UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Freins et leviers à l'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Présentée et soutenue publiquement le 27 Janvier 2016 à 18h
Au Pôle Formation de la faculté

Par Marine Criquelion - Tiberghien

JURY
Président :
Monsieur le Professeur PUISIEUX François
Assesseurs :
Madame le Professeur FAURE Karine
Monsieur le Docteur GRANDBASTIEN Bruno
Madame le Docteur COHEN Nadia
Directeur de Thèse :
Madame le Docteur COHEN Nadia

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AGGIR: Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

AMP: Aide Médico-Psychologique

AS: Aide-Soignante

ASH: Agent de Service Hospitalier

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

EDCMS: Equipe de Direction et Coordination Médicale des soins

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FHA: Friction Hydro-Alcoolique

GIR: Groupe Iso-Ressources

IDE: Infirmière Diplômée d'Etat

IDEC: Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice d'un EHPAD

MEDEC: Médecin Coordinateur d'un EHPAD

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PHA: Produit Hydro-Alcoolique

SES: Salariés de l'Etablissement dont les Soignants

SFHH: Société Française d'Hygiène Hospitalière

SHA: Solution Hydro-Alcoolique

Table des matières

Résumé **1**
Introduction **3**
I. L'hygiène des mains 3
A. Historique des recommandations concernant l'hygiène des mains 3
B. Les deux types de flore des mains 4
C. Les Solutions Hydro-Alcooliques 5
1. L'évolution de la composition des produits hydro-alcooliques 5
2. Leurs actions 5
3. La technique de friction 6
II. L'EHPAD 7
A. L'EHPAD, un lieu de vie de personnes âgées dépendantes 7
1. Un lieu de vie intermédiaire entre la ville et l'hôpital 7
2. Des personnes âgées fragiles et dépendantes 8
B. Un lieu de vie avec un risque infectieux important 9
C. Les infections, un facteur précipitant de décompensation gériatrique 9
III. L'hygiène des mains en EHPAD 10
A. Les infections liées aux soins 10
B. Les problèmes d'observance et de disponibilité du personnel 10
IV. Les objectifs de l'étude 11
Matériels et méthodes **12**
I. Présentation de l'étude 12
A. Type d'étude 12
B. La population de l'étude 12
II. Interventions réalisées pendant un an 14
A. Mise à disposition des SHA 14
B. Campagne de sensibilisation 14
C. Apprentissage des recommandations 15
III. Les questionnaires 15
A. Préparation de l'étude 15
B. Questionnaires destinés au groupe *EDCMS* 16
C. Questionnaires destinés au groupe *SES* 17
IV. Méthodes statistiques 17
V. Ethique 18
Résultats **19**
I. Description de la population 19
A. Groupe *SES* 19
B. Groupe *EDCMS* 21
II. Les résultats concernant le groupe *SES* 22
A. Les leviers 22
1. Rappel des leviers proposés 22
2. Les principaux leviers 23
3. L'évolution des leviers après la mise en place des mesures participatives 23
B. Les freins 24

1. Rappel des freins proposés....24
2. Les principaux freins....24
3. L'évolution des freins après la mise en place des mesures participatives24
C. L'impact des mesures participatives....25
D. Etudes des freins et des leviers selon le poste....25
1. IDE....25
2. Aides-soignantes....26
3. ASH....27
E. La mesure la plus importante....28
F. La tolérance cutanée....29
III. Les résultats concernant le groupe *EDCMS*....29
A. Les leviers....29
1. Rappel des leviers proposés....29
2. Les Principaux leviers....30
3. L'évolution des leviers après la mise en place des mesures participatives....30
B. Les freins....31
1. Rappel des freins proposés....31
2. Les Principaux freins....31
3. Evolution des freins après la mise en place des mesures participatives32
C. L'impact des mesures participatives....33
D. Evolution selon le poste....33
1. Directeur....33
2. MEDEC....34
3. IDEC....35
E. La désignation d'une personne référente hygiène....36
Discussion....37
I. Réponses à l'objectif principal de l'étude....37
A. Les Leviers du groupe *SES*....37
1. La protection de chacun, soignants et résidents....38
2. Un temps de contact supplémentaire entre les résidents et les soignants....39
3. La motivation de tous les intervenants de l'EHPAD....39
B. Les freins du groupe *SES*....40
1. La crainte d'avoir les mains irritées ou sèches....40
2. La durée et la fréquence des FHA....41
3. Une large mise à disposition des SHA....41
C. Les leviers du groupe *EDCMS*....42
1. La désignation d'une personne référente-hygiène....42
2. L'implication des équipes dirigeantes....43
3. La confrontation à une épidémie....43
4. La mise à disposition des SHA....43
D. Les freins du groupe *EDCMS*....44
1. Des idées reçues....44
2. La sensibilisation des intervenants extérieurs....45
3. Implication des familles et des résidents à la réalisation des gestes d'hygiène des mains....45
II. Critique de l'étude....46
A. Validité et possibilité d'utilisation des résultats dans d'autres EHPAD....46
B. Comparaison avec des études similaires....46
C. Points forts....47
1. Nombreux questionnaires dans le groupe *SES*....47

2. Population variée dans le groupe *SES* 47
3. Un résultat statistiquement significatif exprimé par l'intégralité du personnel 47
D. Les biais 48
1. Les perdus de vues 48
2. Différence de composition des groupes entre 2014 et 2015 48
3. Peu de résultats dans le groupe *EDCMS* 48
4. Les biais liés à l'utilisation d'un questionnaire 48
5. Biais de confusion 49
III. L'impact global des mesures participatives 49
A. L'étude concernant les 27 établissements 49
1. Description de l'étude 49
2. Résultats de cette étude 49
B. Le protocole à déployer suite à la mise en commun des résultats des 2 études 50
Conclusion 52
Références bibliographiques 53
Annexes 56
Annexe 1 : questionnaire *EDCMS* proposé en avril 2014 – début d'étude (envoyé par email) 57
Annexe 2 : questionnaire *EDCMS* proposé en avril 2015 – fin d'étude (envoyé par email) 58
Annexe 3 : questionnaire *SES* proposé en avril 2014 – début d'étude (version papier) 59
Annexe 4 : questionnaire *SES* proposé en avril 2015 – fin d'étude (version papier) 60
Annexe 5 : poster mural d'entrée 61
Annexe 6 : totem sur pied 61
Annexe 7 : affichage à mettre sur le tableau de soins 62
Annexe 8 : flacon SHA 300ml 62
Annexe 9 : flacon poche 75ml 63
Annexe 10 : caisson pédagogique 63
Annexe 11 : Module de Formation 64
Annexe 12 : Quizz utilisé lors de la formation 75
Annexe 13 : attestation de la CNIL 77

RESUME

Contexte :

En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé a préconisé d'utiliser les SHA pour réaliser les gestes d'hygiène des mains et prévenir le risque infectieux. Ces recommandations sont peu suivies en EHPAD car ce sont des milieux de vie ouverts pour des résidents dépendants, entourés par une équipe soignante dont le ratio soignants/patients est faible, et par de nombreux intervenants extérieurs. Selon l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie, la prévalence des infections y est de 11,2% (IC 95% : [10,9-11,5]). L'objectif de cette étude est d'identifier les freins et les leviers à l'utilisation des SHA dans le but d'améliorer l'observance des gestes d'hygiène des mains en EHPAD.

Méthode :

Dans 14 EHPAD choisis aléatoirement parmi 27 établissements volontaires, des mesures participatives pour promouvoir l'hygiène des mains ont été mises en place pendant un an. Avant et après la mise en place de ces mesures, le groupe Salariés de l'Etablissement dont les Soignants (SES) et le groupe Equipe de Direction et Coordination Médicale et des Soins (EDCMS) ont répondu à des questionnaires leur proposant un choix limité de freins et de leviers à l'utilisation des SHA.

Résultats :

Pour le groupe SES, 243 questionnaires en 2014 et 175 en 2015 ont été remplis. Pour le groupe EDCMS, nous avons reçu 34 questionnaires en 2014 et 23 en 2015. Dans le groupe SES, la faible disponibilité des SHA en EHPAD est un frein qui a reculé en 2015 par rapport à 2014 de façon significative (p-value=0,032). Pour les infirmières, le frein relatif à la crainte d'avoir les mains sèches et irritées suite à l'utilisation des SHA a baissé de façon significative (p-value=0,0001). Pour les Agents

de Service Hospitalier, le levier qui a évolué de façon significative en 2015 (p-value=0,025) est la motivation de leur entourage professionnel. Dans le groupe EDCMS, la mise à disposition des SHA est un levier qui a augmenté de façon significative en 2015 (p-value=0,032).

Conclusion :

Cette étude permet de mettre en évidence les freins et les leviers sur lesquels il est utile d'intervenir pour promouvoir l'hygiène des mains et proposer une démarche adaptée aux résidents, aux personnels et aux intervenants extérieurs de l'EPHAD.

INTRODUCTION

I. L'hygiène des mains

A. Historique des recommandations concernant l'hygiène des mains

Il y a presque deux siècles, il a été mis en évidence que le lavage des mains était efficace pour diminuer les risques d'infections manuportées. En 1846, Philippe Semmelweis affirmait déjà que les mains souillées par les exsudats cadavériques étaient responsables des infections constatées. Il est arrivé à cette conclusion en observant que le taux de mortalité post accouchement était moins élevé lorsque les femmes accouchaient chez elle ou même dans la rue, plutôt que lorsqu'elles accouchaient dans certains services de l'hôpital. En effet, les médecins de son service qui s'occupaient des accouchements faisaient également des autopsies sans se laver les mains entre les deux actes.

En 1878, Louis Pasteur a établi une relation entre les bactéries et les infections et a mis en évidence le problème de manuportage dans les actes chirurgicaux. Il dira :

« Au lieu de s'ingénier à tuer les microbes dans les plaies, ne serait-il pas plus raisonnable de ne pas en introduire? » d'après le compte rendu du 28 avril 1878 à l'Académie des Sciences.

Progressivement, l'hygiène des mains fut considérée comme un acte essentiel dans la lutte contre les infections nosocomiales. Le lavage des mains avec un savon suivi ou non d'une friction avec de l'alcool à 70% était la technique de base. Parallèlement à cette technique, le recours à des savons antiseptiques contenant divers actifs antimicrobiens tels le digluconate de chlorhexidine ou l'iode étaient utilisés. Le recours à l'utilisation d'une SHA comme technique de base est plus récente comme l'affirme en 1995 William Rutala, expert auprès des Centers for Disease Control and Prevention aux Etats-Unis. Il décrivait la friction comme un frottement énergique d'une minute avec une solution alcoolique, méthode qu'il présentait comme la plus efficace pour l'antisepsie des mains.

En France, en 2001, le Comité Technique de Lutte contre les Infections Nosocomiales annonce qu' « une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique est recommandée en remplacement du lavage des mains traditionnel par un savon doux ou une solution désinfectante lors des soins et dans toutes les circonstances où une désinfection des mains est nécessaire ». (1)

Au niveau mondial, en 2002, des recommandations sur l'utilisation des SHA pour les gestes d'hygiènes des mains ont été publiées par les Centers for Disease Control and Prevention aux Etats-Unis. (2)

L'Organisation Mondiale de la Santé a édité des recommandations pour l'hygiène des mains au cours des soins en 2006 et 2009. « Le premier défi mondial pour la sécurité des patients ; un soin propre est un soin plus sûr ». Selon l'OMS, la friction des mains avec une SHA est à privilégier par rapport au lavage des mains au savon doux. (3)

En 2009, la Société Française d'Hygiène Hospitalière a publié des recommandations concernant l'hygiène des mains et préconise l'utilisation des SHA dans les cas suivants :

- avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement,
- avant et après chaque soin ou acte invasif,
- entre un soin contaminant et un acte invasif chez un patient,
- avant et après le port des gants de soins. (4)

B. Les deux types de flore des mains

L'hygiène des mains est un geste préventif important pour diminuer les infections croisées souvent d'origine manuportée. Les SHA doivent éliminer la flore transitoire.

La flore des mains est composée de la flore transitoire et la flore permanente.

La flore permanente ou commensale est la flore propre de la personne et elle est différente d'un individu à un autre. C'est une flore monomorphe. Les micro-organismes qui la composent sont essentiellement des staphylocoques à coagulase négative tel que S. epidermidis, S. hominis, des corynebactéries ainsi que Propionibacterium acnes et Staphylococcus aureus. Ces germes sont responsables de pathologies lorsque la barrière cutanée est franchie, en cas de gestes invasifs par exemple.

La flore transitoire est située dans les couches superficielles de la peau. Elle est responsable des infections croisées. Elle est composée des germes de l'environnement, c'est-à-dire les objets et les personnes ayant été en contact avec la peau. Elle est polymorphe, on trouve des entérobactéries, Staphylocoques aureus, des Pseudomonas ainsi que des levures. Une partie de la flore transitoire est composée des germes superficiels de la flore permanente.

C. Les Solutions Hydro-Alcooliques

1. L'évolution de la composition des produits hydro-alcooliques

Les produits hydro-alcooliques sont présentés sous forme de solutions hydro-alcooliques ou de gels hydro-alcooliques. Les premiers produits proposés dès les années 1970-1980 furent des solutions hydro-alcooliques sur base de 2-propanol ou isopropanol au taux de 60% (p/p) et principalement d'ammonium quaternaires (chlorure de benzalkonium, bromure de cetrimonium ou chlorure de mecetronium) ou de digluconate de chlorhexidine.

Progressivement, ces solutions seront composées de mélange de 2 alcools parmi les 3 (éthanol, 2-propanol et 1-propanol) avec un taux moyen de 60 à 85% (p/p) sans justification scientifique déterminante.

Les gels sont apparus vers 2000. Cette forme galénique présente un avantage intéressant qui est de conserver plus commodément le volume au creux de la main avant le début de la friction.

Aujourd'hui, la plupart des produits sont sur base éthanol à la concentration de 70 à 85% (p/p) sans autre composant antimicrobien. L'OMS propose deux solutions type contenant de l'éthanol (80% p/p) ou de l'isopropanol (75% p/p), associés au peroxyde d'hydrogène et à la glycérine.

2. Leurs actions

Outre l'efficacité antimicrobienne attendue, la propriété essentielle des PHA est d'assurer une tolérance cutanée pour favoriser l'observance, en limitant au mieux les effets desséchants des alcools qui, en s'évaporant, entrainent l'eau des couches superficielles de la peau. On trouve divers composants comme la glycérine et autres acides gras.

Compte tenu du rôle attendu de ces produits, des preuves d'efficacité sont exigées notamment par les sociétés savantes d'hygiène hospitalière (SFHH en France, Verbund für Angewandte Hygiene en Allemagne, …). Ce sont des méthodologies démontrant les propriétés revendiquées telles que la bactéricidie, levuricidie, fongicidie, mycobactéricidie et virucidie

3. La technique de friction

L'utilisation des SHA permet un geste d'hygiène des mains au lit du patient et ne nécessite pas de matériel, tel qu'un lavabo, des essuie-mains, … Le lavage des mains au savon doux reste recommandé en cas de mains souillées, en cas d'exposition à des germes sporulés tel que Clostridium difficile, en cas de gale, et après être allé aux toilettes.

Pour une bonne friction des mains, les étapes ci-dessous décrites sont à réaliser pour que toute la surface cutanée des mains soit frictionnée en 30 secondes. (5) On peut rajouter une étape pour frictionner les poignets.

Figure 1 : méthode de friction des mains en 6 étapes

II. L'EHPAD

A. L'EHPAD, un lieu de vie de personnes âgées dépendantes

1. Un lieu de vie intermédiaire entre la ville et l'hôpital

Un établissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes anciennement appelé « maison de retraite » est un établissement qui accueille des personnes âgées de plus de 60 ans ayant une perte d'autonomie.

C'est un lieu de vie en collectivité. Les repas sont partagés dans une salle commune, les activités sont faites en groupe, et parfois deux résidents dorment dans une même chambre. Il y a dans un EHPAD de nombreux intervenants : les IDE, les

AS, les ASH, les AMP, l'IDEC, le MEDEC, l'équipe administrative, l'équipe du restaurant, l'équipe de la lingerie, l'équipe de l'animation, les psychomotriciens, les psychologues et les ergothérapeutes. On compte aussi de nombreux intervenants extérieurs: les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pédicures, les médecins généralistes, les personnels de laboratoires d'analyse, les bénévoles. C'est un lieu de vie ouvert avec un accès libre à la visite.

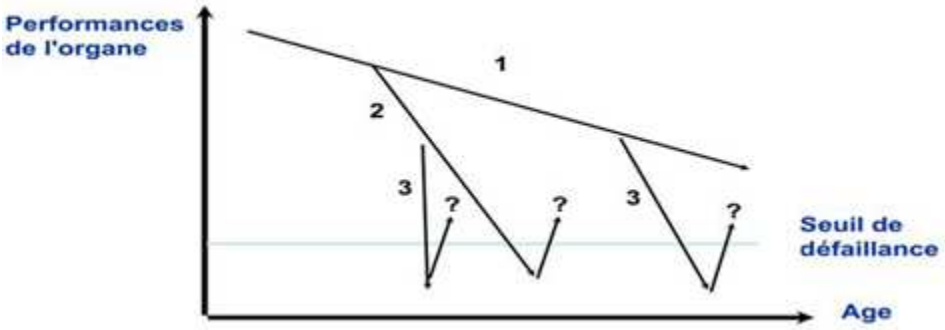
Le côté médicalisé de l'EHPAD doit être le plus discret possible pour permettre aux résidents de se sentir chez eux et non dans un hôpital.

2. Des personnes âgées fragiles et dépendantes

L'entrée en institution d'un patient est souvent la conséquence d'une fragilité qui a évolué en dépendance.

Les personnes âgées en EHPAD sont souvent dépendantes. Elles sont à risque de décompensation en cascade. Un des facteurs de risques principal est la dénutrition et la sarcopénie. Les résidents ont de nombreuses pathologies chroniques, 8 en moyenne, notamment des troubles cognitifs. (6) Ces patients ont souvent de multiples lignes de traitements, ce qui est un facteur de risque d'événement iatrogénique grave et de décompensation d'organe.

En 1984, Jean-Pierre Bouchon a modélisé la décompensation fonctionnelle des personnes âgées par le schéma 1+2+3. (7)



1 : effet du vieillissement
2 : effet des pathologies chroniques
3 : facteur aigu de décompensation
?: état vers lequel évoluera la personne âgée après l'événement aigu

Figure 2 : schéma 1+2+3 de Bouchon

B. Un lieu de vie avec un risque infectieux important

Le programme PRIAM réalisé de 2006 à 2007 dans 577 EHPAD par l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie (ORIG) a montré que la prévalence des infections est de 11,2% (IC 95% : 10,9-11,5). (8) Une étude réalisée par le Réseau des Hygiénistes du Centre dans 38 EHPAD a mis en évidence que de 9,9% des résidents sont porteurs de entérobactéries productrices de bétalactamases à spectre étendu. (9)

Les types d'infections les plus fréquents sont les infections respiratoires, urinaires et cutanées, qui représentent en moyenne 80% des infections des résidents. (10) Les infections chez la personne âgée impliquent souvent une hospitalisation et des prescriptions d'antibiothérapies mal justifiées. Cela augmente le risque de contamination par des germes multi-résistants, voir hautement résistants et le risque iatrogénique lié à l'hospitalisation. Les infections avec des germes multi-résistants sont plus fréquentes en EHPAD qu'en ville mais restent plus faible qu'en milieu hospitalier. (11)

Les différentes pathologies dont sont atteints les résidents imposent des gestes médicaux invasifs tels que le sondage urinaire, la pose de cathéter veineux. Ce sont des gestes à risque infectieux.

En période épidémique, la vie en collectivité avec les autres résidents dans ce milieu largement ouvert sur la ville augmente le risque d'épidémie dans les EHPAD.

C. Les infections, un facteur précipitant de décompensation gériatrique

Une infection est un événement aigu qui peut fragiliser une personne âgée de façon irréversible. A cause de réserves fonctionnelles diminuées, la personne âgée aura de grandes difficultés à récupérer son état antérieur à l'infection. On dit que c'est une aggravation en marches d'escalier. Il est donc important de lutter contre les infections. Une des composantes prépondérantes des politiques de prévention est l'hygiène des mains. (12)

III. L'hygiène des mains en EHPAD

A. Les infections liées aux soins

En 2007, le Ministère de la Santé et le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins (CTINILS) ont donné une définition d'une infection associée aux soins : «elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. Lorsque que l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48 heures ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS. […] Aucune distinction n'est faite quant au lieu où est réalisée la prise en charge ou la délivrance de soins. ». (13) Cette définition prend en compte également les établissements médico-sociaux dont font partis les EHPAD.

B. Les problèmes d'observance et de disponibilité du personnel

L'ORIG et plusieurs autres partenaires scientifiques dans ce domaine ont établi 264 recommandations pour prévenir le risque infectieux en EHPAD. (14)

Les recommandations sur l'hygiène des mains en font partie : ce sont les recommandations 15 et 16 retenues avec un accord fort. Un bon geste d'hygiène des mains pour tous les intervenants extérieurs et internes à l'EHPAD, ainsi que pour les patients, permet de combattre deux types d'infections : les infections liées aux soins, et les infections générées par les visiteurs, particulièrement difficiles à éviter dans ce lieu de vie ouvert.

Malgré ces recommandations, l'observance à l'hygiène est faible en EHPAD. Dans l'étude du Réseau d'Hygiéniste du Centre le taux de gestes d'hygiène des mains conformes aux recommandations n'est que de 25,7%. (9) Plusieurs causes peuvent être citées : la prise en charge de patients demandant des soins aussi importants qu'à l'hôpital, un effectif de personnel soignants plus faible. Le milieu hospitalier et celui de l'EHPAD diffèrent sur le ratio soignants/résidents-patients. Il est difficile d'appliquer strictement en EHPAD les recommandations de l'hygiène des mains en milieu hospitalier.

Afin de comprendre en quoi et comment nous pouvons améliorer les pratiques, il nous a paru nécessaire d'étudier dans les établissements les freins et les leviers relatifs à l'utilisation des SHA.

IV. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de savoir quel est l'impact des mesures participatives sur l'évolution des freins et des leviers à l'utilisation des SHA pour les gestes d'hygiène des mains en EHPAD.

Les objectifs secondaires sont au nombre de trois. Nous souhaitons connaître la mesure la plus pertinente selon les personnes interrogées, pour améliorer l'hygiène des mains. Nous étudierons l'appréciation par chacun de l'évolution de la tolérance cutanée aux SHA après un an de mise en place des mesures participatives. Nous voulons également savoir si une personne référente en hygiène a été nommée dans les EHPAD.

MATERIELS ET METHODES

I. Présentation de l'étude

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude de type avant-après sur 14 EHPAD dans lesquels des mesures participatives ont été mises en place du 1er avril 2014 au 1er avril 2015. C'est une étude épidémiologique interventionnelle et prospective. Le personnel de chaque établissement a reçu des questionnaires concernant les freins et leviers avant et après la mise en place des mesures participatives.

B. La population de l'étude

27 établissements du Groupe Korian se sont portés volontaires pour participer à une étude sur l'hygiène des mains « Etude de l'impact d'une intervention multimodale liée à l'hygiène de mains sur le risque infectieux en EHPAD». Un tirage au sort a été réalisé pour composer un groupe intervention de 13 établissements dans lequel ont été mises en place les différentes mesures participatives et un groupe témoin. Un établissement supplémentaire a servi d'établissement test, où les mesures ont été également mises en place. Notre étude s'est inscrite en parallèle de l'étude citée ci-dessus et s'est déroulée dans les 13 EHPAD intervention et dans l'EHPAD test. Les 14 établissements sont localisés en France.

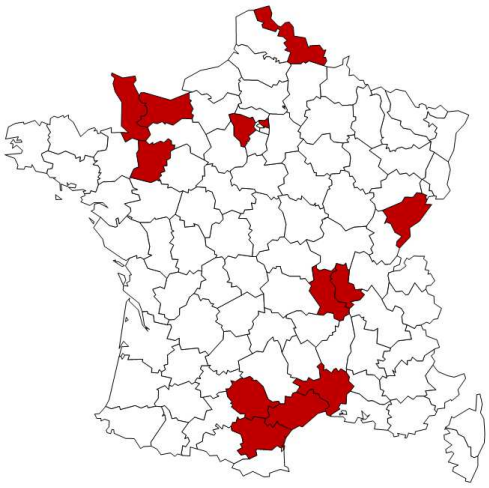


Figure 3 : Répartition des 14 EHPAD

nom de l'établissement	nombre de lits	adresse
KORIAN HAMEAU DU ROY	100	14, 16, Bd Saint-Antoine 78150 Le Chesnay
KORIAN JARDINS D'ALESIA – établissement test	102	187 bis, avenue du Maine 75014 Paris
KORIAN VILLA VICTORIA	102	Le Clos Saint-Vincent - rue du Docteur Jean Vaquier 93160 Noisy le grand
KORIAN L'AGE BLEU	107	7, grande rue 59100 Roubaix
KORIAN LA GOÉLETTE	80	Rue Surcouf 50120 Equeurdreville-Hainneville
KORIAN REINE MATHILDE	70	4, rue des Hauts Vents 14210 Grainville sur Odon
KORIAN LE CASTELLI	80	Rue des Lauriers 53970 L'huisserie
KORIAN LES MEUNIÈRES	103	Place Denfert Rochereau 34400 Lunel
KORIAN LES BLÉS D'OR	94	Lieu-dit La Moulinière 81150 Castelnau de levis
KORIAN MAS DE LAUZE	74	17, Chemin du Puits de Louiset 30900 Nîmes
KORIAN FRONTENAC	70	Rue Diderot 11150 Bram
KORIAN LES ANNABELLES	99	Parc Gambetta 1, rue du Diapason 69003 Lyon
KORIAN L'ASTREE	80	26 - 28 rue de Molina 42000 Saint Etienne
KORIAN VILL'ALIZÉ	80	2, rue des Chènevières 25220 Thise

Tableau 4: adresses et nombre de lits des 14 EHPAD

En 2014, la capacité moyenne des 14 établissements est de 89 résidents. Le taux d'occupation est de 97%. Le GIR moyen pondéré (niveau moyen de

dépendance des résidents) est de 697. Le taux d'encadrement (équivalent temps plein par rapport au nombre de lits occupés) est de 0,56.

II. Interventions réalisées pendant un an

A. Mise à disposition des SHA

Dans chacun des 14 établissements, des flacons de SHA ont été mis à disposition des résidents, du personnel, des visiteurs, des IDEC, MEDEC, Directeur et des intervenants extérieurs. Les flacons ont été répartis dans les endroits stratégiques des établissements :

- dans les salles de soins
- devant les ascenseurs
- à l'entrée de la salle de restaurant
- sur les chariots de soins
- à l'entrée des salles d'activités communes

Des flacons poches ont été distribués au personnel ainsi qu'aux intervenants extérieurs notamment les kinésithérapeutes et les médecins généralistes.

Des totems ont été disposés à l'entrée des établissements. Ces totems étaient équipés de flacons de SHA et de l'affichage rappelant le slogan et le logo de l'étude. Les photos des totems, de l'affichage et des différents conditionnements sont en annexes 5 à 9.

B. Campagne de sensibilisation

Tout le personnel des établissements a eu un rappel des recommandations officielles. Une infirmière hygiéniste est passée dans chaque établissement une fois tous les 4 mois. Le but de ces visites était de réexpliquer les gestes importants aux équipes ainsi que les éléments essentiels du programme de formation, de les motiver à l'utilisation des différents supports de communication et à la réalisation d'ateliers pédagogiques, de noter les évènements indésirables concernant l'utilisation des SHA, de répondre à leurs questions et de les aider dans le déroulement de l'étude.

Un affichage a été déployé dans chaque établissement pour avertir chacun du déroulement de l'étude, et pour rappeler les messages importants de l'hygiène des mains.

Un caisson éducatif a été mis en place dans chaque établissement pour tester l'efficacité de la friction des mains. Il a été laissé dans chaque établissement pendant l'année d'étude. Photo en annexe 10

C. Apprentissage des recommandations

Des ordinateurs ont été prêtés à chaque établissement afin que le personnel ait accès à un module d'e-learning. Ce module reprend les méthodes de frictions, les recommandations, les réponses aux idées reçues tel que la sensation de mains irritées après l'utilisation d'une SHA, ou encore l'efficacité des SHA par rapport au savon doux. Le personnel a aussi accès à un quizz qui leur permet d'étalonner leurs connaissances sur l'hygiène des mains. Le quizz et le module de formation sont en annexes 11 et 12.

Une fiche explicative a été distribuée dans chaque établissement en réponse aux freins mis en évidence lors de l'étude des questionnaires d'avril 2014. Cela concernait surtout la sensation de mains irritées, le temps de friction paraissant trop long, la fréquence des FHA dans une journée de travail, l'efficacité par rapport au savon doux et la nécessité d'ôter les bijoux, notamment l'alliance.

III. Les questionnaires

A. Préparation de l'étude

Une visite d'observation a eu lieu dans l'établissement test « Les jardins d'Alésia » début décembre 2013 pour échanger avec les équipes et connaître le contexte d'utilisation des SHA pour les gestes d'hygiène des mains. Cette visite a permis de présélectionner des leviers et freins et d'observer les différents intervenants à leur poste (IDEC, MEDEC, Directeur, ASH, AS, AMP, ...) afin de rédiger les questionnaires. Deux types de questionnaires ont été réalisés : un pour le groupe composé par l'Equipe de Direction et Coordination Médical des Soins (IDEC,

MEDEC, Directeur), et un pour le groupe composé par les autres Salariés de l'Etablissement dont les Soignants.

Le groupe composé de l'Equipe de Direction et Coordination Médical des Soins sera nommé : *groupe EDCMS* dans la suite de l'étude. Le groupe composé des autres Salariés de l'Etablissement dont les Soignants sera nommé : groupe SES.

Un pré-test a eu lieu dans cet établissement en janvier 2014: les 2 séries de questionnaires ont été envoyées au personnel et nous avons tenu compte de leurs remarques pour la rédaction finale des questionnaires.

Une rencontre a eu lieu en mars 2014 avec tous les IDEC, MEDEC, Directeurs des 14 établissements-intervention. Nous leur avons expliqué le but de l'étude et présenté les différents questionnaires.

B. Questionnaires destinés au groupe *EDCMS*

Les IDEC, MEDEC et directeurs d'établissements ont reçu un questionnaire par e-mail en avril 2014 avant la mise en place des mesures participatives. Nous avons utilisé l'adresse e-mail professionnelle de chaque personne. Il leur a tout d'abord été demandé de préciser leur poste dans l'EHPAD et le nombre d'années travaillées dans l'établissement. Ce questionnaire comprend 8 propositions de freins et 8 propositions de leviers. Ce sont des questions fermées. Chaque personne peut cocher 4 réponses au choix pour la catégorie frein et 4 réponses pour la catégorie levier. Deux questions ouvertes sont proposées afin de leur permettre de noter un frein ou un levier non présenté dans les questions fermées.

Questionnaire 2014 en annexe 1.

En avril 2015, après l'année de mise en place des mesures, ils ont reçu un deuxième questionnaire identique à celui d'avril 2014, à l'exception de deux questions supplémentaires :

- une question fermée concernant la désignation d'une personne référente-hygiène dans l'établissement.
- une question ouverte sur la mesure la plus importante pour promouvoir l'hygiène des mains dans l'établissement.

Les questionnaires nous ont été renvoyés par e-mail.

Questionnaire 2015 en annexe 2.

C. Questionnaires destinés au groupe *SES*

En avril 2014 et avril 2015, des questionnaires ont été envoyés dans chaque établissement par voie postale. Les directeurs les ont proposés à tout le personnel des établissements.

De la même façon, il leur a tout d'abord été demandé de préciser leur poste et le nombre d'années travaillées dans l'établissement. Le questionnaire comprend 10 propositions de leviers et 6 propositions de freins. Chaque participant peut choisir au maximum 5 leviers et 3 freins. Deux questions ouvertes sont également proposées afin de leur permettre de noter un frein ou un levier non présenté dans les questions fermées. Les questions fermées étaient identiques en 2014 et en 2015.

En avril 2015, après l'année de mise en place des mesures, ils ont reçu un deuxième questionnaire identique à celui d'avril 2014, à l'exception de deux questions supplémentaires :

- une question fermée concernant l'amélioration de la tolérance cutanée aux SHA après un an d'accompagnement.
- une question ouverte sur la mesure la plus importante pour promouvoir l'hygiène des mains dans l'établissement.

Les questionnaires nous ont été renvoyés par voie postale.

Questionnaires 2014 et 2015 en annexes 3 et 4

Nous avons présenté les résultats de chaque questionnaire aux IDEC, MEDEC et directeurs des établissements-intervention lors d'une réunion de restitution des résultats au Centre National des Arts et Métiers en juillet 2015.

IV. Méthodes statistiques

Les données statistiques ont été recueillies et exploitées grâce au logiciel Excel. L'analyse statistique a comparé le pourcentage de réponses de chaque frein et levier en 2014 et 2015.

Le test de Khi2 a été utilisé dans le cas où l'effectif était supérieur ou égal à 5, sinon le test de Fisher a été utilisé : pour chaque frein ou chaque levier, on admet

qu'il y a une différence statistiquement significative entre les résultats de 2014 et 2015 si le p-value est inférieur à 5%.

V. Ethique

Un accord pour la réalisation de l'étude a été demandé à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et accepté. L'attestation est en annexe 13.

RESULTATS

I. Description de la population

Dans chacun des 14 EPHAD, le groupe *SES* d'une part, et le groupe *EDCMS* d'autre part ont été interrogés.

A. Groupe *SES*

Pour le groupe *SES*, 246 questionnaires ont été reçus en 2014 et 179 en 2015. Nous avons exclu 7 questionnaires : 3 questionnaires pour 2014 et 4 pour 2015 car certains IDEC, MEDEC et directeurs ont répondu au questionnaire destiné à l'autre groupe (les questionnaires sont spécifiques à chaque groupe).

Poste	2014	2015
Agent maintenance	1	0
Aide-soignante	91	81
AMP	26	19
Animatrice	1	0
ASH	27	21
AVS	5	0
Cuisinier	2	2
Ergothérapeute	2	2
IDE	41	31
Lingère	3	2
Poste non mentionné/non lisible	38	13
Psychologue	1	2
Responsable hébergement	0	2
Serveuse	5	0
Total général	243	175

Tableau 5 : Répartition de la population du groupe *SES* par poste

Certains établissements n'ont pas renvoyé les questionnaires.

Etablissements	Nombre de questionnaires remplis en 2014	Nombre de questionnaires remplis en 2015
Alésia	28	0
Castelli	11	11
Frontenac	23	16
Hameau du Roy	25	11
La Goélette	21	0
L'âge bleu	26	21
L'astree	13	14
Les annabelles	9	0
Les blés d'or	23	12
Les meunières	17	22
Mas de lauze	21	16
Reine Mathilde	12	15
Villa victoria	0	26
Vill'alizée	14	11
Total	243	175

Tableau 6: nombre de questionnaires du groupe *SES* par établissement

Il était demandé à chaque personne de préciser son ancienneté dans l'EHPAD.

Pour les AS et les IDE, le nombre moyen d'années travaillées en EHPAD reste constant pour ces deux postes entre 2014 et 2015. (6,9 ans pour les AS et 4,7 ans pour les IDE)

Par poste, les anciennetés moyennes sont toutes supérieures à un an.

Postes	Moyenne du nombre d'années dans l'EHPAD en 2014	Moyenne du nombre d'années dans l'EHPAD en 2015
Agent maintenance	3,0	--
Aide-soignante	6,9	6,9
AMP	7,5	9,0
Animatrice	14,0	--
ASH	5,2	10,1
AVS	2,8	--
Cuisinier	9,0	6,5
Ergothérapeute	0,6	4,5
IDE	4,7	4,6
Lingère	14,3	16,0
Poste non lisible/abréviation non connues	5,8	4,5
Psychologue	5,0	6,0
Responsable hébergement	--	10,0
Serveuse	4,0	--
Total général	6,2	7,2

- *: Pas de questionnaires reçus pour cette catégorie professionnelle*

Tableau 7 : Ancienneté moyenne par poste en 2014 et 2015

B. Groupe *EDCMS*

Pour le groupe *EDCMS*, nous avons reçu 34 questionnaires en 2014 et 23 en 2015.

Postes	2014	2015
Direction	12	7
IDEC	15	11
MEDEC	6	5
NA	1	0
Total général	34	23

Tableau 8 : Répartition de la population du groupe *EDCMS* par poste

L'ancienneté moyenne pour le groupe *EDCMS* est identique en 2014 et 2015.

Poste	Moyenne du nombre d'années dans l'EHPAD en 2014	Moyenne du nombre d'années dans l'EHPAD en 2015
Direction	9,4	8,1
IDEC	5,9	7,8
MEDEC	6,2	4,4
Poste non lisible/abréviation non connues	4,5	--
Total général	7,1	7,2

- *: Pas de questionnaires reçus pour cette catégorie professionnelle*

Tableau 9: Ancienneté moyenne pour chaque poste du groupe *EDCMS* en 2014 et 2015

II. Les résultats concernant le groupe *SES*

A. Les leviers

1. Rappel des leviers proposés

Les leviers proposés dans le questionnaire pour ce groupe sont :

L1: Savoir que je me protège ainsi que les résidents des infections

L2: Connaître de façon concrète l'impact d'une bonne hygiène des mains sur la santé des résidents et des soignants

L3: Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement

L4: Etre formé aux pratiques d'hygiène des mains

L5: La répétition régulière des messages concernant l'utilisation des SHA

L6: Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement

L7: Réussir à intégrer les moments de FHA dans l'organisation de ma journée de travail

L8: La motivation de l'ensemble de mon entourage professionnel à se frictionner les mains

L9: Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents pour l'utilisation des SHA

L10: Considérer le geste d'hygiène des mains avec une SHA comme un geste de bientraitance pour les résidents

2. Les principaux leviers

En 2014, les 5 leviers les plus sélectionnés sont L1, L6, L10, L3 et L2.

4 des 5 leviers mis en évidence en 2014 restent présents en 2015 : L1, L6, L10, L3. Le cinquième levier le plus cité en 2015 est L8.

Les leviers L1, L6 et L10 sont sélectionnés par plus de la moitié de la population du groupe *SES* en 2014 et 2015.

Date	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
2014	82%	45%	45%	43%	27%	59%	19%	39%	26%	53%
2015	77%	41%	48%	41%	25%	54%	18%	43%	25%	53%

Tableau 10 : pourcentage de réponses pour chaque levier dans le groupe *SES* et après la mise en place des mesures.

3. L'évolution des leviers après la mise en place des mesures participatives

Il y a peu d'évolution dans les réponses aux leviers dans ce groupe malgré les mesures mises en place.

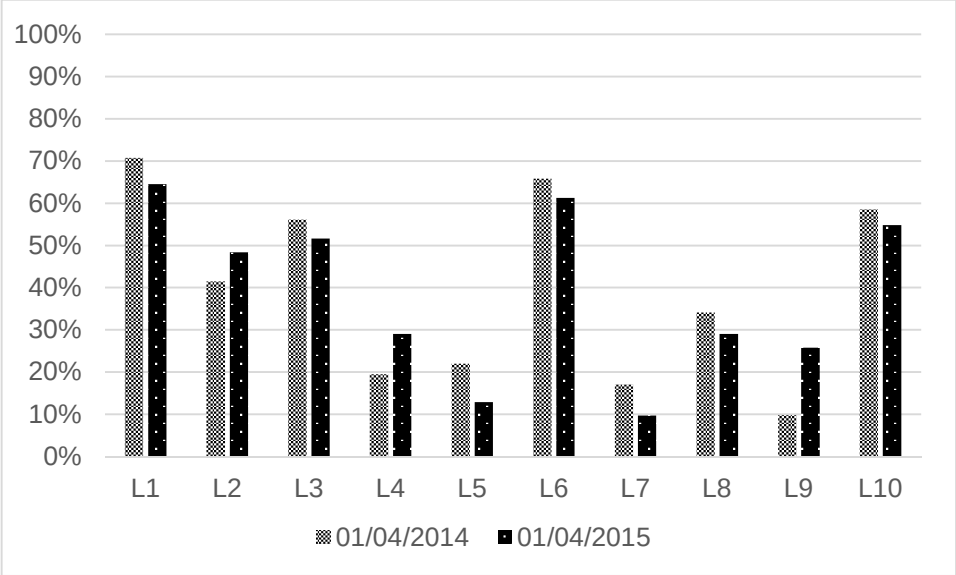


Figure 11 : Evolution des leviers sélectionnés par le groupe *SES*

B. Les freins

1. Rappel des freins proposés

Les freins proposés dans le questionnaire pour ce groupe sont :

F1: La durée du temps de friction

F2: La fréquence des frictions hydro-alcooliques dans une journée de travail

F3: La faible disponibilité des SHA dans l'EHPAD

F4: Le manque de formation expliquant l'intérêt d'utilisation

F5: La crainte d'avoir les mains sèches ou irritées

F6: Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux

2. Les principaux freins

En 2014 et en 2015, les 3 freins les plus sélectionnés sont F5, F2 et F1.
F5 a été sélectionné par plus de la moitié de la population du groupe *SES* avant et après la mise en place des mesures.

Date	F1	F2	F3	F4	F5	F6
2014	40%	44%	19%	14%	67%	30%
2015	42%	43%	11%	10%	64%	23%

Tableau 12: pourcentage de réponses pour chaque frein dans le groupe *SES* avant et après la mise en place des mesures

3. L'évolution des freins après la mise en place des mesures participatives

On observe une forte baisse du frein 3 (faible disponibilité des SHA) et du frein 6 (idées reçues très présentes) après la mise en place des mesures.

.

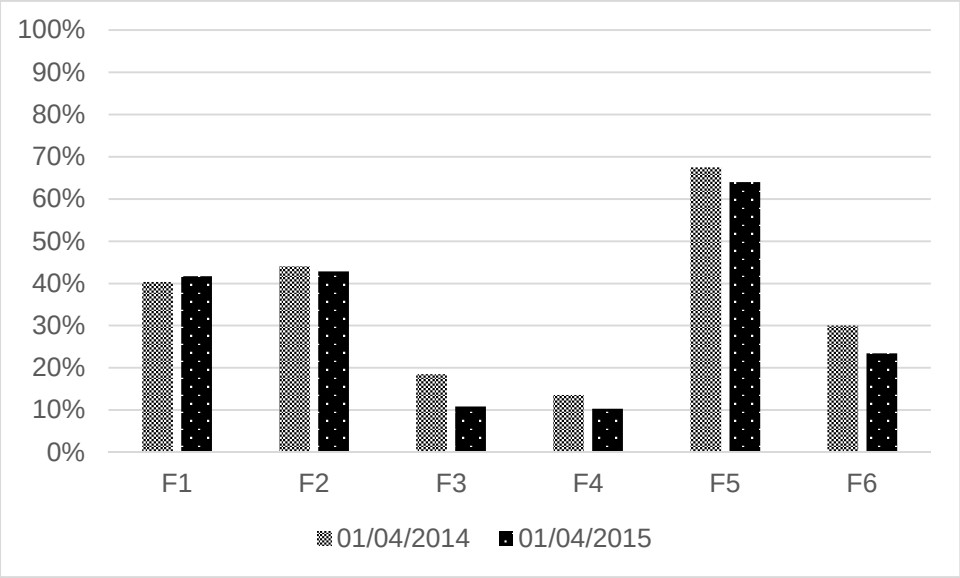


Figure 13 : Evolution des freins sélectionnés par le groupe *SES*

C. L'impact des mesures participatives

Le test de Khi 2 permet de déterminer pour chaque frein et chaque levier, s'il y a une différence statistiquement significative entre les réponses sélectionnées en 2014 et en 2015.

Leviers	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
p-value	0,232	0,450	0,525	0,590	0,712	0,353	0,752	0,440	0,856	0,917

Freins	F1	F2	F3	F4	F5	F6
p-value	0,776	0,811	0,032	0,310	0,457	0,134

Tableau 14 : p-value de l'évolution des résultats de 2014 à 2015

Seul le frein 3 (faible disponibilité des SHA) présente une différence statistiquement significative au seuil de 5% avec un p-value de 0,032.

D. Etudes des freins et des leviers selon le poste

1. IDE

En 2014 et en 2015, les 5 leviers principaux pour les IDE sont : L1, L6, L10, L3, L2.

En 2014, les 3 freins principaux de ce groupe sont F5, F2 et F1. Ces 3 freins sont également sélectionnés en 2015, mais dans un ordre différent.

F5 en 2014 et F1 en 2015 sont sélectionnés par plus de la moitié des IDE.

L1, L6, L10 et L3 sont sélectionnés par plus de la moitié des IDE en 2014 et 2015

Date	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
2014	71%	41%	56%	20%	22%	66%	17%	34%	10%	59%
2015	65%	48%	52%	29%	13%	61%	10%	29%	26%	55%

Date	F1	F2	F3	F4	F5	F6
2014	41%	44%	17%	5%	85%	24%
2015	55%	32%	6%	6%	42%	10%

Tableau 15 : pourcentage de réponses pour les IDE avant et après la mise en place des mesures

On met en évidence une différence statistiquement significative (p-value=0,0001) pour les résultats de F5 (Crainte d'avoir les mains sèches ou irritées) dont le taux de réponses diminue sensiblement en 2015.

On peut remarquer que le nombre de réponses pour L9 (réaction positive de la part des familles et des résidents) augmentent de plus de 50% de 2014 à 2015 mais cela n'est pas statistiquement significatif, le p-value est de 0,07. C'est également le cas pour F6 (idées reçues très présentes) le p-value est de 0,1. Pour F3 (faible disponibilité des SHA), le nombre de réponses diminuent de plus de 50% de 2014 à 2015, le p-value est de 0,17.

2. Aides-soignantes

En 2014, on identifie les leviers importants comme étant : L1, L6, L10, L3, L2, L4. En 2015, ce sont les leviers L1, L10, L3, L6, L2.

F5, F2 et F1 sont les 3 freins prépondérants en 2014 et 2015.

En 2014, seuls L1, L6 et F5 sont sélectionnés par plus de la moitié des aides-soignantes. En 2015, les propositions mis en avant par plus de la moitié des AS sont L1, L10 et F5

Date	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
2014	82%	46%	48%	46%	31%	66%	19%	42%	34%	48%
2015	79%	40%	47%	38%	30%	43%	21%	38%	23%	54%

Date	F1	F2	F3	F4	F5	F6
2014	36%	43%	15%	14%	69%	26%
2015	43%	46%	7%	7%	67%	26%

Tableau 16: pourcentage de réponses pour les AS avant et après la mise en place des mesures

La loi de Khi 2 appliquée à ces réponses indique une différence statistiquement significative (p-value=0,002) pour L6 (importante mise en disponibilité des SHA dans l'EHPAD).

Le nombre de réponses pour F3 (faible disponibilité des SHA dans l'EHPAD) et F4 (manque de formation expliquant l'intérêt) diminuent de 50% de 2014 à 2015 mais ce n'est pas statistiquement significatif, Les p-value sont respectivement de 0,10 et 0,15.

3. ASH

Les 5 leviers les plus sélectionnés par les ASH sont différents de la population entière de ce groupe. En 2014, L1, L10, L4, L2 et L6 sont les 5 leviers mis en avant par les ASH. En 2015, ce sont L1, L6, L8, L10 et L2.

En 2014, les 3 freins les plus importants sont F5, F2 et F1. En 2015, ce sont les F5, F6, F1 et F2.

En 2014, plus de la moitié des ASH ont sélectionné L1, L10, L4, L2, F5 et F2. En 2015, ce sont L1, L6, L8 et F5 qui ont été mis en exergue par plus de 50% des ASH.

Date	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
2014	89%	56%	26%	59%	33%	37%	22%	30%	26%	63%
2015	81%	43%	38%	33%	24%	62%	19%	62%	33%	48%

Date	F1	F2	F3	F4	F5	F6
2014	48%	56%	11%	22%	67%	19%
2015	38%	38%	24%	19%	76%	38%

Tableau 17 : pourcentage de réponses pour les ASH avant et après la mise en place des mesures

On met en évidence une différence statistiquement significative (p-value=0,025) pour L8 (motivation de mon entourage professionnel). L'augmentation du nombre de réponses est importante en 2015.

Le nombre de réponses pour L4 (formation aux pratiques d'hygiènes des mains) diminuent de presque 50% de 2014 à 2015 mais ce n'est statistiquement significatif, le p-value est de 0,07.

Les nombres de réponses pour L6 (importante mise à disposition des SHA dans l'EHPAD), F3 (faible disponibilité des SHA dans l'EHPAD) et F6 (idées reçues très présentes) augmentent d'environ 50% de 2014 à 2015 mais ce n'est pas statistiquement significatif. Les p-value sont respectivement de 0,08 puis de 0,24 et de 0,13.

E. La mesure la plus importante

Pour le groupe *SES*, une question ouverte concernant le levier le plus important pour promouvoir l'hygiène des mains était proposée.

Certaines personnes ont donné plusieurs réponses, avec un taux moyen de réponse par personne de 1,07.

Ils ont répondu à 45% IC 95% [38-52] que la mesure la plus efficace était une large mise à disposition des SHA dans l'établissement.

28% IC 95% [21-35] des personnes n'ont pas répondu à cette question.

On retrouve quelques autres propositions telle que :

- dans 20% des cas avec IC 95% [14-26] : Formation.

- dans 9% des cas avec IC 95% [4-13] : Communication dans l'établissement avec les équipes, les intervenants extérieurs, les familles et les résidents.
- dans 6% des cas avec IC 95% [3-10] : Affichage des logos et slogans de l'étude.

F. La tolérance cutanée

65,91% de la population du groupe *SES* a pu constater une amélioration de la tolérance cutanée après une année d'accompagnement par une infirmière hygiéniste (IC 95% [59-73]).

Il est important de préciser que certaines personnes ont répondu qu'elles n'avaient vu aucune amélioration car elles n'avaient jamais été confrontées à un problème cutané lors de l'usage des SHA.

III. Les résultats concernant le groupe *EDCMS*

A. Les leviers

1. Rappel des leviers proposés

Les leviers proposés aux pour ce groupe sont :

Levier 1: La désignation d'une personne référente hygiène dans l'établissement

Levier 2: La mise à disposition d'outils de formation pour les différentes équipes

Levier 3: Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement

Levier 4: Avoir une étude documentée sur l'intérêt de l'utilisation du SHA en EHPAD

Levier 5: Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents sur l'utilisation des SHA

Levier 6: Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement

Levier 7: L'implication des équipes dirigeantes dans l'utilisation des SHA

Levier 8: Considérer la réalisation de la friction des mains par les résidents avec l'aide des soignants comme un temps d'échange et de communication entre les résidents et les soignants

2. Les Principaux leviers

Les principaux leviers en 2014 sont les leviers 8, 3, 6, 1 et 2.

En 2015, les leviers les plus sélectionnés sont les leviers 6, 7, 3, 2 et 1.

En 2014, les leviers 8, 3 et 6 ont été mis en avant par au moins 50% de la population de ce groupe. En 2015, seuls les leviers 4, 5 et 8 n'ont pas été mis en évidence par plus de la moitié de la population de ce groupe.

Date	Levier 1	Levier 2	Levier 3	Levier 4	Levier 5	Levier 6	Levier 7	Levier 8
2014	47%	47%	53%	38%	32%	50%	44%	65%
2015	57%	57%	57%	35%	39%	78%	57%	43%

Tableau 18 : pourcentage de réponses pour chaque levier dans le groupe *EDCMS* avant et après la mise en place des mesures.

3. L'évolution des leviers après la mise en place des mesures participatives

L'analyse de cet histogramme permet d'observer l'augmentation du nombre de réponse pour le levier 6 (importante mise à disposition des SHA) et une diminution pour le levier 8 (friction des mains considérée comme un temps d'échange entre les résidents et les soignants)

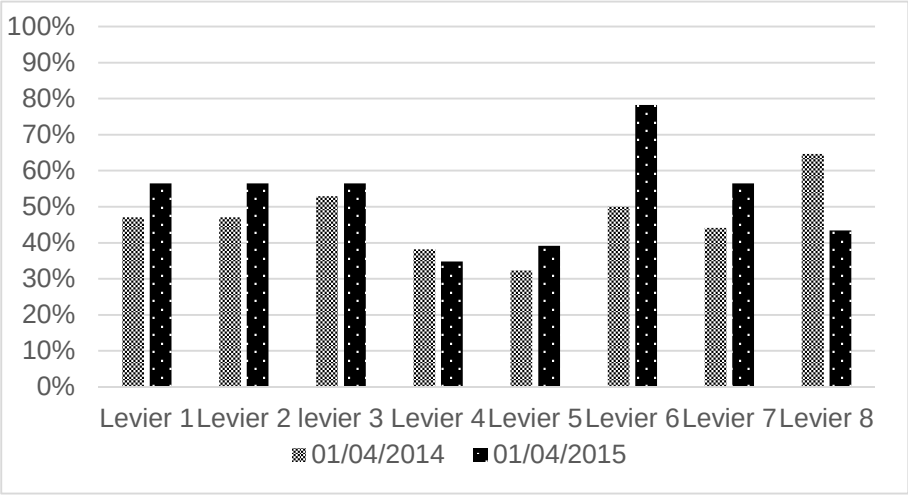


Figure 19 : Evolution des réponses aux leviers dans le groupe *EDCMS*.

B. Les freins

1. Rappel des freins proposés

Les différents freins proposés à ce groupe *EDCMS* sont :

Frein 1: Une communication (affichages, messages) de l'hygiène des mains trop
présente, trop sanitaire au sein de l'EHPAD qui est avant tout un lieu de vie

Frein 2: Lorsqu'il y a un manque de personnel en EHPAD

Frein 3: Le temps insuffisant de formation du personnel aux techniques d'hygiène des mains

Frein 4: Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur effet irritant sur les mains, leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux

Frein 5: Réussir à sensibiliser tous les intervenants extérieurs à l'hygiène des mains et à l'utilisation des SHA lors de leur passage dans l'EHPAD

Frein 6: L'organisation du lavage des mains avec les SHA de tous les résidents avant le repas

Frein 7: Subir une réaction négative de la part des familles et des résidents concernant l'utilisation des SHA

Frein 8: Le coût des SHA

2. Les Principaux freins

En 2014, les freins les plus sélectionnés sont les freins 4, 5 et 6.

En 2015, les freins jugés les plus importants sont les freins 5, 4 et 6.

On peut observer que seuls les freins 4, 5 et 6 ont été mis en avant par une large majorité de la population de ce groupe *EDCMS* en 2014 et les freins 4 et 5 en 2015.

Date	Frein 1	Frein 2	Frein 3	Frein 4	Frein 5	Frein 6	Frein 7	Frein 8
2014	9%	29%	29%	88%	79%	71%	26%	26%
2015	17%	30%	22%	78%	96%	48%	13%	22%

Tableau 20 : pourcentage de réponses pour chaque frein dans le groupe *EDCMS* avant et après la mise en place des mesures.

3. Evolution des freins après la mise en place des mesures participatives

On observe que ce sont les taux de réponses aux freins 5 et 6 qui évoluent le plus après l'année de réalisation des mesures participatives.

Le frein 5 augmente fortement en 2015 (sensibilisation à l'hygiène des mains des intervenants extérieurs à l'EHPAD). On note une diminution importante du nombre de réponses pour le frein 6 en 2015 (L'organisation du lavage des mains avec les SHA de tous les résidents avant le repas).

Le frein 7 (subir une réaction négative de la part des familles et des résidents) diminue de façon importante en 2015, le nombre de réponses chute de 50% de 2014 à 2015.

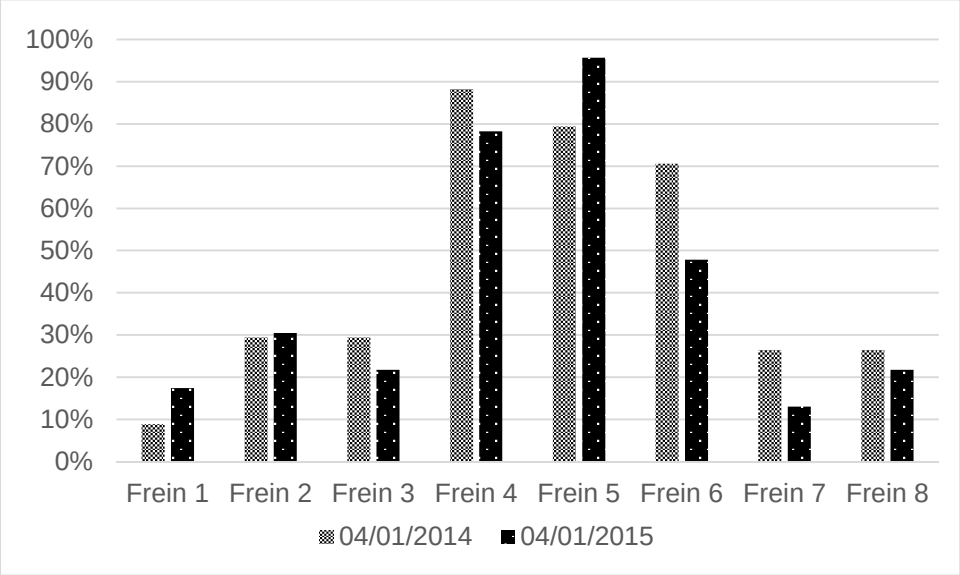


Figure 21 : Evolution des freins sélectionnés par le groupe *EDCMS*.

C. L'impact des mesures participatives

Selon la loi du Khi2 et la loi de Fisher, on met en évidence une seule différence statistiquement significative au seuil de 5% dans ce groupe. Cela concerne le levier 6 (mise à disposition des SHA dans l'EHPAD).

Levier	Levier 1	Levier 2	Levier 3	Levier 4	Levier 5	Levier 6	Levier 7	Levier 8
p-value	0,483	0,483	0,790	0,791	0,599	0,032	0,358	0,113

Frein	Frein 1	Frein 2	Frein 3	Frein 4	Frein 5	Frein 6	Frein 7	Frein 8
p-value	0,334*	0,934	0,519	0,311*	0,083*	0,083	0,223*	0,684

** : calcul du p-value selon la loi de Fisher*

Tableau 22: P-value de l'évolution des résultats pour le groupe *EDCMS*

D. Evolution selon le poste

1. Directeur

En 2014, les leviers principaux sont les leviers 2, 3, 8 et 7, chacun est sélectionné par au moins la moitié des directeurs. En 2015, les leviers les plus importants sont les leviers 1, 6, 7 et 2. Ils ont tous été sélectionnés par plus de la moitié des directeurs.

En 2014 et en 2015, les freins principaux et mis en avant par plus de la moitié des directeurs sont les freins 4, 5 et 6.

On peut observer que le nombre de réponses pour le frein 1 (communication trop sanitaire) augmente de plus de 50% de 2014 à 2015.

Le nombre de réponses pour le levier 4 (avoir une étude documentée sur l'utilisation des SHA) et pour le frein 3 (le temps insuffisant de formation du personnel) diminue de plus de 50% de 2014 à 2015.

Il n'y pas de différence statistiquement significative entre les résultats de 2014 et ceux de 2015. Les p-value sont tous supérieurs à 0,2.

Date	Levier 1	Levier 2	Levier 3	Levier 4	Levier 5	Levier 6	Levier 7	Levier 8
2014	42%	58%	58%	42%	33%	42%	50%	58%
2015	71%	57%	29%	14%	43%	71%	71%	43%

Date	Frein 1	Frein 2	Frein 3	Frein 4	Frein 5	Frein 6	Frein 7	Frein 8
2014	8%	42%	42%	83%	83%	75%	0%	42%
2015	29%	43%	14%	71%	100%	57%	0%	43%

Tableau 23 : pourcentage de réponses pour les directeurs avant et après la mise en place des mesures

2. MEDEC

Les leviers principaux pour les MEDEC sont les leviers 6, 3, 4 et 8 en 2014 et les leviers 6, 3, 1 et 7 en 2015.

Les freins principaux sont les freins 4, 5 et 6 en 2014 et les freins 5, 6 et 4 en 2015.

Toutes les réponses sont sélectionnées par plus de la moitié des participants.

Il n'y pas de différence statistiquement significative entre les résultats de 2014 et ceux de 2015 pour les MEDEC. Tous les p-value sont supérieurs à 0,2.

Le nombre de réponses pour le levier 2 (mise à disposition d'outils de formation), pour le levier 7 (implication des équipes dirigeantes) et pour le frein 5 (sensibilisation des intervenants extérieurs) augmente de plus de 50% de 2014 à 2015.

Le nombre de réponses pour le levier 4 (avoir une étude documentée sur l'utilisation des SHA), pour le levier 5 (recueillir une réaction positive de la part des

familles et des résidents), pour le frein 1 (communication trop sanitaire) et pour le frein 8 (le coût des SHA) diminue de plus de 50% de 2014 à 2015.

Date	Levier 1	Levier 2	Levier 3	Levier 4	Levier 5	Levier 6	Levier 7	Levier 8
2014	33%	17%	50%	50%	17%	83%	17%	50%
2015	60%	40%	80%	20%	0%	100%	60%	40%

Date	Frein 1	Frein 2	Frein 3	Frein 4	Frein 5	Frein 6	Frein 7	Frein 8
2014	17%	33%	17%	83%	50%	50%	33%	17%
2015	0%	20%	20%	80%	100%	80%	60%	0%

Tableau 24: pourcentage de réponses pour les MEDEC avant et après la mise en place des mesures

3. IDEC

En 2014, les leviers principaux sont les leviers 8, 7, 2 et 1 et en 2015 ce sont les leviers 6, 2, 3, 4 et 5, chaque levier est plébiscité par plus de la moitié des IDEC.

En 2014, les freins les plus sélectionnés sont les freins 4, 5, 6 et 7. En 2015, les freins les plus importants sont les freins 5, 4, 3, 2 et 6.

En 2014, seuls les freins 4, 5 et 6 sont sélectionnés par plus de la moitié des IDEC. En 2015, il n'y a que les freins 4 et 5 qui sont retenus par plus de la moitié des IDEC.

La loi de Fisher permet de mettre en évidence deux différences statistiquement significatives avec un seuil de 5%, une pour le frein 6 (organisation du geste d'hygiène des mains des résidents avant les repas) avec un p-value de 0,0149 et une pour le frein 7 (subir une réaction négative de la part des résidents et des familles concernant l'utilisation des SHA) avec un p-value de 0,0102. Les taux de réponses pour les 2 freins ont beaucoup diminué après un an de mise en place des mesures.

Le nombre de réponses pour le levier 6 (mise à disposition large des SHA) augmente de façon importante de 2014 à 2015, le p-value est de 0,18. On observe également que le nombre de réponses pour le levier 8 (considérer le temps de friction comme un temps d'échange entre les soignants et les résidents) diminue de façon importante de 2014 à 2015, le p-value est de 0,14.

Date	Levier 1	Levier 2	Levier 3	Levier 4	Levier 5	Levier 6	Levier 7	Levier 8
2014	53%	53%	47%	33%	33%	47%	53%	73%
2015	45%	64%	64%	55%	55%	73%	45%	45%

Date	Frein 1	Frein 2	Frein 3	Frein 4	Frein 5	Frein 6	Frein 7	Frein 8
2014	7%	20%	27%	93%	87%	80%	47%	20%
2015	18%	27%	27%	82%	91%	27%	0%	18%

Tableau 25 : pourcentage de réponses pour les IDEC avant et après la mise en place des mesures

E. La désignation d'une personne référente hygiène

59% de la population du groupe *EDCMS* ayant répondu au questionnaire en 2015 ont nommé une personne référente hygiène dans leur établissement. L'intervalle de confiance à 95% est compris entre [39-79].

DISCUSSION

I. Réponses à l'objectif principal de l'étude

A. Les Leviers du groupe *SES*

		groupe *SES*		IDE		AS		ASH	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
nombre de questionnaires reçus		243	175	41	31	91	81	27	21
ancienneté moyenne en année		6,2	7,2	4,7	4,6	6,9	6,9	5,2	10,1
Savoir que je me protège ainsi que les résidents des infections	L1	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**
Connaître de façon concrète l'impact d'une bonne hygiène des mains sur la santé des résidents et des soignants	L2							**>50%**	
Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement	L3			**>50%**	**>50%**				
Etre formé aux pratiques d'hygiène des mains	L4							**>50%**	
La répétition régulière des messages concernant l'utilisation des SHA	L5								
Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement	L6	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50% X**	**X -**		**>50%**
Réussir à intégrer les moments de FHA dans l'organisation de ma journée de travail	L7								
La motivation de l'ensemble de mon entourage professionnel à se frictionner les mains	L8							**X**	**>50% X+**
Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents pour l'utilisation des SHA	L9								
Considérer le geste d'hygiène des mains avec une SHA comme un geste de bientraitance pour les résidents	L10	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**		**>50%**	**>50%**	

	1er levier
	2ème levier
	3ème levier
	4ème levier
	5ème levier

X	différence significative entre 2014 et 2015
X-	diminution de réponses en 2015
X+	augmentation des réponses en 2015
>50 %	sélectionnée par plus de la moitié de la population

Tableau 26 : Synthèse des résultats concernant les leviers dans le groupe SES

1. La protection de chacun, soignants et résidents

Le levier 1 est celui qui a été sélectionné par la majorité des participants en 2014 et en 2015, cela montre que l'argument de protection est primordial pour promouvoir l'hygiène des mains. L'utilisation des SHA apporte une sensation de

sécurité pour les soignants. C'est une idée clé à mettre en avant pendant les formations. L'année de suivi montre une constance pour ce levier.

2. Un temps de contact supplémentaire entre les résidents et les soignants

L'EHPAD est un lieu de vie où les résidents passent en moyenne 3,8 ans. (15) Une relation particulière se crée entre les soignants et les résidents. Les gestes d'hygiène des mains sont des gestes de bienveillance entre les résidents et ils renforcent la relation entre résidents et soignants. Le temps de friction est un temps supplémentaire de soins, un soin doux et non invasif. Pour les aides-soignants, ce levier a augmenté pendant l'année de mise en place des mesures. Cela rajoute un intérêt supplémentaire à la réalisation des pratiques d'hygiène de mains.

3. La motivation de tous les intervenants de l'EHPAD

Ce geste est nécessaire pour tous les intervenants de l'établissement, quel que soit le poste. La motivation de l'ensemble du personnel est un levier pour les ASH : créer un élan de motivation dans l'établissement par l'encadrement suscite un effet d'entrainement pour l'ensemble du personnel de l'EHPAD. La force de l'exemple est ici illustrée.

B. Les freins du groupe *SES*

		groupe SES		IDE		AS		ASH	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
nombre de questionnaires reçus		243	175	41	31	91	81	27	21
ancienneté moyenne en année		6,2	7,2	4,7	4,6	6,9	6,9	5,2	10,1
La durée du temps de friction	F1				>50%				
La fréquence des frictions hydro-alcooliques dans une journée de travail	F2								
La faible disponibilité des SHA dans l'EHPAD	F3	X	X -						
Le manque de formation expliquant l'intérêt d'utilisation	F4								
La crainte d'avoir les mains sèches ou irritées	F5	>50%	>50%	>50% X	X -	>50%	>50%	>50%	>50%
Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux	F6								

	1er frein	X	différence significative entre 2014 et 2015
	2ème frein	X-	diminution de réponses en 2015
	3ème frein	>50 %	sélectionnée par plus de la moitié de la population

Tableau 27 : Synthèse des résultats concernant les freins dans le groupe *SES*

1. La crainte d'avoir les mains irritées ou sèches

Le frein principal est la crainte d'avoir les mains irritées ou sèches après l'utilisation des SHA. Ce frein a diminué de façon significative pour les IDE grâce à la campagne de formation réalisée par l'infirmière hygiéniste. Les résultats des questionnaires d'Avril 2014 ont permis d'adapter les formations avec des explications aux freins mis en avant. En effet, il est nécessaire de faire une friction de 30 secondes jusqu'à ce que la peau soit sèche pour permettre au produit d'exprimer son activité. Ce temps de friction permet aux excipients hydratants et émollients d'agir pour limiter la déshydratation de la peau.

On observe en 2015 une augmentation du frein 1 qui correspond à la durée du temps de friction, consécutivement à l'application des recommandations. La crainte d'avoir les mains sèches après l'utilisation des SHA est vraisemblablement due à une

mauvaise utilisation antérieure de produits. Le respect du protocole de friction, a concouru à améliorer l'observance et fait diminuer ce frein. 65.91% du personnel ont constaté une amélioration de la tolérance cutanée après un an d'accompagnement.

2. La durée et la fréquence des FHA

La durée et la fréquence des frictions ne peuvent pas diminuer, ce sont les exigences d'efficacité qui fixent ces paramètres. Il faut insister sur ce point en formation et préciser le gain de temps par rapport à l'utilisation du savon doux. Un lavage des mains au savon doux dure environ 1 minute et nécessite un point d'eau, des papiers essuie-main. Contrairement à l'utilisation du savon doux, la friction des mains dure 30 secondes et peut se faire au lit du résident.

Les indications des lavages des mains au savon doux restent essentielles quand justifiées. Pendant l'étude, des flacons de savon doux et des essuie-mains ont été disposés sur les chariots des AS et des IDE pour faciliter ce geste fréquent notamment en cas de mains souillées. En effet, avant l'étude, le personnel n'avait pas un accès facilité à un point d'eau avec du savon doux et du papier essuie-mains pour réaliser un lavage de mains.

3. Une large mise à disposition des SHA

Pour tout le groupe *SES*, la large mise à disposition des flacons de SHA à des endroits stratégiques dans l'établissement ont permis de faire baisser ce frein. Le personnel pouvait également utiliser les flacons poche. Les équipes ont eu la possibilité d'exprimer leur besoin en SHA pour l'utiliser autant de fois que nécessaire. La baisse significative de ce frein révèle qu'avant l'étude, les SHA n'étaient pas assez accessibles pour suivre les recommandations.

Le fait d'avoir sous la main et à disposition des flacons de SHA permet de systématiser et faciliter les gestes d'hygiène des mains dans les situations le nécessitant.

C. Les leviers du groupe *EDCMS*

		groupe *EDCMS*		Directeur		IDEC		MEDEC	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
nombre de questionnaires reçus		34	23	12	7	15	11	6	5
ancienneté moyenne en année		7,2	7,2	9,4	8,7	5,9	7,8	6,2	4,4
La désignation d'une personne référente hygiène dans l'établissement	L1		>50%		>50%	>50%			>50%
La mise à disposition d'outils de formation pour les différentes équipes	L2		>50%	>50%	>50%	>50%	>50%		
Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement	L3	>50%	>50%	>50%			>50%	>50%	>50%
Avoir une étude documentée sur l'intérêt de l'utilisation du SHA en EHPAD	L4						>50%	>50%	
Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents sur l'utilisation des SHA	L5						>50%		
Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement	L6	>50% X	>50% X+		>50%		>50%	>50%	>50%
L'implication des équipes dirigeantes dans l'utilisation des SHA	L7		>50%	>50%	>50%	>50%			>50%
Considérer la réalisation de la friction des mains par les résidents avec l'aide des soignants comme un temps d'échange et de communication entre les résidents et les soignants	L8	>50%		>50%		>50%		>50%	

	1er levier
	2ème levier
	3ème frein
	4ème levier

X	différence significative entre 2014 et 2015
X+	augmentation des réponses en 2015
>50 %	sélectionnée par plus de la moitié de la population

Tableau 28 : Synthèse des résultats concernant les leviers dans le groupe *EDCMS*

1. La désignation d'une personne référente-hygiène

L'un des leviers principaux dans ce groupe est la désignation d'une personne référente hygiène dans les EHPAD. Pendant l'étude, une infirmière hygiéniste a

réalisé des formations tous les 4 mois pour expliquer et insister sur les indications d'hygiène des mains, la méthode d'utilisation des SHA et du savon doux, et motiver chacun à réaliser ces gestes. Ce rôle pourra être dévolu à la personne référente hygiène. Ces formations sont nécessaires pour faire évoluer l'hygiène des mains dans chaque établissement. Le rôle de la personne référente hygiène sera aussi de relayer les recommandations données par les Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) en cas d'épidémies.

2. L'implication des équipes dirigeantes

Comme précédemment mis en avant pour les ASH, le levier 7 est un levier primordial dans le groupe *EDCMS*. Pour la mise en œuvre d'un projet d'établissement qui nécessite une implication de tous les intervenants, l'attitude des EDCMS est observée par le personnel, il est primordial qu'ils montrent la voie pour dynamiser le projet et éviter un essoufflement.

3. La confrontation à une épidémie

Lors d'une épidémie dans un établissement, les règles d'hygiène sont strictes mais difficiles à respecter notamment vis-à-vis de la circulation des personnes âgées ayant une démence. Les équipes rencontrées, ayant déjà subi une épidémie, connaissent les mesures à suivre pour éviter ou limiter un nouvel épisode, et notamment le respect des règles d'hygiène des mains. Cela explique que la valeur du levier est constante en 2014 et 2015.

4. La mise à disposition des SHA

Les *EDCMS* ont pu observer pendant un an l'évolution des pratiques du personnel. Pour accepter de rendre visible les flacons de SHA et les disposer aux endroits stratégiques, les *EDCMS* avaient besoin de preuve de l'utilité de cette mesure. Cette étude a permis de montrer l'importance de cette mesure pour promouvoir l'hygiène des mains. Pour le personnel qui compose le groupe *EDCMS*, c'est un levier après un an de mise en place des mesures et l'observation des équipes. Pour le groupe *SES*, la faible mise à disposition des SHA était un frein au début de l'étude.

D. Les freins du groupe *EDCMS*

		groupe *EDCMS*		Directeur		IDEC		MEDEC	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
nombre de questionnaires reçus		34	23	12	7	15	11	6	5
ancienneté moyenne en année		7,2	7,2	9,4	8,7	5,9	7,8	6,2	4,4
Une communication (affichages, messages) de l'hygiène des mains trop présente, trop sanitaire au sein de l'EHPAD qui est avant tout un lieu de vie	F1								
Lorsqu'il y a un manque de personnel en EHPAD	F2								
Le temps insuffisant de formation du personnel aux techniques d'hygiène des mains	F3								
Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur effet irritant sur les mains leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux	F4	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**
Réussir à sensibiliser tous les intervenants extérieurs à l'hygiène des mains et à l'utilisation des SHA lors de leur passage dans l'EHPAD	F5	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**	**>50%**
L'organisation du lavage des mains avec les SHA de tous les résidents avant le repas	F6	**>50%**		**>50%**	**>50%**	**>50% X**	**X-**	**>50%**	**>50%**
Subir une réaction négative de la part des familles et des résidents concernant l'utilisation des SHA	F7					**X**	**X-**		
Le coût des SHA	F8								

	1er levier
	2ème levier
	3ème frein
	4ème levier

X	différence significative entre 2014 et 2015
X-	diminution de réponses en 2015
>50 %	sélectionnée par plus de la moitié de la population

Tableau 29 : Synthèse des résultats concernant les freins dans le groupe EDCMS

1. Des idées reçues

L'une des mesures principales est de répondre aux idées reçues à l'utilisation des SHA. On peut observer qu'après un an de mise en place des mesures ce frein

n'est plus le principal. Le personnel a été sensible aux réponses apportées à ces freins et, selon les *EDCMS*, le frein a diminué.

2. La sensibilisation des intervenants extérieurs

Les intervenants sont nombreux en EHPAD et difficiles à sensibiliser à l'importance de l'hygiène de mains pour diminuer le risque infectieux. C'est un frein majeur selon les IDEC, MEDEC et directeurs, qui a évolué pendant l'étude. En effet c'est le frein principal en 2015. Durant l'étude, le risque provenant des intervenants extérieurs a été intégré par le personnel des *EDCMS*. Pour diminuer ce risque, il serait intéressant de proposer des formations destinées aux intervenants extérieurs pour insister sur l'importance des gestes. L'observance sera meilleure si, comme pour les salariés de l'établissement, les intervenants ont un accès facilité aux SHA pour réaliser une FHA quand cela est nécessaire.

3. Implication des familles et des résidents à la réalisation des gestes d'hygiène des mains

La crainte des *EDCMS* en début d'étude était de subir une réaction négative des familles et des résidents suite à la mise en place des mesures, En effet, pour les familles, un EHPAD est différent d'un hôpital, c'est un lieu de vie où la prise en charge médicale doit être la plus discrète possible. L'étude a permis d'observer les réactions qui ont été favorables et d'apprécier leurs implications positives. Cela explique que l'organisation du lavage des mains des résidents avant le repas n'est plus un frein en 2015. Ce geste nécessite une organisation qui a été mise en place au fur et mesure de l'année grâce aux pistes données en début d'étude. Une réalisation intégrée au déroulement de la journée en EHPAD et l'adhésion des résidents à ce geste a permis de diminuer ce frein de façon importante. Les résidents étaient même demandeurs, les résidents autonomes pouvaient réaliser eux-mêmes le geste, et les résidents dépendants étaient accompagnés.

II. Critique de l'étude

A. Validité et possibilité d'utilisation des résultats dans d'autres EHPAD

	population de l'étude	EHPAD en France
capacité moyenne	89 résidents	83 résidents
taux d'occupation	97%	95%
GIR moyen pondéré	697	717
taux d'encadrement	0,56	0,59

Tableau 30 : Comparaison des 14 EHPAD de l'étude avec les EHPAD français

La comparaison est faite avec les données de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie qui a fait un descriptif des EHPAD français en 2013 et les données de l'observatoire des EHPAD réalisé par l'institut KPMG en 2014. (6)(15)

Les 14 établissements dans lesquels s'est déroulée l'étude, ont été tirés au sort pour être désignés EHPAD intervention. On peut observer que notre population est similaire à la population globale des EHPAD en France. Cela apporte de la puissance à cette étude et représente un argument important pour proposer nos conclusions à d'autres EHPAD.

B. Comparaison avec des études similaires

L'une des motivations à la réalisation de cette étude est l'intérêt de connaître les freins et leviers à l'utilisation des SHA en EHPAD. Comme déjà dit précédemment, le fonctionnement d'un EHPAD est différent en de nombreux points de celui d'un hôpital. Or il y a très peu d'étude concernant la promotion de l'hygiène des mains réalisée en EHPAD. Les études ont essentiellement lieu en milieu hospitalier et mesure l'observance après la mise en place d'un protocole.

Une étude a été réalisée de 1994 à 1997 dans un hôpital de Genève sur l'évolution de l'observance à l'hygiène des mains suite à la mise en place d'une campagne de promotion. L'observance augmente de 48% en 1994 à 66% en 1997. La campagne a été efficace.(16)

Malgré cela, il sera difficile d'utiliser cette étude pour améliorer l'hygiène des mains en EHPAD à cause des différences entre les deux milieux.

C. Points forts

1. Nombreux questionnaires dans le groupe *SES*

Nous avons reçu de nombreux questionnaires dans le groupe *SES* en 2014 et en 2015. Pour rappel, nous avons récupéré 243 questionnaires en 2014 et 175 en 2015, soit une moyenne de 18 questionnaires par établissement en 2014 et 16 en 2015. Le grand nombre de réponses apporte de la valeur aux résultats de l'étude. Les questionnaires ont permis à une grande majorité des équipes de donner leur avis sur l'application des règles d'hygiène des mains.

2. Population variée dans le groupe *SES*

L'une des caractéristiques principale d'un EHPAD est la diversité du personnel paramédical. Le risque infectieux peut être véhiculé par chaque intervenant. Pour adapter également les gestes d'hygiène des mains à chaque poste et augmenter l'observance à l'utilisation des SHA, il était nécessaire de connaître les freins et les leviers à une politique d'hygiène des mains de l'intégralité du personnel dans l'établissement fréquenté. Les résultats représentent l'avis de la population globale des EHPAD.

3. Un résultat statistiquement significatif exprimé par l'intégralité du personnel

On peut remarquer qu'une mise à disposition large des SHA dans l'établissement est un levier qui a été mis en avant dans les 2 groupes. Les participants ont mis en évidence cette proposition de différentes façons. C'est pour 45% des salariés le levier principal de l'étude, ils l'ont montré par l'intermédiaire de la question ouverte. C'est un frein dans le groupe *SES* (faible mise à disposition des SHA dans l'EHPAD) en 2014 et un levier (mise à disposition large des SHA) en 2015 dans le groupe *EDCMS* qui ont évolué de façon statistiquement significative. Les participants à l'étude ont profité de chacune des possibilités proposées pour mettre en avant ce fait. L'association de questions ouvertes et fermées a donné une liberté plus importante aux équipes pour s'exprimer.

D. Les biais

1. Les perdus de vues

L'étude a duré un an. L'une des limites de cette étude est le turn-over du personnel en EHPAD. Une étude réalisée en France en 2008 a montré que le personnel infirmier en EHPAD avait un turn-over de 52.5% et le personnel aide-soignant un turn-over de 48.3%. (17) Nos questionnaires étant anonymes, nous ne pouvons pas vérifier exactement ce fait, mais il faut en tenir compte lors de la lecture des résultats.

Malgré les rappels par téléphone ou par mail pour récupérer les questionnaires remplis en 2014 et en 2015, le personnel de certains établissements n'a pas répondu aux questionnaires.

2. Différence de composition des groupes entre 2014 et 2015

L'étude de l'ancienneté des participants dans les deux groupes montre que la population qui a répondu aux questionnaires n'est pas identique. En effet, les anciennetés sont différentes pour les mêmes postes, par exemple pour les ASH, l'ancienneté est de 5,2 ans en 2014 et 10,1 ans en 2015. Il est néanmoins important de noter que l'ancienneté en 2014 et en 2015 est comparable de façon générale dans les 2 groupes.

3. Peu de résultats dans le groupe *EDCMS*

Il y a peu de questionnaires pour le groupe *EDCMS*, C'est une limite à l'interprétation des résultats connue depuis le début de l'étude car il n'y a qu'un IDEC, MEDEC et directeur par établissement. On peut quand même noter que la participation des MEDEC a été faible par rapport à la participation attendue, ce qui n'a pas permis d'interpréter les résultats les concernant.

4. Les biais liés à l'utilisation d'un questionnaire

Répondre à un questionnaire implique une interprétation des propositions par la personne qui y répond, cela apporte un caractère subjectif aux réponses.

En effet, la tendance à rechercher la réponse attendue à travers les réponses proposées est inhérente à ce type de questionnaire.

Le travail de rédaction des questionnaires associé à la réalisation du pré-test ont été réalisés dans le but de limiter au mieux ces biais.

5. Biais de confusion

L'absence de groupe contrôle ne permet pas d'éliminer un biais de confusion. En effet, les freins et leviers ont évolués pendant l'année de suivi mais cela peut être la conséquence de faits différents des mesures mises en place.

III. L'impact global des mesures participatives

A. L'étude concernant les 27 établissements

1. Description de l'étude

Le but de cette étude était de montrer l'impact des mesures participatives liées à l'hygiène des mains sur le nombre d'infections respiratoires aigües et de gastro-entérites aigues dans le cas d'épisodes de cas groupés. L'un des objectifs secondaires était de montrer la diminution des décès.

L'étude a été réalisée dans 27 établissements, 13 formaient le groupe intervention, 13 autres formaient le groupe témoin et un établissement-pilote. Les 2 groupes étaient similaires avant l'intervention.

Cette étude est réalisée par l'Institut du Bien Vieillir, dans les EHPAD du groupe KORIAN, en collaboration avec les Laboratoires Anios et le Centre National des Arts et Métiers.

2. Résultats de cette étude

On a pu observer une différence significative de consommation de SHA, Le volume de SHA consommé est plus important dans le groupe intervention.

L'adhésion aux gestes d'hygiène des mains est également plus importante dans le groupe intervention. Au cours du trimestre de janvier à mars 2015 la mortalité dans le groupe intervention était inférieure de plus de 30% à celle du groupe témoin (2,45/100 résidents par mois dans le groupe intervention contre 3,64/100 résidents par mois dans le groupe témoin). Le nombre d'hospitalisations est identique dans les

2 groupes. La prescription d'antibiotiques est plus importante dans le groupe témoin. (18)

L'un des leviers principaux dans le groupe *SES* est la connaissance de l'impact d'une bonne hygiène des mains sur l'état de santé des résidents. Cette étude permettra de répondre à ce levier de façon concrète.

B. Le protocole à déployer suite à la mise en commun des résultats des 2 études

Après un an d'étude, nous avons réalisé un travail de réflexion avec les MEDEC, les IDEC et les directeurs des EHPAD-interventions afin de mettre en place un protocole pour améliorer l'hygiène des mains dans les EHPAD en tenant compte des freins et leviers à l'utilisation des SHA des équipes *SES*. Les résultats significatifs ont facilité la création d'un protocole adapté aux freins et leviers ainsi qu'aux besoins que les équipes ont exprimés.

Ce protocole d'amélioration de l'hygiène des mains comprend les mesures suivantes :

- des sessions de formation avec un diaporama reprenant les différentes recommandations, des réponses aux idées reçues, un quizz et l'utilisation du caisson pédagogique. Cela permettra d'insister sur la méthode et la durée de friction.
- un outil de mesure de consommation des SHA. Cela est basé sur le calcul du nombre de friction par jour par résident.
- un déploiement des outils (affiches informatives, supports mobiles de flacons, caisson pédagogique). Le caisson pédagogique est une aide importante pour expliquer la méthode de friction
- une communication avec les familles pour permettre leur adhésion au projet, ce qui est un levier important pour les IDEC, MEDEC et directeurs.
- une mise à disposition large des SHA sur les chariots de soins, dans les salles de soins, à l'entrée des salles de restaurants et des salles d'activités, devant les ascenseurs, dans les zones de circulation et à

l'entrée de l'établissement intégrant les différents formats de flacons disponibles. Cette disponibilité et diversité des flacons sont des éléments importants de la politique d'hygiène des mains.

- une mise à disposition des flacons de savon doux et des essuie-mains sur les chariots de soins pour faciliter l'observance des recommandations qui implique un lavage au savon doux après tout geste salissant ou lorsqu'un résident est porteur de Clostridium difficile ou du parasite de la gale (il faudra associer dans ces 2 cas une FHA). Il n'y aura pas de SHA dans les WC, car un lavage des mains est nécessaire à ce moment-là.
- des réunions régulières avec le personnel et les différents intervenants, notamment les intervenants extérieurs organisées par la personne référente hygiène de l'établissement.

Lors de cette réunion, des recommandations adaptées au milieu de l'EHPAD ont également été développées en fonction du risque d'épidémie.(19)

CONCLUSION

Cette étude a permis de connaître les freins et les leviers à l'hygiène des mains en EHPAD. Les leviers principaux sont une mise à disposition raisonnée des SHA, un effet d'entrainement de l'ensemble du personnel, une intégration de la FHA comme un geste de bienveillance pour les résidents et une adhésion à ces gestes par les résidents et leur famille. Les freins principaux sont les idées reçues à l'utilisation des SHA tel que la crainte d'avoir les mains irritées après la FHA, la durée et la fréquence des gestes d'hygiène des mains et la sensibilisation des intervenants extérieurs à l'EHPAD. Suite à la mise en place des mesures, les freins et les leviers ont évolué. Leurs connaissances permettront d'améliorer l'observance d'hygiène des mains dans les établissements.

L'étude des freins et leviers pour l'application des règles d'hygiène des mains en médecine de ville pourrait nous éclairer sur la faible observance annoncée et observée.(20)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bulletin Officiel n°2001-52 [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-52/a0523484.htm

2. rr5116.pdf [Internet]. [cité 25 oct 2015]. Disponible sur: http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf

3. Safety WP, Organization WH, others. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. 2010 [cité 25 oct 2015]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/handle/10665/70469

4. SF2H_recommandations_hygiene-des-mains-2009.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_recommandations_hygiene-des-mains-2009.pdf

5. hand-hygiene_why-when-how_french.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/hand-hygiene_why-when-how_french.pdf?ua=1

6. 79559soins_en_ehpad_en_2013.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur: http://www.uriopss-pacac.asso.fr/resources/trco/pdfs/2014/J_octobre_2014/79559soins_en_ehpad_en_2013.pdf

7. Bouchon J-P. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? 1984;(34):888-92.

8. Chami K, Gavazzi G, Piette F, de Wazières B, Lejeune B, Rothan-Tondeur M. COL5-05 Enquête PRIAM : prévalence nationale des infections en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Médecine Mal Infect [Internet]. juin 2009 [cité 23 nov 2015];39:S9. Disponible sur: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0399077X09742854

9. Cochard H, Aubier B, Quentin R, van der Mee-Marquet N, Réseau des Hygiénistes du Centre. Extended-spectrum β-lactamase-producing Enterobacteriaceae in French nursing homes: an association between high carriage rate among residents, environmental contamination, poor conformity with good

hygiene practice, and putative resident-to-resident transmission. Infect Control Hosp Epidemiol. avr 2014;35(4):384-9.

10. rapport_infections_ehpad.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/content/download/21829/128110/version/1/file/rapport_infections_ehpad.pdf

11. Rapport_EPIPA.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/EHPAD/EHPAD_prevalence/Rapport_EPIPA.pdf

12. ehpad-2.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf

13. rapport_vcourte.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf

14. SF2H-ORIG_prevention-des-infections-dans-les-ehpad-2009.pdf [Internet]. [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H-ORIG_prevention-des-infections-dans-les-ehpad-2009.pdf

15. Observatoire-EHPAD-2014.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf

16. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet Lond Engl. 14 oct 2000;356(9238):1307-12.

17. Martin Cc, Ramos-Gorand Mm. Analyse Du Turnover Du Personnel Soignant En EHPAD En France: Disparitts Territoriales Et Compensation Salariale (Analysis of Staff Turnover in Nursing Homes in France: Spatial Disparities and Wage Compensation). SSRN Electron J [Internet]. 2015 [cité 1 déc 2015]; Disponible sur: http://www.ssrn.com/abstract=2594302

18. Résumé-étude-Korian-V3-2.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2015]. Disponible sur: http://www.institutdubienvieillirkorian.org/wp-content/uploads/2015/11/Re%CC%81sume%CC%81-e%CC%81tude-Korian-V3-2.pdf

19. CONF-DE-PRESSE-HYGIENE-DES-MAINS-VF.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: http://www.institutdubienvieillirkorian.org/wp-

content/uploads/2015/11/CONF-DE-PRESSE-HYGIENE-DES-MAINS-VF.pdf

20. BONAZZI F. L'hygiène au cabinet médical des médecins généralistes (observation de 30 médecins de l'agglomération grenobloise). 2005.

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire *EDCMS* proposé en avril 2014 – début d'étude (envoyé par email)

Poste occupé dans l'EHPAD : ..... Nombre d'années travaillées en EHPAD.....

Questionnaire à choix multiples

(Cochez jusqu'à 4 réponses par question)

Qu'est-ce qui me permettrait de faire évoluer favorablement les pratiques d'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques (SHA) en EHPAD ?

1) La désignation d'une personne référente hygiène dans l'établissement .....☐
2) La mise à disposition d'outils de formation pour les différentes équipes .....☐
3) Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement.....☐
4) Avoir une étude documentée sur l'intérêt de l'utilisation du SHA en EHPAD .....☐
5) Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents sur l'utilisation des SHA .....☐
6) Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement .....☐
7) L'implication des équipes dirigeantes dans l'utilisation des SHA.....☐
8) Considérer la réalisation de la friction des mains par les résidents avec l'aide des soignants comme un temps d'échange et de communication entre les résidents et les soignants.....☐

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles: .....
.....

Qu'est-ce qui, selon moi, est contraignant dans l'utilisation des SHA en EHPAD ?

1) Une communication (affichages, messages) de l'hygiène des mains trop présente, trop sanitaire au sein de l'EHPAD qui est avant tout un lieu de vie .....☐
2) Lorsqu'il y a un manque de personnel en EHPAD .....☐
3) Le temps insuffisant de formation du personnel aux techniques d'hygiène des mains ☐
4) Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur effet irritant sur les mains, leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux .....☐
5) Réussir à sensibiliser tous les intervenants extérieurs à l'hygiène des mains et à l'utilisation des SHA lors de leur passage dans l'EHPAD.....☐
6) L'organisation du lavage des mains avec les SHA de tous les résidents avant le repas.☐
7) Subir une réaction négative de la part des familles et des résidents concernant l'utilisation des SHA .....☐
8) Le coût des SHA.....☐

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles: .....
.....

Annexe 2 : questionnaire *EDCMS* proposé en avril 2015 – fin d'étude (envoyé par email)

Poste occupé dans l'EHPAD : ..... Nombre d'années travaillées en EHPAD.....

Questionnaire à choix multiples

(Cochez jusqu'à 4 réponses par question)

Qu'est-ce qui me permettrait de faire évoluer favorablement les pratiques d'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques (SHA) en EHPAD ?

1) La désignation d'une personne référente hygiène dans l'établissement .....□
2) La mise à disposition d'outils de formation pour les différentes équipes .....□
3) Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement.....□
4) Avoir une étude documentée sur l'intérêt de l'utilisation du SHA en EHPAD .....□
5) Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents sur l'utilisation des SHA .....□
6) Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement .....□
7) L'implication des équipes dirigeantes dans l'utilisation des SHA.....□
8) Considérer la réalisation de la friction des mains par les résidents avec l'aide des soignants comme un temps d'échange et de communication entre les résidents et les soignants.....□

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles: .....
.....

Qu'est-ce qui, selon moi, est contraignant dans l'utilisation des SHA en EHPAD ?

1) Une communication (affichages, messages) de l'hygiène des mains trop présente, trop sanitaire au sein de l'EHPAD qui est avant tout un lieu de vie .....□
2) Lorsqu'il y a un manque de personnel en EHPAD .....□
3) Le temps insuffisant de formation du personnel aux techniques d'hygiène des mains□
4) Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur effet irritant sur les mains, leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux .....□
5) Réussir à sensibiliser tous les intervenants extérieurs à l'hygiène des mains et à l'utilisation des SHA lors de leur passage dans l'EHPAD.....□
6) L'organisation du lavage des mains avec les SHA de tous les résidents avant le repas.□
7) Subir une réaction négative de la part des familles et des résidents concernant l'utilisation des SHA .....□
8) Le coût des SHA.....□

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles: .....
.....

Un an après le début de l'étude, selon vous, quelle action mise en place est la plus importante pour promouvoir l'hygiène des mains dans l'EHPAD ? .....
.....

Avez-vous nommé une personne référente-hygiène ?.....**OUI NON**

Annexe 3 : questionnaire *SES* proposé en avril 2014 – début d'étude (version papier)

Poste occupé dans l'EHPAD : ..... Nombres d'années travaillées en EHPAD.....

Questionnaire à choix multiples

Qu'est-ce qui me permettrait de faire évoluer favorablement mes pratiques d'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques (SHA)? ***5 réponses possibles***

1) Savoir que je me protège ainsi que les résidents des infections ..... ☐
2) Connaitre de façon concrète l'impact d'une bonne hygiène des mains sur la santé des résidents et des soignants ..... ☐
3) Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement ..... ☐
4) Etre formé aux pratiques d'hygiène des mains..... ☐
5) La répétition régulière des messages concernant l'utilisation des SHA ..... ☐
6) Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement ..... ☐
7) Réussir à intégrer les moments de FHA dans l'organisation de ma journée de travail ..... ☐
8) La motivation de l'ensemble de mon entourage professionnel à se frictionner les mains.. ☐
9) Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents pour l'utilisation des SHA..... ☐
10) Considérer le geste d'hygiène des mains avec une SHA comme un geste de bientraitance pour les résidents ..... ☐

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles :.....

.....

Qu'est-ce qui est selon moi contraignant dans l'utilisation des SHA ? ***3 réponses possibles***

1) La durée du temps de friction ..... ☐
2) La fréquence des frictions hydro-alcooliques dans une journée de travail ..... ☐
3) La faible disponibilité des SHA dans l'EHPAD..... ☐
4) Le manque de formation expliquant l'intérêt d'utilisation..... ☐
5) La crainte d'avoir les mains sèches ou irritées..... ☐
6) Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux..... ☐

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles : .....

.....

Annexe 4 : questionnaire *SES* proposé en avril 2015 – fin d'étude (version papier)

Poste occupé dans l'EHPAD : ..... **Nombres d'années travaillées en EHPAD :** .....

Questionnaire à choix multiples

Qu'est-ce qui me permettrait de faire évoluer favorablement mes pratiques d'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques (SHA)? ***5 réponses possibles***

1) Savoir que je me protège ainsi que les résidents des infections ..... □
2) Connaitre de façon concrète l'impact d'une bonne hygiène des mains sur la santé des résidents et des soignants ..... □
3) Avoir déjà été confronté à la gestion d'une épidémie dans l'établissement ..... □
4) Etre formé aux pratiques d'hygiène des mains ..... □
5) La répétition régulière des messages concernant l'utilisation des SHA ..... □
6) Une importante mise à disposition des flacons de SHA dans l'établissement ..... □
7) Réussir à intégrer les moments de FHA dans l'organisation de ma journée de travail ..... □
8) La motivation de l'ensemble de mon entourage professionnel à se frictionner les mains .. □
9) Recueillir une réaction positive de la part des familles et des résidents pour l'utilisation des SHA ..... □
10) Considérer le geste d'hygiène des mains avec une SHA comme un geste de bientraitance pour les résidents ..... □

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles : .....
.....

Qu'est-ce qui est selon moi contraignant dans l'utilisation des SHA ? ***3 réponses possibles***

1) La durée du temps de friction ..... □
2) La fréquence des frictions hydro-alcooliques dans une journée de travail ..... □
3) La faible disponibilité des SHA dans l'EHPAD ..... □
4) Le manque de formation expliquant l'intérêt d'utilisation ..... □
5) La crainte d'avoir les mains sèches ou irritées ..... □
6) Des idées reçues très présentes sur les SHA telles que leur plus faible efficacité qu'un lavage des mains avec un savon doux ..... □

Avez-vous d'autres propositions ? Si oui, lesquelles : .....
.....

Un an après le début de l'étude, selon vous, quelle action/mesure mise en place est la plus importante pour promouvoir l'hygiène des mains dans l'EHPAD ? .....
.....

Considérez-vous, qu'après 1 an d'accompagnement sur l'hygiène des mains, vous constatez une meilleure tolérance cutanée lors de l'utilisation des SHA?

1) OUI ..... □
2) NON, Pourquoi ? ..... □

Annexe 5 : poster mural d'entrée

Annexe 6 : totem sur pied

Annexe 7 : affichage à mettre sur le tableau de soins

Annexe 8 : flacon SHA 300ml

Annexe 9 : flacon poche 75ml

Annexe 10 : caisson pédagogique

Annexe 11 : Module de Formation

SOMMAIRE

- INTRODUCTION
- LE RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD
- RECOMMANDATIONS ET PRÉ-REQUIS
- DÉSINFECTION DES MAINS PAR FRICTION AVEC GEL HYDROALCOOLIQUE
- LAVAGE SIMPLE DES MAINS
- L'USAGE DES GANTS
- L'HYGIÈNE DES MAINS DES RÉSIDENTS DES INTERVENANTS ET VISITEURS
- CONCLUSION

INTRODUCTION

EHPAD

Lieu d'hébergement
Exposé au développement du risque infectieux

Le risque infectieux en EHPAD a des conséquences multiples

Sur la Santé des résidents

Sur la Santé publique :
gestion des épisodes épidémiques

Sur la Santé et la sécurité des personnels, intervenants extérieurs et visiteurs

UN CONSTAT

Selon différentes études, 20% à 50% des infections peuvent être évitées grâce à une bonne hygiène des mains.

CONCLUSION

Pour maitriser la propagation des infections des moyens simples et efficaces existent

L'application des règles d'hygiène permet la protection de tous *(personnel, résidents, intervenants extérieurs et famille)*

LE RISQUE INFECTIEUX EN EPHAD

Les personnes âgées sont plus sensibles aux infections

du fait de la diminution de leurs défenses immunitaires, de maladies chroniques associées, qui constituent des facteurs favorisants*

Le risque infectieux en établissement d'hébergement est renforcé...

Par la vie en collectivité qui facilite la propagation des infections
Par la multiplicité des intervenants (professionnels, animateurs, associations, familles et visiteurs) qui peuvent transmettre des infections «banales»(grippe, gastro-entérites) mais aussi à bactéries résistantes aux antibiotiques...
Par la réalisation de soins : les soignants, le matériel de soin, l'environnement peuvent être les vecteurs d'infections si les mesures d'hygiène et de prévention ne sont pas respectées.

*une étude réalisée par l'Observatoire sur le risque infectieux en gériatrie (ORIG) sur 2140 résidents a montré que 13 % d'entre eux étaient infectés

HYGIÈNE DES MAINS

RECOMMANDATIONS

- ZÉRO BIJOU
- ONGLES COURTS
- ONGLES SANS VERNIS NI FAUX ONGLES
- MANCHES COURTES *habits et blouse*

HYGIÈNE DES MAINS

Friction – Lavage

DÉSINFECTION PAR FRICTION

GEL DÉSINFECTANT HYDROALCOOLIQUE

OBJECTIF PRÉVENIR LA TRANSMISSION MANUPORTÉE ET ÉLIMINER LA FLORE TRANSITOIRE

Quand ?

- Sur mains visuellement propres, sèches et non lésées
- Avant et après tout acte de soins, entre deux actes ou soins au même résident
- Entre deux résidents lors de soins en série
- Avant et après interruption d'actes ou soin (pause, téléphone…)
- Avant d'enfiler et après le retrait des gants de soin

Pourquoi ?

- Détruire les micro-organismes de la flore transitoire présents sur les mains
- Éviter la propagation des germes transportés par vos mains (contamination manuportée)

En cas d'épidémie
Avant et après tout contact avec le résident et son environnement

En présence de Bactérie Multi Résistante
la friction hydroalcoolique est efficace et suffisante

En cas de suspicion de Gale ou de période épidémique à Clostridium difficile
La friction seule n'est pas suffisante : Il est nécessaire de procéder au lavage+friction à la sortie de la chambre

DÉSINFECTION PAR FRICTION
GEL DÉSINFECTANT HYDROALCOOLIQUE
Comment ?
Prendre 3 ml minimum (1 creux de main) de produit hydroalcoolique
Frictionner pendant 30 secondes minimum selon la technique suivante...
1
Paume contre paume
2
Paume sur dos de la main + entre les doigts
3
Doigts entrelacés + entre les doigts
4
4 Paume / doigts + Doigts en crochets
5
Au bout des doigts + ongles
6
Autour des pouces
7
Autour des poignets
30 sec.
Frotter 30 secondes minimum et jusqu'à séchage complet (peau lisse et douce)

PRIVILÉGIER LA FRICTION HYDROALCOOLIQUE AUTANT QUE POSSIBLE
ÉVALUATION MICROBIOLOGIQUE
LAVAGE AU SAVON DOUX
FRICTION AVEC PHA
(APRÈS 30 SECONDES)
AVANT
APRÈS
AVANT
APRÈS

ET OUBLIER LES IDÉES REÇUES

FAUX — L'ALCOOL CONTENU DANS LES PRODUITS HYDROALCOOLIQUES ASSÈCHE MES MAINS

NON : si la friction est correctement réalisée jusqu'à ce que la peau soit sèche, douce et lisse, les agents dermoprotecteurs contenus dans le gel auront eu le temps d'agir.
La glycérine présente dans les PHA est un excellent agent hydratant

L'ALCOOL ME PIQUE LES MAINS

OUI lors de la première friction de la journée, et seulement si les mains sont écorchées. L'agent « adoucissant » contenu dans le gel agira favorablement

FAUX — MES MAINS SONT IRRITÉES À CAUSE DU PRODUIT HYDROALCOOLIQUE

NON Les mains sont irritées lorsque le lavage à l'eau et au savon est mal pratiqué :
une mauvaise technique (trop de savon, mauvais rinçage, séchage insuffisant) est souvent à l'origine des irritations cutanées.

FAUX — JE PRÉFÈRE LE SAVON C'EST PLUS DOUX , ET C'EST AUSSI EFFICACE

NON La plupart des savons contiennent des agents lavants, qui détergent l'épiderme (notamment en période de froid). De plus, le lavage des mains au savon est moins efficace

ACTIVITÉ PÉDAGOGIQUE

Une infirmière et une aide-soignante aident un patient dépendant, porteur de gale, à se vêtir ; elles portent des gants.

A la fin du soin, après avoir jeté les gants, elles réalisent une friction des mains (FHA).

ADAPTÉ — NON ADAPTÉ

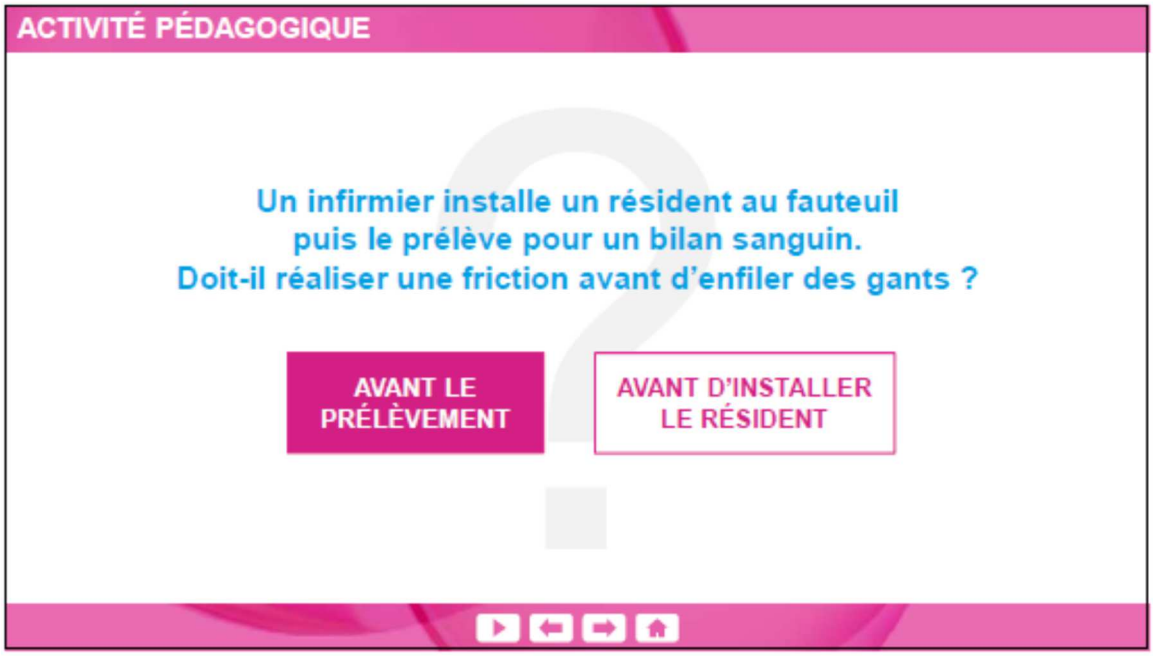
ACTIVITÉ PÉDAGOGIQUE
Une infirmière réalise
une friction hydroalcoolique des mains
et pose un cathéter sécurisé
sous-cutané.
ADAPTÉ
NON ADAPTÉ

LAVAGE SIMPLE DES MAINS
SAVON DOUX
OBJECTIF
PRÉVENIR LA TRANSMISSION MANUPORTÉE
ÉLIMINER LA FLORE TRANSITOIRE
Il faut prioriser la friction
avec un produit hydroalcoolique
Cependant certaines situations
nécessitent un lavage au savon doux
Quand?
Après tout geste salissant
À la prise et à la fin du service
Après être allé aux toilettes...
Si le résident est porteur de Clostridium difficile, du parasite de la gale
- Le lavage seule ne suffit pas
- Procéder au lavage + friction avec SHA à la sortie de la chambre
Pourquoi?
Pour éliminer les souillures et réduire le nombre de bactéries constituant la flore transitoire des mains et éviter toute contamination.
Rendre les mains visiblement propres.

LAVAGE SIMPLE DES MAINS
SAVON DOUX
Comment ?
Avec savon doux
1
Se mouiller les mains
2
Déposer une dose dans le creux de la main
(soit 1 pression de pompe)
3
Savonner pendant au moins 30 sec. sans oublier le bout des doigts, les espaces interdigitaux et le haut des poignets
4
Rincer abondamment à l'eau de réseau
5
Sécher par tamponnement à l'aide d'essuie-mains à usage unique
6
Si nécessaire fermer le robinet sans le toucher, à l'aide d'un autre essuie-mains à usage unique

FOCUS PORT DES GANTS
Le port de gants est indispensable en cas de soin à un résident
ou en cas de manipulation de liquides biologiques.
Une friction hydroalcoolique est nécessaire avant et après l'utilisation de gants
UNE PAIRE DE GANTS
UN SOIN
UN RESIDENT
SOINS TERMINES
GANTS JETES
MAINS DESINFECTEES
LE PORT DE GANT N'EXCLUT PAS L'HYGIENE DES MAINS
L'HYGIENE DES MAINS N'EXCLUT PAS LE PORT DE GANTS

ACTIVITÉ PÉDAGOGIQUE
Une aide-soignante fait une friction des mains (FHA)
puis enfile des gants pour changer
la protection d'un résident.
ADAPTÉ
NON ADAPTÉ


ACTIVITÉ PÉDAGOGIQUE
Un infirmier installe un résident au fauteuil
puis le prélève pour un bilan sanguin.
Doit-il réaliser une friction avant d'enfiler des gants ?
AVANT LE PRÉLÈVEMENT
AVANT D'INSTALLER LE RÉSIDENT

HYGIÈNE DES MAINS DES RÉSIDENTS

Pourquoi ?

- Pour prévenir les infections dans l'établissement
- Pour qu'ils se protègent de tout risque de contamination entre eux

Quand ?

- **Le résident doit procéder au lavage des mains**
  - Lors de sa toilette
  - Lorsque ses mains sont visuellement sales
  - Après qu'il soit allé aux toilettes
- **Le résident doit procéder à la friction des mains**
  - Avant et après l'accès à la salle de restauration, l'atelier cuisine, la salle d'activités collectives…
- **Si le résident est porteur de Clostridium difficile, gale…**
  - Il doit procéder au lavage + friction avec SHA à la sortie de la chambre

LES RÉSIDENTS SONT ÉGALEMENT CONCERNÉS

Il est donc primordial que vous les sensibilisiez à l'importance d'une bonne hygiène des mains

- En **sollicitant** les résidents autonomes à l'hygiène des mains
- En **accompagnant** les résidents les plus dépendants dans l'acte d'hygiène des mains

HYGIÈNE DES MAINS DES VISITEURS ET INTERVENANTS

Qui ?

- Les familles, intervenants non soignants *(coiffeurs, esthéticiennes, animateurs….)*
- Les intervenants soignants *(Kinésithérapeutes, Médecins, pédicures, etc.)*

Quand?

- **Les intervenants non soignants et visiteurs**
  - Procéderont à la friction avec un produit hydroalcoolique
  - En entrant et en sortant de l'Établissement
- **Les intervenants soignants procéderont à la friction avec un produit hydroalcoolique**
  - Entre chaque résident
- **Lorsque les mains sont visuellement souillées, après être allé aux toilettes etc…**
  - Tous procéderont au lavage des mains
- **Si le résident est porteur de Clostridium difficile, gale, …**
  - Tous procéderont au lavage + friction avec SHA à la sortie de la chambre

LES PERSONNES EXTÉRIEURES SONT ÉGALEMENT CONCERNÉES

Qu'elles soient soignantes ou non…

Il est donc primordial de les sensibiliser à l'importance d'une bonne hygiène des mains

ACTIVITÉ PÉDAGOGIQUE
Un kinésithérapeute porte des gants
pour aider un patient à expectorer.
Avant de quitter la chambre, pour régler l'aérosol, il doit
(plusieurs réponses possibles)
LAISSER LES GANTS
OTER LES GANTS
RÉALISER UNE FRICTION

CONCLUSION
Malgré le statut de "lieu d'hébergement",
l'EHPAD est un lieu où le risque infectieux est présent.
L'hygiène des mains, l'une des bonnes pratiques des précautions standard permet de prévenir le risque infectieux.
L'utilisation des produits hydroalcooliques fait partie des recommandations du ministère de la santé, et est à prioriser tout au long de la journée.
Les produits hydroalcooliques sont à utiliser par TOUS et SANS MODÉRATION, lorsque les mains sont propres et sèches.

Annexe 12 : Quizz utilisé lors de la formation

Une hygiène des mains par friction avec des SHA est réalisée :

- avant des soins invasifs (pose de sonde urinaire, de voie veineuse, de perfusion sous cutanée...) **OUI**
- Si les mains sont souillées **NON**
- lors d'interruption de soins **OUI**
- après le retrait des gants **OUI**

Les Solutions hydroalcooliques sont efficaces sur :

- le *BK (bacille de Koch)* **OUI**
- les bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) **OUI**
- les parasites (gale, poux...) **NON**
- le *Clostridium difficile* **NON**

Au bout de 3 frictions je dois automatiquement me laver les mains ?

NON, il n'y a rien de systématique. Un lavage des mains sera peut être nécessaire en fonction des personnes, du type de SHA, du temps (chaud, humide, froid, sec,..), au bout d'un certain nombre d'applications. Il ne faut pas demander au soignant de compter son nombre de frictions et de faire un lavage au bout d'un nombre fixé.

Les Produits Hydroalcooliques abîment les mains ?

NON, la tolérance des Produits hydroalcoolique est meilleure que celle du lavage au savon**.** La friction n'a pas d'action détergente sur la peau, contrairement au lavage, notamment en période de froid. Les mains abîmées sont souvent le résultat d'une mauvaise technique de lavage et non à l'utilisation du produit hydroalcoolique

Peut-on utiliser les Produits Hydroalcooliques chez les femmes enceintes ?

OUI, il n'existe pas de contre-indication documentée d'usage des Produits Hydro-alcoolique chez les femmes enceintes

Je peux réaliser les 7 étapes de la technique de friction avec un Produit hydroalcoolique dans n'importe quel ordre ?

NON, les étapes suivent un ordre précis qui permet d'assurer une désinfection efficace (exemple : la paume des mains, en 2ème étape permet d'assurer qu'il y aura suffisamment de produit sur les différentes zones pendant tout le temps de friction)

Les prérequis à l'hygiène des mains sont : (rouges = bonnes réponses)

- ongle court et sans vernis **OUI**
- French manucure tolérée **NON**
- pas de bijoux aux mains et aux poignets **OUI**
- alliance tolérée **NON**
- tenue professionnelle à manches courtes **OUI**

Quels actes cités ci-dessous nécessitent une hygiène des mains (hors période épidémique) ?

- Entrer dans une chambre pour déposer un plateau ou des médicaments **NON**
- Prendre la main d'un résident dans le cadre d'une conversation ou d'un échange **NON**
- Aucun **OUI**

Je dois réaliser un lavage des mains quand

- mes mains sont visuellement sales **OUI**
- je suis allé aux toilettes **OUI**
- je prends mon service **OUI**

Je dois réaliser une friction des mains

- Entre chaque résident **OUI**
- Après être allé aux toilettes **NON**
- Entre deux soins **OUI**

En cas de suspicion ou d'épidémie de Gale ou Clostridium difficile, lors d'une visite dans une chambre, la procédure est (cocher 2 cases)

- Avant d'entrer : Friction **OUI**
- Avant d'entrer : Lavage **NON**
- Avant d'entrer : Lavage + friction **NON**
- A la sortie de la chambre : Friction **NON**
- A la sortie de la chambre : Lavage **NON**
- A la sortie de la chambre : Lavage + Friction **OUI**

Annexe 13 : attestation de la CNIL

CNIL
8 rue de Vivienne - 75083 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE NORME SIMPLIFIÉE

Numéro de déclaration
1727625 v 0

du 11-12-2013

Monsieur COLEOU Yann
INSTITUT DU BIEN VIEILLIR KORIAN
32 RUE GUERSANT
75017 PARIS

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :
1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : INSTITUT DU BIEN VIEILLIR KORIAN

Service :

Adresse : 32 RUE GUERSANT

Code postal : 75017
Ville : PARIS

N° SIREN ou SIRET :
793538521

Code NAF ou APE :
9499Z

Tél. : 0155375250
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : NS9 - Bibliothèques, médiathèques

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 11 décembre 2013
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

AUTEUR : Nom : CRIQUELION-TIBERGHIEN Prénom : Marine

Date de Soutenance : 27 Janvier 2016

Titre de la Thèse : Freins et leviers à l'utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques pour l'hygiène des mains en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Solutions hydro-alcoolique, Etablissement d'hébergement pour âgées dépendantes, freins, leviers, hygiène des mains, observance

Contexte : En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé a préconisé d'utiliser les SHA pour réaliser les gestes d'hygiène des mains et prévenir le risque infectieux. Ces recommandations sont peu suivies en EHPAD car ce sont des milieux de vie ouverts pour des résidents dépendants, entourés par une équipe soignante dont le ratio soignants/patients est faible, et par de nombreux intervenants extérieurs. Selon l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie, la prévalence des infections y est de 11,2% (IC 95% : [10,9-11,5]). L'objectif de cette étude est d'identifier les freins et les leviers à l'utilisation des SHA dans le but d'améliorer l'observance des gestes d'hygiène des mains en EHPAD.

Méthode : Dans 14 EHPAD choisis aléatoirement parmi 27 établissements volontaires, des mesures participatives pour promouvoir l'hygiène des mains ont été mises en place pendant un an. Avant et après la mise en place de ces mesures, le groupe Salariés de l'Etablissement dont les Soignants (SES) et le groupe Equipe de Direction et Coordination Médicale et des Soins (EDCMS) ont répondu à des questionnaires leur proposant un choix limité de freins et de leviers à l'utilisation des SHA.

Résultats : Pour le groupe SES, 243 questionnaires en 2014 et 175 en 2015 ont été remplis. Pour le groupe EDCMS, nous avons reçu 34 questionnaires en 2014 et 23 en 2015. Dans le groupe SES, la faible disponibilité des SHA en EHPAD est un frein qui a reculé en 2015 par rapport à 2014 de façon significative (p-value=0,032). Pour les infirmières, le frein relatif à la crainte d'avoir les mains sèches et irritées suite à l'utilisation des SHA a baissé de façon significative (p-value=0,0001). Pour les Agents de Service Hospitalier, le levier qui a évolué de façon significative en 2015 (p-value=0,025) est la motivation de leur entourage professionnel. Dans le groupe EDCMS, la mise à disposition des SHA est un levier qui a augmenté de façon significative en 2015 (p-value=0,032).

Conclusion : Cette étude permet de mettre en évidence les freins et les leviers sur lesquels il est utile d'intervenir pour promouvoir l'hygiène des mains et proposer une démarche adaptée aux résidents, aux personnels et aux intervenants extérieurs de l'EPHAD.

Composition du Jury :

Président : Pr PUISIEUX François

Assesseurs : Pr FAURE Karine

Dr GRANDBASTIEN Bruno

Dr COHEN Nadia