	2	3	3%		
Pas de suivi par l'ensemble de l'équipe				1		1							1		1	1%		
Pas tjrs adapté à la situation							1		1				1		1	1%		
Utilisation intensive des SAP	1		1										1		1	1%		
technique trop longue				1		1							1		1	1%		
défaut d'organisation du travail	1		1										1		1	1%		
Total des raisons liées à l'environnement de travail	45	8	53	23	6	29	11	2	13				79	16	95	80%		
Total de l'ensemble des raisons	50	12	62	29	10	39	12	3	15	3	3		91	28	119			

⁵⁸. Se référer au tableau 15 A « Ensemble des raisons invoquées pour le non-respect des mesures cotées 10 » en annexe n°V.

⁵⁹ Les agents représentent 86% des professionnels ayant retourné un questionnaire exploitable, les cadres 14%.

Les deux principaux motifs invoqués sont la situation d'urgence et le manque de temps. L'un comme l'autre traduit la nécessité d'aller vite, nécessité qui devient impérieuse en cas d'urgence. Le motif de « technique top longue - 3 minutes de lavage des mains - » évoqué par un agent se situe dans le même ordre d'idée. Cette raison du temps qui manque représente 34% des réponses. C'est le premier motif invoqué par les agents avant le défaut d'information sur le risque réel qui représente 11% des réponses des agents et n'est pas évoqué par les cadres. Ces derniers indiquent en revanche avec la même fréquence (19% des réponses des cadres) que la situation d'urgence, les difficultés à faire respecter les mesures par les médecins et le manque de matériels. Ces deux derniers motifs sont peu ou pas évoqués par les agents. Il convient cependant de remarquer que le « manque » ou « défaut de matériels » est par ailleurs la principale raison (25% des réponses) du non-respect des mesures de prévention cotées 5 par les agents⁶⁰. Ce défaut peut être qualitatif en cas de matériel inadapté ou quantitatif lorsqu'il y a rupture de stock de matériel à usage unique par exemple. Les deux autres motifs principalement (17% des réponses pour chacun d'eux) invoqués pour les mesures de prévention cotées 5 par les agents sont l'urgence et le défaut d'information sur le risque réel

Le défaut de locaux est invoqué en troisième motif pour l'ensemble des professionnels. Selon ces derniers l'inadaptation des locaux génère des déplacements supplémentaires et rend difficile l'application de mesures telles que l'isolement lorsque le nombre de chambres seules est insuffisant.

Est invoquée ensuite avec 7% des réponses des professionnels « la charge de travail trop importante ». Cette dernière est liée selon les professionnels à des procédures lourdes telles que l'isolement des patients ou bien à un afflux de patients ou encore à une rotation rapide des patients. L'on peut rapprocher de ce motif le manque de personnels qui n'est pas mentionné par les cadres mais représente près de 7% des réponses des agents.

b) Les raisons du non-respect des mesures de prévention cotées 10, d'ordre individuel et personnel.

Outre ces motifs liés à l'environnement de travail et ainsi moins impliquants pour les professionnels, d'autres motifs individuels et personnels plus impliquants pour les agents sont invoqués mais nettement moins fréquemment. Proportionnellement au poids

⁶⁰ Se référer au tableau 15 B « Ensemble des raisons invoquées pour le non-respect des mesures cotées 5 » en annexe n°VI

des cadres⁶¹ dans la population de réponses ces motifs sont davantage invoqués par les cadres.

Tableau 15 C : les raisons du non-respect des mesures de prévention d'ordre individuel et personnel.

QUESTION 10 les raisons du non respect des mesures de prévention cotées 10	Nombre de réponses des agents												Total de l'ensemble		
	Raison 1		Raison 2		Raison 3		Raison 4 et +		Total						
	Agents	Cadres	Total raison 1	Agents	Cadres	Total raison 2	Agents	Cadres	Total raison 3	Agents	Cadres	Total raison 4 et +	Agents	Cadres	Agents
oubli	2		2	3	1	4	1	1	2	1	1	6	3	9	8%
déviante volontaire du protocole		1	1	2		2						2	1	3	3%
lésions aux mains	1		1	1	1	2						2	1	3	3%
motivation personnelle		2	2									2		2	2%
nouveaux arrivants		1	1						1	1		2		2	2%
Paresse	1		1									1		1	1%
méconnaissance des protocoles	1		1									1		1	1%
alliances et montres conservées				1	1								1	1	1%
Erreur:le port de gants évite le lavage des mains									1	1		1		1	1%
résistance au changement	5		5	1	1							1		1	1%
Total des raisons d'ordre individuel	10	4	14	6	4	10	1	1	2	3	3	12	12	24	20%
Total de l'ensemble des raisons	50	12	62	29	10	39	12	3	15	3	3	91	28	119	

L'oubli est le premier motif invoqué dans cette catégorie. Il se situe au même niveau (8% de l'ensemble des réponses) que le défaut d'information sur le risque réel et le défaut de locaux adaptés que nous avons relevés au paragraphe précédent. Selon les professionnels interrogés ces oublis sont liés à la routine, la négligence ou la précipitation. Le second motif constitue les déviations volontaires du protocole pour différentes raisons : le matériel préconisé ne convient pas, il gêne les gestes du soignant et il n'est pas utilisé ou bien l'on utilise son propre matériel. A l'opposé on utilisera des gants en remplacement d'une friction ou d'un lavage des mains. Les motifs liés aux lésions des mains ou au port de bijoux ou montres, à la paresse et à la résistance au changement doivent être inclus dans ces déviations volontaires. Celles-ci représentent alors 7% de l'ensemble des réponses et se situent au même niveau que la charge de travail trop importante

⁶¹ 24% des réponses proviennent des cadres, 76% proviennent des agents.

Il reste quelques réponses invoquant des erreurs involontaires dues en général à une méconnaissance des protocoles ou des règles en vigueur dans le service : erreur par rapport au port de gants ou agent nouvellement arrivé dans le service :

Nous avons observé précédemment que, de l'avis des professionnels, globalement les mesures de prévention des IN étaient bien respectées, et en particulier la mesure phare que constitue le lavage des mains ou leur friction avec une solution hydro-alcoolique. Dans ce contexte les raisons majeures du non-respect des mesures de prévention liées à l'environnement de travail ou bien d'ordre individuel et personnel demeurent par ordre d'importance décroissante : la situation d'urgence, le manque de temps, le défaut d'information sur le risque réel et à égalité l'oubli, le défaut de locaux, la charge de travail trop importante et à égalité la déviance volontaire du protocole, le manque de personnels, le défaut de matériels. Ces freins susceptibles d'impacter fortement le respect des mesures princeps représentent 80% des réponses des professionnels.

Ces réponses sont des appréciations empiriques et subjectives des professionnels. Aussi avons-nous également interrogé les cadres à propos des informations objectives dont ils pouvaient disposer et de l'organisation mise en place pour faciliter le respect des mesures de prévention.

4.2.6 Les outils d'évaluation utilisés par les cadres

Six cadres sur douze ont déclaré⁶² disposer d'un outil d'évaluation du respect des mesures de prévention. Ceux-ci utilisent de un à trois outils le plus souvent deux. Il s'agit principalement du suivi des consommations de SHA communiqué par le service d'hygiène. Cinq cadres l'utilisent. Viennent ensuite l'auto évaluation des agents et le contrôle non systématisé du cadre. Chacun d'eux est utilisé par deux cadres. Les autres outils cités chacun par un cadre sont : l'audit d'évaluation du respect du protocole, le suivi de consommations de matériels à usage unique spécifiques à l'application d'un protocole, le suivi bactériologique des cathéters posés aux patients. Le tableau de bord de suivi du respect des mesures de prévention n'est donc pas à proprement parlé généralisé. L'indicateur le plus utilisé et le plus facile d'emploi semble être le suivi des consommations de SHA.

⁶² Se référer au tableau 16 : « Les outils d'évaluation du respect des mesures de prévention utilisés par les cadres » en annexe VIII.

Cinq des cadres qui ne disposent pas d'outil le souhaiteraient. Mais c'est principalement à l'auto évaluation des agents avec des grilles pré-établies selon les principes de l'ANAES à laquelle les cinq cadres font référence. Deux cadres souhaiteraient compléter par un audit annuel des pratiques des soignants en ce domaine. Enfin le cadre qui ne souhaite pas d'outil déclare qu'il serait inutile en raison de la bonne maîtrise du respect des mesures de prévention des IN, obtenue dans son service.

4.2.7 L'organisation et le dispositif mis en place par les cadres pour inciter au respect des mesures de prévention.

A) La situation actuelle

Dix cadres sur douze ont déclaré ne pas avoir mis en place de dispositif ou d'organisation pour inciter au respect des mesures de prévention. Un cadre a déclaré ne pas en avoir en précisant que ce n'était pas nécessaire car il était responsable d'une petite équipe qui s'auto-évalue en permanence. Un autre n'a pas répondu mais a indiqué trois dispositions existantes dans son service. Au total ce sont 37 dispositions qui ont été ainsi mentionnées par les cadres.

Tableau 17 : le dispositif mis en place par les cadres pour faciliter le respect des mesures de prévention.

QUESTION 12 b: quel est le dispositif en place pour inciter au respect des mesures ?	Nombre de réponses des cadres												Total
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	
Les dispositions													
protocoles	1	1		1	1			1	1		1		7
SHA à disposition		1	1	1		1				1		1	6
signalisations et affiches			1	1				1				1	4
suivi des IN						1		1	1	1			4
matériel à disposition						1			1			1	3
SAS organisés		1										1	2
check-list de matériel nécessaire					1								1
contrôles du cadre aléatoires					1								1
évaluation annuelle de l'agent					1								1
formation systématique								1					1
gants				1									1
infirmière hygiéniste										1			1
information par infirmière hygiéniste											1		1
intégration des nouveaux personnels									1				1
prélèvements d'environnement											1		1
correspondants en hygiène		1											1
staff de suivi de la situation												1	1
Total	1	4	2	4	4	3	0	4	4	3	4	4	37

Chaque cadre a indiqué de deux à quatre dispositions, le plus souvent quatre. La mise en place de protocoles ou de fiches techniques et check-list constitue la première de ces dispositions : 8 cadres sur 12 la mentionnent. Viennent ensuite trois dispositions mentionnées chacune par 6 cadres sur 12 : la mise à disposition des SHA, l'aménagement des locaux (mise en place de SAS ou de signalétique) et le suivi d'indicateurs principalement le nombre d'IN(indiqué par 4 cadres) mais aussi les prélèvements d'environnement et le STAFF de suivi de la situation épidémiologie et d'analyse des dysfonctionnement. La mise à disposition de matériels divers est mentionnée 4 fois, la formation (et information ou intégration des nouveaux arrivants) sur le terrain est mentionnée 3 fois. L'existence d'une infirmière hygiéniste ou de correspondants en hygiène sont mentionnés une seule fois chacun. Globalement les dispositifs en place sont donc adaptés à la situation et susceptibles de lever tout ou partie des freins au respect des bonnes pratiques recensés précédemment. Il convient de remarquer cependant que si les protocoles représentent la principale disposition mentionnée par les cadres ce n'est pas la disposition dont l'application est directement la plus évaluée. Comme cela a été observé précédemment c'est en effet la consommation de SHA qui évalue indirectement l'application du protocole d'hygiène des mains.

B) Le dispositif le plus pertinent, selon les cadres, pour inciter au respect des mesures

Tableau 18 : Le dispositif le plus pertinent selon les cadres.

QUESTION 12 c: quel est le dispositif qui serait le plus pertinent pour inciter au respect des mesures ?	Nombre de réponses des cadres												Total
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	
Les dispositions													
suivi des IN						1		1	1	1		1	
contrôle vigilant ducadre	1				1			1	1				
retours positifs de résultats		1	1				1				1		
tableau de bord				1		1		1			1		
formation		1	1	1									
check list de matériel nécessaire					1		1						
consommation de sha					1							1	
traçabilité							1	1					
affaire en justice	1												
audit							1						
collaboration inter services										1			
communication									1				
concertation avec les médecins											1		
erreur analysée		1											
harmonisation des pratiques										1			
Les correspondants en hygiène				1									
protocoles					1								
reconnaissance du cadre										1			
remarque du patient	1												
résultats des prélèvements										1			
signer responsabilise	1												
valoriser les tâches d'entretien											1		
Total	4	3	3	2	4	2	4	4	3	5	4	2	40

La majorité des cadres (8 cadres sur 12) considère le tableau de bord comme l'outil le plus pertinent. Ce tableau de bord reprendrait les indicateurs déjà mentionnés : le suivi des IN et la consommation de SHA, d'autres indicateurs de résultats et de prélèvements ou des éléments de traçabilité et de suivi des pratiques. Le plus souvent les cadres mentionnent deux de ces dispositions. Sont ensuite mentionnés le contrôle et la vigilance du cadre(4 fois) puis la formation et les check-list ou protocoles (3 fois chacun).

4.2.8 Les facteurs, acteurs et personnes ressources pouvant concourir au respect des mesures de prévention des infections nosocomiales.

A) Les acteurs et personnes ressources.

Nous avons tout d'abord interrogé les professionnels sur les services, instances ou personnes qui, selon eux, étaient en mesure d'apporter une aide

Tableau 19 : Acteurs et personnes ressources.

QUESTION 13: qui ou quel service pourrait apporter de l'aide pour appliquer les mesures de prévention?	Nombre de réponses des professionnels						
	AGENTS		CADRES		TOTAL		
Réponses des professionnels							
Infirmière hygiéniste	26	23%	6	18%	32	22%	22%
CLIN	23	21%	3	9%	26	18%	40%
Correspondants en hygiène	10	9%	7	21%	17	12%	51%
service d'hygiène	11	10%	6	18%	17	12%	63%
Cadre	8	7%	2	6%	10	7%	70%
Personnel soignant(IDE 2 fois, As 2 fois ASH 1fois)	8	7%			8	5%	75%
expertise de certains services (maladies infectieuses, laboratoires)	3	3%	3	9%	6	4%	79%
Médecins hygiénistes	4	4%	2	6%	6	4%	84%
Personnel qualifié en mesure d'hygiène	4	4%	1	3%	5	3%	87%
Demandeurs d'examens	2	2%			2	1%	
Information, formation	2	2%			2	1%	
formation continue			1	3%	1	1%	
économat			1	3%	1	1%	
groupe de travail			1	3%	1	1%	
médecin du travail			1	3%	1	1%	
DRH -> + de personnel	1	1%			1	1%	
Equipement des chambres	1	1%			1	1%	
Le plus de personnes possibles	1	1%			1	1%	
Médecins	1	1%			1	1%	
Mesures d' isolement moins respectées par les médecins, les étudiants en médecine	1	1%			1	1%	
Pas de catégories spécifiques, plus de rigueur de tous	1	1%			1	1%	
Personne mettant en place les protocoles de soins	1	1%			1	1%	
Pharmacie -> Qualité des pansements	1	1%			1	1%	
Référent en matériel	1	1%			1	1%	
Technicien de laboratoire	1	1%			1	1%	
Total	111		34		145		

65 agents soit 84% des agents ayant retourné un questionnaire exploitable ont apporté au moins une réponse à cette question. Les 12 cadres interrogés ont également fourni une réponse et au total nous avons recensé 145 réponses. Le service d'hygiène qui comprend les infirmières et les médecins hygiénistes est sans surprise la première source d'aide des équipes. Il représente 38% des réponses de l'ensemble des professionnels, 37% des réponses des agents et 41% des réponses des cadres. Sans aucun doute la politique de soutien des équipes soignantes par l'équipe opérationnelle d'hygiène menée de longue date dans l'établissement porte-t-elle ses fruits. C'est ensuite le CLIN qui est le plus mentionné par les agents. Les cadres quant à eux mentionnent proportionnellement plus souvent les correspondants en hygiène qui sont en cours de mise en place. Le cadre du service est la quatrième ressource le plus souvent mentionnée quoique dans une moindre mesure : il représente 7% de l'ensemble des réponses. En ajoutant l'expertise apportée par certains services spécialisés ou les laboratoires de bactériologie et l'implication des professionnels du terrain l'on obtient l'essentiel des ressources mentionnées par les professionnels : 84% des réponses.

B) Le type d'aide attendue.

Le tableau suivant répertorie les réponses des professionnels quant à l'aide attendue

Tableau 20 : l'aide attendue des acteurs mentionnés à la question précédente.

QUESTION 14: l'aide attendue	Nombre de réponses des professionnels							
	AGENTS		CADRES		TOTAL			
Réponses des professionnels								
Formation en hygiène	30	24%	8	19%	38	23%	23%	
Information notamment pour sensibiliser au problème	29	23%	6	14%	35	21%	44%	
Protocoles	24	19%	10	24%	34	21%	65%	
Equipements et matériels	22	18%	5	12%	27	16%	81%	
Organisation adaptée à la charge de travail	5	4%	2	5%	7	4%	85%	
expertise			4	10%	4	2%	88%	
pédagogie pour sensibiliser et motiver sans sanctionner			3	7%	3	2%	90%	
Plus d'effectif	3	2%			3	2%	92%	
Tout type d'aide	3	2%			3	2%	93%	
suivi des conso de sha			1	2%	1	1%		
suivi des prélèvements d'environnement			1	2%	1	1%		
audit			1	2%	1	1%		
Chambres adaptées pour isolement des patients	1	1%			1	1%		
Du temps de formation des collègues pour tous les correspondants en hygiène.	1	1%			1	1%		
Moyens financiers	1	1%			1	1%		
Organisation de l'entretien des chambres en fonction du service	1	1%			1	1%		
Rappel des pratiques	1	1%			1	1%		
Rappel du cadre si non respect des collègues	1	1%			1	1%		
Respect des protocoles	1	1%			1	1%		
Application en fonction du service	1	1%			1	1%		
Total	65		27		92			

65 agents soit 86% des agents ayant retourné un questionnaire exploitable ont apporté au moins une réponse à cette question. Les 12 cadres interrogés ont également fourni une réponse et au total nous avons recensé 92 réponses. Comparativement à la question précédente si les réponses des professionnels et plus particulièrement des agents sont moins nombreuses elles sont aussi davantage précises et moins diversifiées. Certaines réponses à la question précédente répondaient en fait à cette question ci par exemple : la formation / information, la mise en place de protocoles, l'équipement des chambres, la qualité des pansements ou l'expertise de certains services.

Nous pensons que de fait les agents ont conscience de ce qui leur fait défaut mais ne savent pas toujours auprès de qui ou comment l'obtenir. Par exemple l'adaptation aux contraintes du service des protocoles institutionnels est susceptible d'être discutée avec l'unité d'hygiène les cadres mais également d'autres professionnels quand plusieurs risques entrent en concurrence. C'est le cas notamment de la mise à disposition de flacons distributeurs de SHA qui peut contrevenir aux règles de quantité de solution alcoolique maximale en un lieu donné, autorisée par la sécurité incendie. De notre point de vue organiser et mettre en place les moyens nécessaires aux agents pour accomplir leurs tâches est une mission essentielle des cadres. Ce rôle des cadres correspond aussi à une attente des agents. A la question précédente 10% d'entre eux ont en effet mentionné le cadre comme personne ressource.

La formation complétée par l'information est ainsi sans conteste la première attente des professionnels et plus particulièrement des agents. Ces deux types d'aide confondus représentent 44% des réponses des professionnels. C'est ensuite la mise à disposition de protocoles qui est attendue et représente 21% des réponses. Proportionnellement cette demande est plus importante dans la population cadres que dans la population agents. Les cadres mentionnent en premier les protocoles : 24% de leurs réponses. Les agents les mentionnent en troisième place : 19% de leurs réponses. Nous avons observé précédemment que ces protocoles occupent une place importante dans le dispositif mis en place pour favoriser le respect des mesures de prévention ce sont de fait des outils de formation et d'information. Puis ce sont les équipements et matériels qui représentent la quatrième catégorie de réponses : 16% de l'ensemble des professionnels (18% des réponses des agents).

Globalement la formation et l'information principalement orientées vers l'action sur le terrain dont notamment la mise en place de protocoles, représentent avec la mise à disposition des équipements et matériels adaptés plus de 80% des réponses des professionnels. Ce sont des facteurs essentiels du respect des bonnes pratiques par les professionnels qui sont ainsi mis en évidence.

Il est intéressant de comparer ces facteurs avec les freins ou raisons invoquées au non respect des mesures de prévention étudiés précédemment⁶³. Ces facteurs nous semblent susceptibles de contribuer à lever les freins recensés. La formation adossée à l'application de protocoles et l'information peuvent permettre naturellement de lever le défaut d'information sur le risque réel mais aussi d'éviter en partie les oublis et les déviations volontaires du protocole. De toute évidence la mise à disposition d'équipements et de matériels adaptés est également un facteur clé qui influe aussi sur la limitation des déviations volontaires des protocoles. De plus l'organisation adaptée à la charge de travail qui tout étant quantitativement la cinquième réponse des professionnels ne représente que 4% de l'ensemble des réponses est sans doute un moyen de pallier aux freins représentés par une charge de travail trop importante et le manque de temps. Cependant ces derniers totalisaient 21% des réponses de l'ensemble des professionnels à la question des raisons du non respect des procédures. Nous émettons l'hypothèse que du point de vue des professionnels, si le frein est important, le remède semble en quelque sorte plus difficile à obtenir et les concerner moins directement.

4.2.9 Les principaux facteurs susceptibles d'améliorer le qualité des soins.

Pour terminer notre interrogation des professionnels et élargir la réflexion nous leur avons demandé de s'exprimer librement à propos de ce qui leur paraissait le plus important pour améliorer la qualité des soins.

61 agents soit 79% des agents ayant retourné un questionnaire exploitable ont apporté au moins une réponse à cette question. Les 12 cadres interrogés ont également fourni une réponse et au total nous avons recensé 125 réponses. Le tableau ci-après répertorie ces réponses.

⁶³ Il s'agissait par ordre d'importance décroissante de : la situation d'urgence, le manque de temps, le défaut d'information sur le risque réel et à égalité l'oubli, le défaut de locaux, la charge de travail trop importante et à égalité la déviation volontaire du protocole, le manque de personnels, le défaut de matériels. Les oublis sont liés à la routine, la négligence ou la précipitation. Les déviations volontaires du sont dues: au matériel préconisé qui ne convient pas, à des lésions des mains, au port de bijoux ou montres, à la paresse et à la résistance au changement.

Tableau 20 les facteurs susceptibles d'améliorer la qualité des soins.

QUESTION 15: Globalement qu'est-ce qui est le plus important pour améliorer la qualité des soins?	Nombre de réponses des professionnels					
	AGENTS	CADRES	TOTAL			
Réponses des professionnels						
Formation (y compris médecins:1agent)	10	5	15	12%	12%	12%
Equipements et matériels adaptés	12	3	15	14%	7%	24%
Les moyens humains nécessaires (+d'effectifs)	11	2	13	13%	5%	34%
Protocoles, le respect de ceux-ci et des recommandations	11	2	13	13%	5%	45%
Plus de temps	3	8	11	4%	20%	54%
Information, rapide, efficace, dont comptes-rendus d'enquêtes.	11		11	13%		62%
Gestion et organisation des soins adaptée à la charge de travail:nb de patients, besoins des patients. Dms plus longue.	3	4	7	4%	10%	68%
Communication et transmissions interdisciplinaires, réunions de service, continuité des soins entre services.	3	4	7	4%	10%	74%
Conscience professionnelle de chacun	5		5	6%		78%
Locaux et circuits adaptés	5		5	6%		82%
L'organisation médicale:visites des chir, continuité médicale, respect des mesures et protocoles par les médecins	1	3	4	1%	7%	
Mobilisation de toutes les catégories de personnels avec les mêmes directives. Réflexion interdisciplinaire sur la qualité. Culture à développer.	3	1	4	4%	2%	
Information des patients et de leurs familles	1	2	3	1%	5%	
La prise en compte des risques et des coûts des IN	2		2	2%		
Evaluation	1	1	2	1%	2%	
Adéquation qualifications et tâches		1	1		2%	
Conditions de travail motivantes		1	1		2%	
Pression et vigilance du cadre		1	1		2%	
Expertise de l'EOH		1	1		2%	
Moins de paperasse		1	1		2%	
SHA		1	1		2%	
Importance des moyens	1		1	1%		
Tout est à disposition pour la qualité des soins	1		1	1%		
Total	84	41	125			

Comparativement à la question précédente les agents sont un peu moins nombreux à avoir répondu, mais ils ont qualitativement et quantitativement donné davantage de réponses. Les principaux facteurs mentionnés sont en partie identiques aux précédents : formation et information, équipements et matériels adaptés, protocoles. En revanche les moyens humains et l'organisation des soins que l'on peut rapprocher de « plus de temps » occupent une place nettement plus importante. Ensemble ils représentent 25% des réponses. Les cadres souhaiteraient disposer de davantage de temps pour communiquer, former les agents, contrôler et éduquer les patients.

Par ailleurs un groupe de trois nouveaux facteurs représente 12% de l'ensemble des réponses des professionnels. Ce sont la communication et la collaboration inter disciplinaire et catégorielle en particulier avec les médecins. La continuité des soins et la

collaboration inter-service notamment ont été mentionnés par les deux services particuliers (Imagerie médicale et Anesthésie salle de réveil, où les patients ne séjournent pas) inclus dans notre enquête. Plus généralement cette communication et collaboration doit permettre de développer une culture de la qualité partagée par tous. L'implication et l'organisation médicale tiennent un rôle déterminant souligné en particulier par les cadres. Dans les réponses aux questions précédentes le rôle des médecins demeurait en arrière plan et n'était mentionné que par quelques agents et plus volontiers par les cadres. Ce facteur incontournable du développement de la culture qualité dont le respect des mesures de prévention et des bonnes pratiques font partie intégrante est maintenant clairement mis en évidence.

4.3 Les hypothèses à l'épreuve des résultats.

A la question : « pourquoi, en matière d'infection nosocomiale, malgré plusieurs plans successifs de prévention et les moyens non négligeables engagés dans le dispositif de lutte, les pratiques des soignants restent-elles en deçà des standards attendus ? », nous avons proposé en première hypothèse que « Des représentations différentes selon les catégories d'acteurs : soignants, médecins, experts hygiénistes, encadrement et direction conditionnent le degré d'observance des mesures de prévention. ». A l'issue de notre étude il nous semble que l'influence des représentations n'est sans doute pas contestable bien que nous ne soyons pas en mesure de la quantifier. Ces représentations seraient essentiellement liées aux différents statuts socio-professionnels des acteurs de terrain : AS, IDE, cadres, médecins. La population enquêtée serait influencée par ces représentations essentiellement par l'intermédiaire du style de management qu'elles induisent : approche technocratique ou approche par le terrain et culture positive de l'erreur. Par ailleurs 6 sur 8 des responsables et des experts interviewés et 12% des réponses des professionnels et plus volontiers des cadres soulignent la sensibilité des médecins et de la culture médicale à ces représentations susceptibles de concurrencer le développement d'une culture de la qualité et de la prévention des risques. Cependant excepté lors des entretiens avec le médecin responsable de l'unité de prévention des IN et le médecin responsable de la commission SHA, nous n'avons pas interrogé cette catégorie de professionnels, notre étude ne saurait donc être plus précise sur ce point.

Nous avons également postulé qu'il existait une méconnaissance de la situation réelle objective, que ce soit en terme d'enjeu ou en terme de prestation fournie. Le risque représenté par les IN est connu des professionnels. Toutefois les données objectives, taux et le nombre d'IN dans le service, quand elles existent sont inégalement connues des professionnels de terrain. Le recensement des données dans les services est fonction du niveau de risque du service et des priorités définies par le CLIN et le

service d'hygiène. Les informations recueillies sont transmises aux cadres et aux médecins. Malgré cela les professionnels de terrain perçoivent le nombre d'IN comme acceptable comparativement aux données nationales et au niveau de risque du service rejoignant en cela les experts qui disposent de davantage de données. En ce qui concerne la prestation fournie et le respect des mesures de prévention les données objectives font en partie défaut. L'unique indicateur qui permette de suivre et mesurer le niveau d'observance des mesures de prévention est le volume de consommation de SHA par journée patient. Il convient de rappeler que s'il présente certaines limites cet indicateur est aussi un des cinq indicateurs constituant le tableau de bord de suivi et d'information sur les IN mis en place par le programme national de lutte contre les IN 2005-2008. Les professionnels reconnaissent l'hygiène des mains comme la mesure de prévention essentielle. Ils considèrent globalement que les mesures de prévention sont plutôt bien respectées. Cette opinion est confortée par leur perception du degré d'acceptabilité du nombre d'IN dans le service. Toutefois le niveau d'observance des mesures de prévention pourrait être amélioré. Certes le défaut d'information et la méconnaissance de la situation représentent un frein mais ce n'est ni le seul ni le premier évoqué par les professionnels. Nous avons ainsi relevé par ordre d'importance décroissante : la situation d'urgence, le manque de temps, le défaut d'information sur le risque réel et à égalité l'oubli, le défaut de locaux, la charge de travail trop importante et à égalité la déviance volontaire du protocole, le manque de personnels, le défaut de matériels.

Enfin notre troisième hypothèse postule qu'une approche managériale favorable à l'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels prend en compte les réalités de terrain et n'est donc pas purement technocratique. Les différents freins et facteurs que nous avons identifiés et notamment la déviance volontaire des protocoles, les difficultés liées à l'organisation du travail, Les erreurs, les oublis, la communication et la collaboration inter disciplinaires valident cette hypothèse.

Cette appréciation de nos hypothèses nous permet de conclure que le niveau de respect des bonnes pratiques par les professionnels est aussi en grande partie une question de management où les phénomènes culturels tiennent une place non négligeable.

5 LA STRATEGIE D'ACTION DU DIRECTEUR DES SOINS.

Notre étude a mis en évidence les facteurs et les freins susceptibles d'influer sur l'observance des mesures princeps, la principale étant l'hygiène des mains et plus particulièrement la friction avec une solution hydro-alcoolique. La stratégie déployée par le directeur des soins devra être en mesure de fédérer toutes les parties prenantes autour

du même but. Pour ce faire elle devra tenir compte du contexte et ses contingences et s'ancrer dans le pragmatisme en levant les freins et en mettant en place les facteurs identifiés par notre enquête. Aussi une meilleure observance des préconisations et un plus grand respect des bonnes pratiques par les soignants s'inscrit-elle nécessairement dans un projet transversal de l'établissement, piloté au niveau de la direction des soins et intégré dans le projet de soins. Nous proposons d'organiser ce projet transversal de prévention des IN selon quatre axes déclinés au niveau de chaque service par l'encadrement

5.1 Les moyens matériels

Ce sont en premier lieu des produits à usage unique qui peuvent faire défaut. Ils représentent également un coût. Aussi convient-il d'optimiser leur utilisation. En ce domaine la mise en place d'une gestion des stocks appropriée s'appuiera d'une part sur une analyse et un suivi des besoins en regard de l'activité. D'autre part une rotation des stocks et le suivi des consommations en collaboration avec les services acheteurs, services économiques ou pharmacie à usage intérieur permettra d'éviter les ruptures d'approvisionnement. Certains produits, en particulier le linge et les tenues du personnel, réutilisables traités par l'établissement pourraient faire l'objet de la même façon du suivi des besoins et des consommations en collaboration cette fois avec le service logistique concerné. En second lieu les moyens nécessaires sont des matériels plus ou moins onéreux ou des équipements voire des locaux. Leur mise à disposition s'effectue selon les procédures d'achat, d'équipement ou de travaux de l'établissement en collaboration avec les services logistiques, techniques ou administratifs concernés.

5.2 Les ressources humaines

En ce domaine l'objectif est de disposer du « temps humain » nécessaire qualitativement et quantitativement.

Du point de vue quantitatif il s'agit naturellement de s'assurer de l'existence d'une gestion des effectifs appropriée qui permettra la meilleure adéquation possible des ressources et de la charge de travail en particulier la charge en soins. Parallèlement une organisation du travail ergonomique tendra à d'alléger les charges physiques et la pression du manque de temps en limitant au strict nécessaire les activités parasites, notamment les déplacements et les temps d'attente : d'un matériel, d'une livraison, d'un dépannage technique par exemple. Ces temps sont autant de temps perdu pour les soins⁶⁴.

⁶⁴ BALLE M., CHAMPION-DAVILLER M. – Organiser les services de soins : le management par la qualité -.Paris : Masson, 2000. pp. 56-61.

D'un point de vue qualitatif l'objectif est la qualification et la compétence des soignants. Le premier axe est la formation continue des soignants, après leur formation initiale. Ce sera bien sûr une réactivation régulière des connaissances et des savoir-faire par l'intermédiaire des actions de formation en application du plan et du programme de l'établissement et de son application aux services soignants. Mais les plus intéressantes nous semblent être les formations-action sur le terrain relayées par l'EOH et les correspondants en Hygiène.

L'équipe opérationnelle d'Hygiène et en particulier les infirmiers hygiénistes sont en effet en mesure d'apporter sur demande des services, ou selon un programme institutionnel pré établi, une expertise technique autant théorique que pratique et proposer des organisations et des protocoles de soins. L'EOH peut aussi contribuer aux actions d'évaluation des pratiques, et de la situation épidémiologique. Sur ce dernier point, l'EOH représente aussi une source d'information.

Plus quotidiennement le correspondant en hygiène du service est également une personne ressource. Il a de plus un rôle de communication et d'information ascendante et descendante. Il facilite l'appropriation des préconisations par les soignants. De notre point de vue son rôle est aussi d'alerter à propos des difficultés rencontrées non solutionnables à l'échelle du service et à propos des événements indésirables qui seraient passés inaperçus.

Il appartient à la direction des soins en collaboration avec la direction des ressources humaines et le CLIN de mettre en place les équipes d'infirmiers hygiénistes et les correspondants soignants en hygiène et d'intégrer les actions de formation nécessaires dans le plan de formation de l'établissement. Nous pensons également qu'il est souhaitable que l'équipe d'infirmiers hygiénistes soit animée par un cadre de santé

5.3 Les outils

Les outils essentiels sont au nombre de deux.

A) Tout d'abord les outils facilitant la mise en œuvre des bonnes pratiques.

Ce sont les procédures et surtout les protocoles. Ils sont à la fois une référence fortement souhaitée par les professionnels. Ils sont aussi un référentiel indispensable à l'évaluation des pratiques.

B) Ensuite le tableau de bord comprenant

1. Des indicateurs spécifiques à la prévention des infections nosocomiales dont

- Les indicateurs de résultats du service :
 - Résultats des enquêtes de prévalence et d'incidence des IN.
 - Résultats des prélèvements systématiques d'environnement.
 - Suivi des déclarations d'IN hors enquête.
- Les indicateurs de moyens mis en œuvre :

- Naturellement le taux de consommation de SHA mais aussi le taux de consommation d'autres produits jugé pertinent au regard des protocoles en vigueur.
 - Les résultats des évaluations des pratique et de l'observance des protocoles.
 - Des indicateurs permettant d'évaluer le risque au regard de l'activité par exemple le nombre de patients traités suivant leur niveau de risque : nombre de greffés etc.
2. Le second volet concerne des indicateurs plus généraux qui permettront de suivre les paramètres des ressources matérielles et humaines.
- Indicateurs d'activité.
 - Indicateurs de charges en soins.
 - Indicateurs de consommation et de suivi des besoins.
- 3 .Enfin des indicateurs de satisfaction des patents pourraient être intégrés.

5.4 Le management

Le management va nous permettre de préciser les rôles respectifs de l'encadrement et de la direction des soins.

5.4.1 Le rôle de l'encadrement

Notre étude met en évidence l'insuffisance de l'approche technocratique. Dès lors l'encadrement ne saurait se limiter à un rôle hiérarchique d'édiction ou de transmission de préconisations, de construction du tableau de bord et de contrôle-sanction du respect des mesures. En revanche l'encadrement devra développer la communication et l'information concernant tous les champs objectivés par le tableau de bord que nous avons suggéré. La valorisation des actions ainsi obtenue les légitime d'autant. C'est également un facteur d'adhésion aux ajustements décidés. L'effet attendu est aussi de clarifier le niveau d'exigence en terme de qualité des soins et partant de stimuler l'implication de professionnels sans inhiber leur motivation. Cette inhibition pourrait en effet générer des attitudes de deni ou d'évitement, peu compatibles avec la culture positive de « l'erreur » et de la déviance volontaire que nous souhaitons développer. Dans le même temps l'encadrement relaiera au plus près des professionnels la politique impulsée par la direction des soins, de collaboration inter disciplinaire, en particulier avec les médecins, et inter service dans une perspective de développement d'une culture partagée d'amélioration et d'évaluation de la qualité des soins.

D'autre part nous avons souligné que le rôle de l'encadrement était aussi de proposer et mettre en place les moyens et les organisations favorisant le respect des bonnes pratiques. Le rôle des cadres de santé est également de détecter les

dysfonctionnements, les erreurs et les déviations volontaires et de soumettre à la direction des soins les ajustements qui lui paraissent pertinents.

Pour l'ensemble de l'établissement l'encadrement supérieur soignant, en s'appuyant sur l'encadrement soignant de proximité, constitue le premier niveau d'intégration et de coordination du projet transversal. Ce premier niveau peut ainsi être matérialisé par le pôle d'activité défini par l'établissement conformément à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

5.4.2 Le rôle de la direction des soins

Le directeur des soins contribue notablement à l'intégration et la coordination du projet à l'échelle de l'établissement.

Ce projet transversal est en effet susceptible de faire l'objet de contrats internes de l'établissement avec les pôles d'activité conformément à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 précédemment citée. Et nous pensons que l'élaboration et le suivi de ces contrats ne peut que s'appuyer sur une politique commune du corps médical et de la direction des soins pouvant être définie et impulsée à partir des avis et des travaux des instances spécifiquement concernées : la sous commission spécialisée de la Commission Médicale d'Etablissement⁶⁵ et le CLIN ainsi que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, présidée par le directeur des soins coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Pour autant la politique de collaboration multi-disciplinaire ne se limite pas à ces seuls partenaires. L'efficacité du projet repose tout autant sur l'implication de toutes les directions et du conseil exécutif comme sur la prise en compte des avis du comité technique d'établissement. Cette collaboration est cruciale pour le développement de chaque axe du projet.

Enfin ce rôle spécifique du directeur des soins ne saurait occulter son rôle de manager des cadres de santé. Il lui appartient donc aussi de développer un type de management propice au développement d'une culture partagée de la qualité et de la prévention des risques et qui donc gère positivement les erreurs et les déviations et suscite la participation et l'implication des collaborateurs.

⁶⁵ Sous commission de la qualité et de la sécurité des soins conformément à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

CONCLUSION

Les infections nosocomiales représentent un risque majeur des activités de soins. Si leur apparition ne peut être totalement évitée, le maintien du taux d'IN à un niveau acceptable est un enjeu essentiel des établissements de soins. Le taux d'IN apparaît ainsi comme un critère déterminant de la qualité des soins dispensés. Sous l'impulsion des pouvoirs publics la lutte contre les IN s'est en effet organisée dès la fin des années 80. Actuellement les résultats obtenus sont encourageants mais demeurent perfectibles.

Il nous est apparu que l'amélioration des résultats reposait en grande partie sur une meilleure observance par les professionnels de terrain des mesures de prévention et en particulier des mesures princeps dont l'hygiène des mains est une composante fondamentale. Afin de préciser cette observation nous avons enquêté dans un centre hospitalier universitaire auprès des responsables, des experts, des cadres de santé et des personnels soignants et d'aide aux soins. Notre étude tend à temps à montrer que :

- Des représentations différentes selon les catégories d'acteurs : soignants, médecins, experts hygiénistes, encadrement et direction conditionnent le degré d'observance des mesures de prévention.
- Il existe une méconnaissance de la situation réelle objective, que ce soit en terme d'enjeu ou en terme de prestation fournie.
- Une approche managériale favorable à l'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels prend en compte les réalités de terrain et n'est donc pas purement technocratique.

En conséquence nous avons proposé une stratégie d'action du directeur des soins avec pour objectif de favoriser un respect optimum des mesures princeps de prévention des IN. Cette stratégie organise la mise à disposition des ressources nécessaires et adaptées : ressources humaines et matérielles, outils pertinents. Elle s'appuie sur un management suffisamment participatif et ancré dans les réalités du terrain pour susciter la participation et l'implication des professionnels et prendre en compte positivement les inévitables erreurs et déviations.

Ce faisant la stratégie du directeur des soins impulse le développement d'une culture partagée de la qualité et de la prévention des risques. De ce point de vue la démarche de management de la prévention des infections nosocomiales adossée au respect des mesures princeps revêt un caractère exemplaire. Nous pensons en effet que ses principes tels que nous les avons mis en évidence sont transposables et applicables à la gestion globale des risques liés aux soins. Cependant menée à l'échelle de l'établissement une politique globale de gestion des risques nécessitera d'établir des priorités entre les différents risques et leur prévention en fonction des bénéfices des dommages et des coûts que chacun d'eux est susceptible de générer.

Bibliographie

Ouvrages

AFNOR. Management du risque : approche globale-. Paris : AFNOR, « recueil normes et réglementation », 2002. 466 p.

BALLE M., CHAMPION-DAVILLER M. – Organiser les services de soins : le management par la qualité -.Paris : Masson, 2000. 196 p.

BENARD A.,FONTAN A.- La gestion des risques dans l'entreprise : Management de l'incertitude- . s .l :éditions Eyrolles, 1994. 153 p.

CROZIER M.,FRIEDBERG E. -L'acteur et le système-. Paris : éditions du Seuil,1977. 480 p.

DATAR – CREDES. Quel système de santé à l'horizon 2020 ?. Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires -. Paris : la documentation française, 2000. Première partie, chapitre 3.3, l'évolution des comportements et des attentes. Pp. 97-115.

GENELOT D.- Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants.- Paris :INSEP éditions,2001. 357 p.

GOT C. - risquer sa peau avec l'amiante, le tabac, les vaches folles, l'alcool, les voitures, le sang, la pollution, la suralimentation, la sédentarité -. Paris : Bayard édition, 2001. 374 p.

HART J.,LUCAS S.-Gestion des ressources humaines: Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres. -.Rueil-Malmaison :éditions Lamarre, « fonction cadre de santé », 2003.180 p.

KOURILSKY P.,VINEY G. -Le principe de précaution, rapport au Premier ministre-. Paris :éditions Odile Jacob, 2000.140 p.

POULLAIN I, LESPY F. - Gestion des risques et de la qualité: Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé. -.Rueil-Malmaison :éditions Lamarre, « fonction cadre de santé », 2003.139 p.

Périodiques

ALLEMAND S., GIDDENS A., BECK U., et al. « Société du risque: fantasme et réalité ». Sciences Humaines, février 2002, n°124, pp. 23-47.

BERTRAND D. « Accréditation et qualité des soins hospitaliers, dossier ». Actualité et Dossier en Santé Publique, juin 2001, n°35, pp. 18-78.

CARLET J. « Les infections liées aux soins médicaux, dossier ». Actualité et Dossier en Santé Publique, mars 2002, n°38, pp. 24-70.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Morbidity and Mortality Weekly Report, October 2002, vol.51, n° RR-16, p27.

CHABROL A. « Sécurité du patient la «révolution culturelle à venir », dossier ». Le bulletin de l'ordre des médecins, juin-juillet 2005, n° 6, pp 8-12.

FERRANDON B. « Comprendre le management ». Cahiers français, juillet-août 2004, n°321. 95p.

FRIEDBERG E. « L'analyse sociologique des organisations ». Pour, 1988, n°28. 125p.

POUCHELLE MC. « Infections nosocomiales et culture hospitalière ». Praticien Hospitalier Anesthésiste-Réanimateur, Juin 2005, n° 33 pp. 26-29.

Mémoires

FIORINI C. « Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ? Les enseignements de la démarche menée au CH d'Hyères en matière de prévention du risque nosocomial ». Mémoire de directeur d'hôpital :ENSP, 2001.73 p.

LE RAT C. « Approche socio-historique de la construction d'un enjeu de santé publique à travers l'exemple de l'infection nosocomiale ». Mémoire pour le DEA de santé publique, option sociologie : UFR Médicale de Kremlin Bicêtre, 1995-1996. 98 p.

Documents

ANAES, Direction de l'accréditation – Manuel d'accréditation des établissements de santé– février 99. 117p.

ANAES, - Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé -. Avril 2002. 77p.

ANAES, - Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé -. Janvier 2003. 119p.

ANAES, Direction de l'accréditation – Manuel d'accréditation des établissements de santé– Deuxième procédure. Septembre 2004. 131p.

Comité Technique National des Infections Nosocomiales. – 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales –.Imprimerie Nationale,1999. 121p.

Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. disponible sur le site internet du ministère de la santé : [www .sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Les textes législatifs et réglementaires :

Loi 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi 2004-806 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Décret 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

Décret 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique

Décret 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

Décret 2202-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

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

Arrêté du 23 septembre 2004 portant création d'un comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins et modifiant l'arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

Circulaire DGS/VS/VS2-DU/E01 n° 17 du 19 avril 1995 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé publics ou participants au service public hospitalier

Circulaire DGS/DHOS/E 2 n° 2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Circulaire DGS/SD5C/DHOS/E2 n° 2003-163 du 31 mars 2003 relative au bilan social des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé

Liste des annexes

- Annexe I : Questionnaire destiné aux cadres de santé
- Annexe II : Questionnaire destiné aux soignants
- Annexe III : Tableau 3: synthèse du taux de formations en hygiène de la population enquêtée
- Annexe IV : Tableau 21 : motivation au rôle de correspondant en hygiène.
- Annexe V : Tableau 14 bis : le respect des mesures de prévention des IN, cotées 5.
- Annexe VI : Tableau 15 A : ensemble des raisons invoquées pour le non respect des mesures cotées 10
- Annexe VII : Tableau 15 B :ensemble des raisons invoquées pour le non respect des mesures cotées 5.
- Annexe VIII : Tableau 16 :Les outil d'évaluation du respect des mesures des prévention utilisés par les cadres.

ANNEXE I QUESTIONNAIRE INFECTIONS NOSOCOMIALES.

Destiné aux cadres de santé

Dans le questionnaire les infections nosocomiales sont désignées par le sigle IN
Lorsqu'il y a plusieurs propositions, cochez les cases correspondant à votre réponse

1. a- Avez vous suivi une formation en hygiène ces 3 dernières années ?

oui

non

b-Si oui combien : c- De combien de jours au total :

2. Quelle définition de l'IN pouvez-vous donner ?

3. Compte tenu du type d'activité réalisée dans le service ou vous exercez, considérez vous que le risque de survenue d'une IN est :

Nul

faible

réel

majeur

commentaires

4. Etes vous informé du nombre ou du taux d'IN dans le service où vous exercez ?

Jamais

parfois

au moins une fois par an

régulièrement au cours de l'année

5. Selon vous, dans le service ou vous exercez, le taux d'IN est-il acceptable ?

commentaires

6. Lorsqu'une IN survient dans le service où vous exercez est-elle déclarée ?

jamais

parfois

souvent

systématiquement

7. En règle générale, dans le service où vous exercez, l'IN est déclarée par

Vous-même

le cadre supérieur

un médecin

un autre professionnel lequel.....

je ne sais pas

8. Existe-t il une procédure de déclaration ?

oui

non

commentaires

9. Selon vous les mesures de base de prévention des IN (hygiène des mains, tenue vestimentaire) sont-elles respectées de façon satisfaisante ?

jamais

parfois

le plus souvent

toujours

commentaire.....

10. Selon vous Quelles sont les principales difficultés rencontrées pour respecter correctement les mesures de base ?

11. a- Disposez-vous d'un « tableau de bord » vous permettant d'évaluer le respect des mesures?

oui

non

11. b-Si oui comment l'évaluez-vous ?

Audit de protocole

Auto évaluation des agents

autre

commentaire.....

11. c-Si non en verriez vous l'utilité?

oui

non

11 d- commentaire, sous quelle forme.....

12. a-Avez-vous un dispositif ou une organisation en place pour inciter au respect des mesures ?

oui

non

12 b-lequel ?.....

12. c Qu'est ce qui selon vous serait le plus pertinent pour favoriser et inciter au respect des mesures ?

13. Selon vous quelles catégories de personnes, instances ou services seraient en mesure d'apporter une aide pour appliquer les mesures indiquées ou faciliter leur application?

14. Quel type d'aide en attendez vous : information, formation, protocoles, organisation adaptée, équipements ou matériels, etc.

15. Qu'est-ce qui selon vous serait le plus important ou le plus efficace pour améliorer globalement la qualité des soins ?

16. Vous êtes :

un homme

une femme

Cadre de santé

faisant fonction de cadre

17. Quelle est la discipline médicale du service où vous exercez ?(Ex : réanimation médicale, chirurgie digestive).....

18. A quelle catégorie professionnelle appartenez vous (infirmier, manipulateur radio, as etc.)?

19. Quelle est votre ancienneté ?

Dans votre profession :

moins de 1 an

De 1 à 5 ans

De 5 à 10 ans

plus de 10 ans

Dans la fonction cadre :

moins de 1 an

De 1 à 5 ans

De 5 à 10 ans

plus de 10 ans

Dans le service :

moins de 1 an

De 1 à 5 ans

De 5 à 10 ans

plus de 10 ans

20. Etes vous correspondant en hygiène de votre unité ?

oui

non

21. Si oui, pourquoi avez vous fait ce choix,

22. Avez vous suivi la formation de référent en hygiène ?

oui

non

Commentaire libre

**Annexe III : Tableau 3 : synthèse du taux de formations en hygiène de la population
enquêtée**

		CATEGORIE A					CATEGORIE B					CATEGORIE C					Total de l'ensemble des services	Taux de correspondant en hygiène
		Médecine A	Médecine B	Médecine C	Médecine D	TOTAL CATEGORIE	Chirurgie A	Chirurgie B	Chirurgie C	Chirurgie D	TOTAL CATEGORIE	Réanimation A	Réanimation B	Réanimation C	Réanimation D	TOTAL CATEGORIE		
AS	Nombre de correspondants en hygiène											1	1		2	2		
	agents formés	nombre		1		1	1				1	1	1	2	4	6		
	taux		0%	100%		25%	25%	0%	0%		11%		33%	0%	40%	44%	27%	9%
	TOTAL des agents		3	1		4	4	2	3		9	3	1	5	9	22		
ASH	Nombre de correspondants en hygiène		1			1		1								2		
	agents formés	nombre	1			1		1			1					2		
	taux		100%			100%		100%			100%					100%	100%	
	TOTAL des agents		1			1		1			1				2			
CADRES	Nombre de correspondants en hygiène		1		1	2		1		1	2	1			1	5		
	agents formés	nombre	1		1	2	1	1		1	3	1			1	6		
	taux		0%	100%	100%	67%	100%	100%	0%	100%	75%	0%	100%		50%	67%	56%	
	TOTAL des agents		1	1		3	1	1	1	1	4	1	1		2	9		
FF CADRE	Nombre de correspondants en hygiène													1	1	1		
	agents formés	nombre												1	1	1		
	taux				0%									0%	100%	50%	33%	33%
	TOTAL des agents				1	1							1	1	2	3		
IDE	Nombre de correspondants en hygiène		1		1	2						1	2		1	4	6	
	agents formés	nombre	1		1	2	1	2	1		4	3	3		1	7	13	
	taux		0%	17%	0%	33%	13%	25%	50%	33%		36%	60%	43%	0%	17%	35%	28%
	TOTAL des agents		5	6	1	3	15	4	4	3		11	5	7	2	6	20	46
Manipulateur en électro-radiologie	Nombre de correspondants en hygiène																	
	agents formés	nombre									0%	0%					0%	0%
	taux																	
	TOTAL des agents									5	5						5	
Non réponse	Nombre de correspondants en hygiène																	
	agents formés	nombre			1	1											1	
	taux				50%	50%											50%	0%
	TOTAL des agents				2	2											2	
Total correspondants hyg			3		2	5		2		1	3	2	3	1	2	8	16	
Total agents formés question 1a		0	3	2	2	7	3	4	1	1	9	3	5	1	4	13	30	
taux d' agents formés du total des agents		0%	27%	40%	50%	27%	33%	50%	14%	17%	30%	50%	45%	25%	33%	39%	34%	18%
Total agents		6	11	5	4	26	9	8	7	6	30	6	11	4	12	33	89	

Annexe IV : Tableau 21 : motivation au rôle de correspondant en hygiène.

population		QUESTION 21: MOTIVATION AU ROLE DE CORRESPONDANTS EN HYGIENE	
AGENTS		TOTAL	10
sans réponse			2
Etre informé et informer pour améliorer la qualité des soins			1
Imposé			1
Inform er les collègues			1
Plus de connaissance sur les protocoles et être tjrs à l'actualité et transmettre les informations			1
Pouvoir appliquer les précautions d'hygiène en collaboration avec l'équipe			1
Importance de l'hygiène pour améliorer la qualité des soins			2
Améliorer ses connaissances, sur les protocoles notamment			1
CADRES		TOTAL	6
besoin de formation dans le domaine			2
expérience antérieure dans le domaine			1
intérêt personnel			1
rester informé dans le domaine			1
Importance de l'hygiène pour améliorer la qualité des soins			1
		Total des correspondants	16

Annexe V : Tableau 14 bis : le respect des mesures de prévention des IN, cotées 5

QUESTION 12: Raisons du non respect des mesures cotées 5 ?	Nombre de réponses des agents			
	Raison 1	Raison 2	Raison 3	Total
Défaut de matériels	3	2	1	6
En cas d'urgence	3	1		4
Défaut d'information sur le risque réel	1	2	1	4
Défaut de locaux adaptés	2			2
Erreur d'appréciation		2		2
Oubli	1		1	2
Manque de temps		1		1
Manque de vigilance face aux affiches d'isolement	1			1
souci d'économie de matériel(non jeté)	1			1
Tri du linge		1		1
Total	12	9	3	24

Annexe VI : Tableau 15 A: ensemble des raisons invoquées pour le non respect des mesures cotées 10

Nombre de réponses des agents	QUESTION 10 les raisons du non respect des mesures de prévention													
	Raison 1		Raison 2		Raison 3		Raison 4 et +		Total		Total de l'ensemble			
	Agents	Cadres	Agents	Cadres	Agents	Cadres	Agents	Cadres	Agents	Cadres	Agents	Cadres	Agents	Cadres
En cas d'urgence	13		5	2	2	1					20	3	23	19%
Manque de temps	12		3	1	1						16	1	17	14%
Défaut d'information sur le risque réel	5		3		2						10		10	8%
Défaut de locaux adaptés	3	1	2	1	2						7	2	9	8%
Manque de personnels	4		2								6		6	5%
oubli	2		3	1	1	1		1	1		6	3	9	8%
Charge de travail trop importante	4	2	1		1						6	2	8	7%
Résultats de laboratoire trop tardifs	1		2								3		3	3%
Patient non coopérant			2		1						3		3	3%
Défaut de matériels	1	2	1			1					2	3	5	4%
déviance volontaire du protocole		1	2								2	1	3	3%
Difficultés avec les médecins, les chirurgiens de passage ou les étudiants		2		1	1							3	3	3%
lésions aux mains	1		1	1							2	1	3	3%
Multiplicité des intervenants de passage ou étrangers au service et pas toujours formés à l'hygiène		1		1	1						1	2	3	3%
motivation perso		2										2	2	2%
nouveaux arrivants		1						1	1		2	2	2	2%
Paresse	1										1		1	1%
Pas de suivi par l'ensemble de l'équipe			1		1						1		1	1%
Pas tjrs adapté à la situation					1		1				1		1	1%
Utilisation intensive des SAP	1										1		1	1%
méconnaissance des protocoles	1										1		1	1%
technique trop longue			1		1						1		1	1%
défaut d'organisation du travail	1										1		1	1%
alliances et montres conservées				1	1							1	1	1%
Erreur: le port de gants évite le lavage des mains								1	1		1	1	1	1%
résistance au changement				1	1							1	1	1%
Total	50	12	29	10	39	12	3	15	3	3	91	28	119	

Annexe VII : Tableau 15 B : ensemble des raisons invoquées pour le non respect des mesures cotées 5.

Question: 11 respect des mesures de prévention des IN cotées 5										
Service	Parfois		Le plus souvent		Toujours		Non Réponse		NB d'agents	réponse du cadre du service
	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service	NB d'agents	taux de réponses dans le service		
Chirurgie A										Le plus souvent
Chirurgie B										Toujours
Chirurgie C			1	100%					1	Le plus souvent
Chirurgie D										Toujours
Médecine A					1	100%			1	Le plus souvent
Médecine B	2	40%	2	40%	1	20%			5	Toujours
Médecine C										Le plus souvent
Médecine D										Le plus souvent
Réanimation A										Le plus souvent
Réanimation B					1	100%			1	Toujours
Réanimation C			1	33%	1	33%	1	33%	3	Le plus souvent
Réanimation D	1	33%	1	33%	1	33%			3	Le plus souvent
Total	3	21%	5	36%	5	36%	1	7%	14	

Annexe VIII : Tableau 16 : Les outils d'évaluation du respect des mesures de prévention utilisés par les cadres.

QUESTION 11a: disposez vous d'un outil pour évaluer le respect des mesures ?	Nombre de réponse des cadres												Total
	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	
non		1			1		1		1	1	1		6
oui	1		1	1		1		1				1	6
Total	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

QUESTION 11b: si oui lequel?	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	Total
suivi des consommations de SHA	1			1		1		1				1	5
auto évaluation des agents			1			1							2
contrôle du cadre				1				1					2
audit d'évaluation du respect du protocole			1										1
suivi des consommations de matériel UU												1	1
suivi bactériologique des KT			1										1
Non Adapté		1			1		1		1	1	1		6
Total	2	1	3	2	1	2	1	2	1	1	1	2	19

QUESTION 11c: si non en verriez-vous l'utilité?	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	Total
oui		1			1		1		1	1			5
non											1		1
Non Adapté	1		1	1		1		1				1	6
Total	1	12											

QUESTION 11d: si oui en 11c lequel souhaitez-vous?	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	Total
auto évaluation		1			1		1		1	1			5
audit annuel					1					1			2
respect maîtrisé											1		1
Non Adapté	1		1	1		1		1				1	6
Total	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	14