



**Audit de pratique par observation : Change au lit d'un patient
dépendant**

Nord Pas de Calais

Mars 2015

Sommaire

Le contexte	4
Matériel et méthode	4
Résultats de l'audit :	7
Participation des établissements	7
Description des observations :	8
Discussion	20
Conclusion	23
Annexes	26

Glossaire

Arlin : Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales

BHRe : Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergente

BMR : Bactéries Multi- Résistantes aux antibiotiques

CClin : Centre de Coordination de lutte contre les infections nosocomiales

CH : Centre Hospitalier

EBLSE : Entérobactéries productrices de Béta-Lactamase à Spectre Etendu

EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EPC : Entérobactérie Productrice de Carbapénémase

ERG : Entérocoque Résistant aux Glycopeptides

ES : Etablissement de santé

EMS : Etablissement Médico-Social

HDM : Hygiène Des Mains

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IAS : infection associée aux soins

PC : Précautions Complémentaires

PS : Précautions Standard

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UU : usage unique

Contexte

Entre 2011 et 2018, 1285 cas cumulés de porteurs d'entérobactéries productrices de carbapénémases ont été identifiés dans le Nord Pas de Calais, passant de 6 cas signalés en 2011 à 413 cas en 2018¹.

Lors des visites des ES et des EMS dans le cadre du signalement des IAS, plusieurs points de vulnérabilité ont été identifiés, notamment la gestion des équipements destinés à l'élimination des *excreta* et les soins de nursing. Il s'agit de soins qui sont négligés et pour lesquels le risque de transmission croisée est méconnu. Ces dysfonctionnements concernaient l'absence de lave-bassins (LB), le recours systématique aux douchettes... Les soins de nursing n'étaient pas identifiés comme un acte à risque d'explosion aux liquides biologiques.

C'est dans ce contexte que l'Arlin NPDC (nouvellement CPias Hauts de France) a fait de la prévention du risque lié à la gestion des *excreta* une priorité régionale. En partenariat avec l'ARIH (Association Régionale des Infirmières Hygiénistes du NPDC), l'Arlin a initié un groupe de travail pour élaborer des outils d'évaluation des pratiques soignantes de nursing.

L'objectif était de sensibiliser et fédérer les équipes opérationnelles d'hygiène des ES autour de cet axe de travail et de les inciter à inclure cette thématique dans leur programme d'actions annuelles.

¹Bilan EPC 2018, CPias Hauts de France, Janvier 2019

Matériel et méthode

Le groupe de travail coordonné par l'Arin (actuellement CPIAS), a réuni 11 infirmières hygiénistes de 10 ES pour l'élaboration de l'audit.

Le choix du groupe s'est porté sur un audit de pratiques par observation. La première étape a consisté à élaborer un référentiel de bonnes pratiques puisque qu'aucune des IDEH participant au groupe ne disposait d'un protocole concernant ce soin dans les établissements où elles exerçaient.

Les recommandations et les référentiels²⁻³⁻⁴ existant ont été utilisés.

A partir de la fiche technique « recommandations de bonnes pratiques du change au lit d'un patient dépendant »⁵ élaborée, le groupe a sélectionné les points critiques pour lesquels une non-conformité entraînerait un risque de transmission croisée.

Les critères suivants ont été retenus :

- Le respect des précautions standard en incluant les points suivants :
 - L'hygiène des mains avec l'observance et la pertinence
 - Les équipements de protection individuels (EPI)
 - Le port de gants : la pertinence et l'absence de contact avec des gants souillés et des surfaces propres
 - Le port du tablier plastique pour protéger la tenue professionnelle et son élimination à la fin de soin
 - La gestion du linge souillé
 - La gestion des déchets
 - L'entretien du matériel (par essuyage humide)

- Le calcul du temps moyen nécessaire à un change lorsque l'ensemble des étapes sont respectées et du temps moyen dédié au change

L'outil créé a permis aux ES et aux EMS de disposer d'une :

- grille de recueil standardisée (annexe 1)
- fiche d'aide au remplissage (annexe 1)
- application informatique Excel qui permet la saisie des données et de générer un poster de résultats automatisés (annexe 1).

Cet audit s'adressait à tous les établissements de santé quels que soient leur statut et leur catégorie, à l'exception des HAD et à tous les services à l'exception des services de pédiatrie.

² SF2H : « Prévention de la transmission croisée : Précautions complémentaires contact », Avril 2009.

³ ORIG : Recommandations pour la prévention des infections dans les EHPAD (R 26-34-37-67-68). Juin 2009.

⁴ Recommandations SF2H : « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins », (R65-66) Septembre 2010.

⁵ Fiche pratique « recommandations de bonnes pratiques du change au lit d'un patient dépendant » Arlin Nord Pas de Calais-ARIH-
http://www.cclinparisnord.org/REGION/ARLINnpc_doc.htm

Critères d'inclusion :

- toute personne réalisant un change au lit quel que soit sa qualification. Un soignant ne pouvait être audité plus de 2 fois. Si le soin est réalisé par deux soignants, seul le soignant principal était observé. Le soignant principal était celui qui était exposé au risque biologique au moment de la toilette uro-génitale.
- tous les changes au lit des patients dépendants (incontinence urinaire et/ou anale).

Critère d'exclusion :

- Les patients en précautions complémentaires nécessitant un change et les soins réalisés au lavabo sont exclus.

Les outils ont été mis à disposition sur le site du Cclin Paris Nord en janvier 2014⁶. La période de l'enquête s'est étalée de mai à juin 2014 pour les ES et EMS de la région NPDC. La participation à l'étude se faisait sur la base du volontariat. Pour les établissements qui le souhaitaient, les données étaient à transmettre à l'Arclin avant la fin de l'année 2014.

Pour chaque établissement, l'information préalable des équipes de soins et des patients est réalisée. Les auditeurs sont les équipes opérationnelles d'hygiène et les correspondants en hygiène. Un minimum de 30 observations par établissement était attendu.

L'ensemble des données recueillies ont été colligées, fusionnées et traitées sous Excel et un poster permettait de synthétiser les résultats.

⁶ ARLIN Nord pas de Calais : Gestion des excréta (2014). Audit change au lit du patient dépendant.
http://www.cclinparisnord.org/REGION/ARLINnpc_doc.htm

Résultats de l'audit

Participation des établissements : 38 établissements ont participé à l'audit et retourné des données exploitables.

Tableau 1 : Participation des établissements :

Type établissement	Nombre (%)	Nombre d'observations
Etablissement de santé	17 (45%)	458
Etablissement médicaux-sociaux	21 (55%)	267
Total	38 (100%)	725

Les EMS (n=21) participant à l'audit sont exclusivement des EHPAD qui dépendent pour 15 d'entre eux d'un centre hospitalier.

La répartition des établissements participants est présentée dans les tableaux 2 et 3

Tableau 2 : Répartition des établissements participants selon leur type :

Type établissement	Nombre (%)	Nombre d'observations
Centres hospitaliers	10 (26%)	256
Clinique MCO	4 (11%)	93
SSR/SLD	3 (8%)	109
EHPAD	21 (55%)	267
Total	38 (100%)	725

Tableau 3 : Répartition des établissements participants selon leur statut :

Statut	Nombre (%)
Public	32 (84%)
Privé	5 (13%)
ESPIC	1 (3%)
Total	38 (100%)

Les établissements du secteur public sont les plus représentés (84%) avec des EHPAD à 55% des CH à 26%.

Description des observations : 124 services ont été inclus dans l'étude et ont permis de réaliser un total de 725 observations.

Tableau 4 : Répartition des services audités

Activité	Nombre de services (%)
Médecine	40 (31%)
Chirurgie	12 (9%)
Réanimation – soins intensifs	7 (5%)
SSR –SLD	41 (31%)
EHPAD	29 (22%)
Urgences	2 (1%)
Gynéco -Obstétrique	2 (1%)
Total	133

Tableau 5 : Répartition des observations selon le type d'unité:

Activité	Nombre d'observations (%)
Médecine	121 (17%)
Chirurgie	36 (5%)
Réanimation – soins intensifs	14 (2%)
SSR - SLD	281 (39%)
EHPAD	267 (37%)
Urgences	3 (0.5%)
Gynéco -Obstétrique	3 (0.5%)
Total	725

Pour les ES, les observations réalisées dans des services de médecine, de chirurgie et de soins de suite et de réadaptation représentent **plus de 60 % des observations**.

Tableau 6 : Répartition des observations selon la période :

	Observations (ES)	Observations (EMS)	Global
Matin	132 (29%)	107 (40%)	239 (33%)
Après-midi	269 (59%)	156 (58%)	425 (59%)
Nuit	57 (12%)	4 (1%)	61 (8%)
Total	458 (100%)	267 (100%)	725 (100%)

La majorité des observations a eu lieu l'après-midi, un tiers le matin et seulement 8% la nuit.

Tableau 7 : Répartition des observations selon la catégorie de personnel :

	Observations (ES)	Observations (EMS)	Global
Aide-soignante	363 (79%)	190 (71%)	553 (76%)
IDE	54 (12%)	1 (0%)	55 (8%)
Etudiant	38 (8%)	8 (3%)	46 (6%)
Autre	3 (1%)	68 (25%)	71 (10%)
Total	458 (100%)	267 (100%)	725 (1)

La catégorie professionnelle majoritairement observée correspond aux aides-soignantes (76% des observations). La catégorie « autre » désigne les aides médico-psychologiques (10% des observations).

Organisation des soins

La réalisation des changes au lit pour les patients dépendant, s'effectue parfois en série, c'est-à-dire que le soignant réalise un change pour toutes les personnes concernées par ce soin les uns après les autres, par opposition à l'individualisation des soins.

Un item de la grille d'audit a permis de regarder cette spécificité. La répartition du nombre d'audits réalisés lorsque le change est fait « en série » est définie dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : Répartition « soins en série »

	Soins en série (ES)	Soins en série (EMS)	Global
Oui	270 (59%)	204 (76%)	474 (65%)
Non	188 (41%)	63 (24%)	251 (35%)

Comme on pouvait s'y attendre, le change est un soin majoritairement effectué en série (65%), et ce plus fréquemment en EMS (76%) qu'en ES (59%).

Tableau 9: Nombre de personnes réalisant le change :

Le change peut être réalisé à 1 ou 2 personnes. Si le soin est réalisé par deux soignants, seul le soignant principal (celui exposé au risque biologique au moment de la toilette uro-génitale) a été observé.

	Nb (ES)	Nb (EMS)	Global
1 personne	148 (32%)	175 (66%)	323 (45%)
2 personnes	310 (68%)	92 (34%)	402 (55%)

Le change est réalisé dans 45% des cas par un seul soignant.

Description de la situation de soins

Pré-requis :

L'audit a permis de regarder si les pré-requis concernant le soin du change au lit du patient dépendant sont respectés (matériel et produits nécessaires à disposition, chariot de soins visuellement propre, ordonné et réservé à cet usage et plan de travail visuellement propre).

Le taux de conformité (nombre de fois où la réponse à l'item est « oui » sur le nombre d'observations totales) pour chaque item est recensé dans le tableau ci-dessous, de même que la conformité cumulée pour les 4 items.

Tableau 10: Pré-requis

	ES	EMS	Global
Matériel et produits à disposition	441 (96%)	233 (87%)	674 (93%)
Chariot visuellement propre et ordonné	417 (91%)	231 (87%)	648 (89%)
Chariot réservé à cet usage	421 (92%)	266 (100%)	687 (95%)
Plan de travail visuellement propre	407 (89%)	253 (95%)	660 (91%)
Conformité globale pré-requis	353 (77%)	194 (73%)	547 (75%)

D'une manière globale, on constate une non-conformité cumulée des pré-requis quasi équivalente pour les ES et EMS soit un quart des changes observés.

Réalisation du soin : Les précautions standard

Comme pour tout soin, les précautions standard sont applicables lors du change au lit d'un patient dépendant. Il s'agit notamment de réaliser une hygiène des mains avant le change, avant le port de gant et à la fin du change. Le risque d'exposition aux liquides biologiques implique également le port d'un tablier plastique pour protéger sa tenue et le port de gants à usage unique (UU). Ces EPI doivent être changés entre chaque patient.

Le taux de conformité pour chaque item est recensé dans les tableaux ci-dessous.

Hygiène des mains (HDM):

Pour cet audit, 3 « moments » d'HDM ont été identifiés comme des opportunités incontournables : avant le port de gants, après le port de gants et en fin de change. L'observance est calculée en rapportant le nombre de gestes d'hygiène des mains réalisés au nombre de gestes d'hygiène des mains attendus (indiqués).

Tableau 11 : Hygiène des mains

	ES	EMS	Global
HDM réalisée avant le port de gants	374 (82%)	164 (61%)	538 (74%)
HDM adaptée	346 (76%)	160 (60%)	506 (70%)
HDM réalisée après port de gants	217 (47%)	86 (32%)	303 (42%)
HDM adaptée	209 (46%)	84 (31%)	293 (40%)
HDM réalisée en fin de change	440 (96%)	238 (89%)	678 (94%)
HDM adaptée	416 (91%)	229 (86%)	645 (89%)
Conformité Globale HDM	173 (38%)	67 (25%)	240 (33%)

L'observance avant soin est mieux respectée en ES (82%) qu'en (EMS 61%). On note que l'observance globale en fin de soin (94%) est meilleure que l'observance avant soin (74%).

Par contre, l'opportunité d'HDM après le port de gants est peu observée (47% en ES et 31% en EMS).

Ici, le geste d'HDM attendu est une friction hydro-alcoolique sur des mains visiblement propres et sèches. L'HDM « réalisée et adaptée » suppose l'observance et la pertinence. Les résultats montrent très peu de différence entre « HDM » réalisée et adaptée : la technique d'HDM majoritairement utilisée est la friction hydro-alcoolique.

Le dernier critère étudié est celui de la « conformité globale de l'HDM », à savoir la réalisation des 3 opportunités (avant le port de gants, après le port de gants et en fin de change) ainsi que la pertinence de la technique employée (friction hydro-alcoolique).

La conformité globale est faible puisqu'elle est de 33% sur l'ensemble des observations. Il y a une différence de conformité en défaveur des EMS (25%) par rapport aux ES (38%).

Tablier plastique

Tableau 12: Tablier plastique

	ES	EMS	Global
Port d'un tablier plastique	260 (57%)	91 (34%)	351 (48%)
Elimination du tablier plastique	255 (56%)	83 (31%)	338 (47%)
Conformité cumulée port et élimination tablier plastique	240 (52%)	78 (29%)	318 (44%)

Le port du tablier plastique n'est globalement observé que lors d'un soin sur deux ; en EMS, il n'est porté que lors de 34% des changes. Cependant lorsqu'il est porté, il est majoritairement enlevé en fin de soin ou entre 2 patients (75% des cas).

La conformité globale est de 44%. Elle n'atteint que 29% pour les EMS.

Gants de soins à UU :

Tableau 13: Gants de soins à UU

	ES	EMS	Global
Port de gants de soins à UU	432 (94%)	242 (91%)	674 (93%)
Gants de soins à UU éliminés avant prévention d'escarre	180 (39%)	111 (42%)	291 (40%)
Conformité Port et ablation des Gants à UU	176 (38%)	102 (38%)	278 (38%)

Dans 6% des situations observées en ES et 9% des cas des EMS, les gants de soins n'ont pas été utilisés.

Les gants doivent être retirés dès qu'il n'y a plus de risque de contact avec les muqueuses et les liquides biologiques. Pour éviter la contamination du patient et de l'environnement, le retrait s'effectue à la fin de la toilette génito-anale et immédiatement avant la prévention d'escarre.

Cette indication est respectée dans 40% des observations. Dès lors, la conformité globale qui intègre le port de gants et le retrait juste avant la prévention d'escarre est de 38% en ES et en EMS.

Autres précautions standard :

L'ensemble des critères repris dans le tableau ci-dessous vise à identifier les actes susceptibles de contaminer des zones ou du matériel propres ou le patient lui-même : la protection usagée posée à même du lit ou sur le chevet, l'utilisation d'un gant de toilette ayant déjà servi pour la toilette le matin.

Tableau 14: Autres précautions standard

	ES	EMS	Global
Préparation du matériel sur le plan de travail	398 (87%)	237 (89%)	635 (88%)
Elimination de la protection usagée dans un emballage primaire	329 (72%)	196 (73%)	525 (72%)
Utilisation de gants de toilette à UU ou à utilisation unique	357 (78%)	194 (73%)	551 (76%)
Elimination immédiate des gants ou des lingettes	334 (73%)	177 (66%)	511 (70%)
Elimination de l'emballage primaire	346 (76%)	198 (74%)	544 (75%)

Le matériel propre nécessaire pour le change n'est pas déposé sur le plan de travail désinfecté dans 12% des observations. Les gants de toilette ont déjà été utilisés plus d'une fois dans 28 % des cas et ne sont pas éliminés immédiatement dans 30% des cas. Lorsque l'emballage primaire n'est pas éliminé c'est que les soignants n'ont pas prévu de sac déchet : ce qui doit être évacué est déposé sur l'environnement proche du patient avant d'être rassemblé en fin de soin vers la poubelle de la chambre ou du chariot de nursing. Il s'agit de 25% des situations.

Technique de soin :

L'audit a regardé également, si conformément aux recommandations de l'ORIG⁷, une toilette génito-anale et une prévention d'escarre ont été réalisés lors du change.

⁷ ORIG : Recommandations pour la prévention des infections dans les EHPAD (R9). Juin 2009. http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H-ORIG_prevention-des-infections-dans-les-ehpad-2009.pdf

Tableau 15: Technique de soin

	ES	EMS	Global
Toilette génito-anale	397 (87%)	236 (88%)	633 (87%)
Prévention d'escarre	299 (65%)	146 (55%)	445 (61%)

On note que 13% des changes sont réalisés sans procéder à une toilette génito-anale. Il était précisé sur les critères d'inclusion de l'audit que seuls les changes avec présence d'urine ou de selles devaient être pris en compte. Pour 13% des changes, un simple essuyage est effectué parfois avec du lait corporel.

Quant à la prévention d'escarre, elle n'est pas effective pour 39% des changes.

Conformité « technique de soins » :

La conformité « technique » correspond au respect des étapes du change et des bonnes pratiques d'hygiène. Les items sur la prévention d'escarre, la réfection du lit et la présence de selles n'ont pas été retenus pour la conformité technique. Il s'agit de critères sans relation avec le risque infectieux mais qui ont été inclus dans la grille pour le déroulement du soin et l'évaluation de leur impact sur le temps du soin. La conformité technique globale n'est que de

La conformité technique est très faible (6%) mais ce résultat était attendu au vu du respect des opportunités de l'HDM, du port du tablier plastique et de l'élimination des gants de soins dès que nécessaire.

Conformité globale :

La conformité globale regroupe la conformité « Pré Requis » et la conformité « Technique ». Sur les 725 soins observés, seuls 43 (6%) d'entre eux sont réalisés dans le respect total des mesures de prévention du risque infectieux.

Tableau 16: Interruptions de soins :

Une rupture de soins est une interruption au décours du soin ou de la séquence de soins (appel téléphonique, manque de matériel...). Le nombre d'interruptions de soin ont été dénombrées lors des observations.

	ES	EMS	Global
Aucune interruption	366 (80%)	233 (87%)	599 (83%)
1	58 (13%)	28 (10%)	86 (12%)
2	24 (5%)	4 (1%)	28 (4%)
3	7 (2)%	1 (0%)	8 (1%)
>3	3 (1%	1 (0%)	4 (1%)

Pour 12 % des changes, au moins une interruption a été observée (maximum : 8 ruptures de soins).

Tableau 17 : Temps dédié au change :

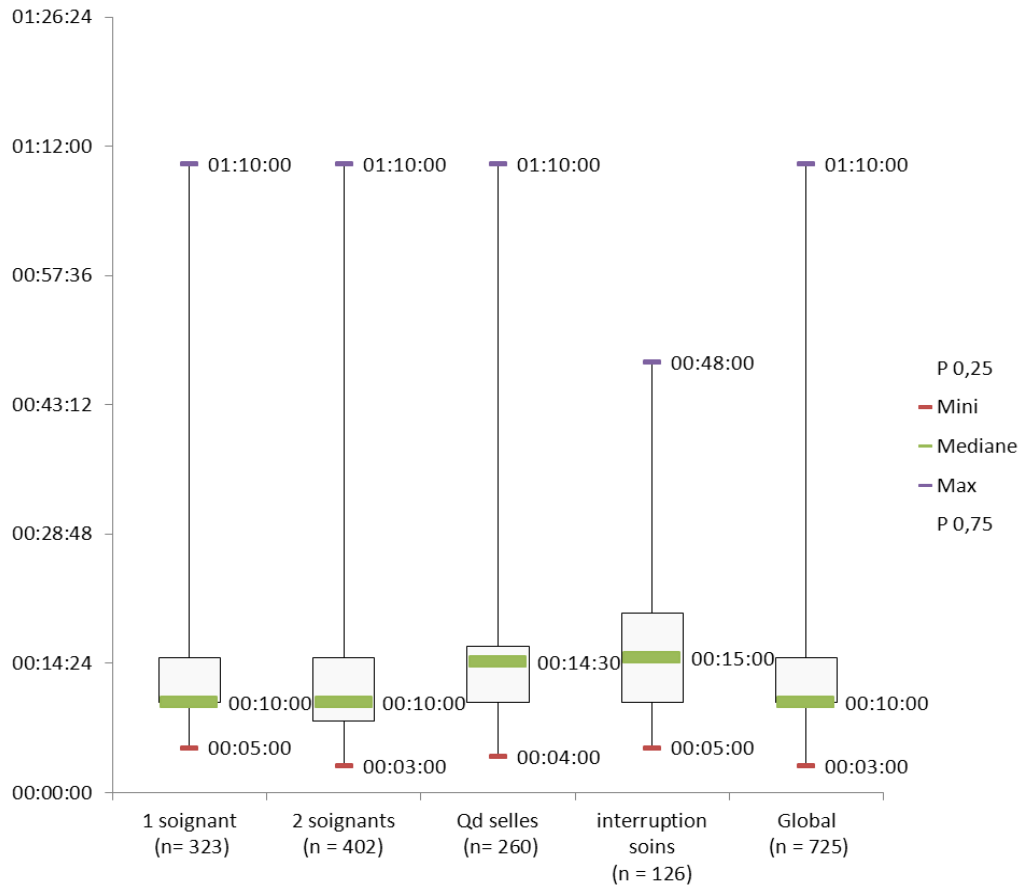
Le temps moyen, en minutes, d'un change en fonction du nombre de soignants ou de la présence de selles :

	ES	EMS	Global
Change réalisé à 1 soignant	14,24	13,26	13,53
Change réalisé à 2 soignants	13,49	13,18	13,42
Temps global	14	13,24	13,47
Temps du change si présence de selles	16,19	13,16	15,1

La durée observée du temps du change variait de 3 minutes à 1 h 10.

Le temps médian du change est, pour l'ensemble des observations, de 10 minutes.

Figure 1 : Facteurs influençant la durée du change (Nombre de soignants, présence de selles, interruption de soin) :



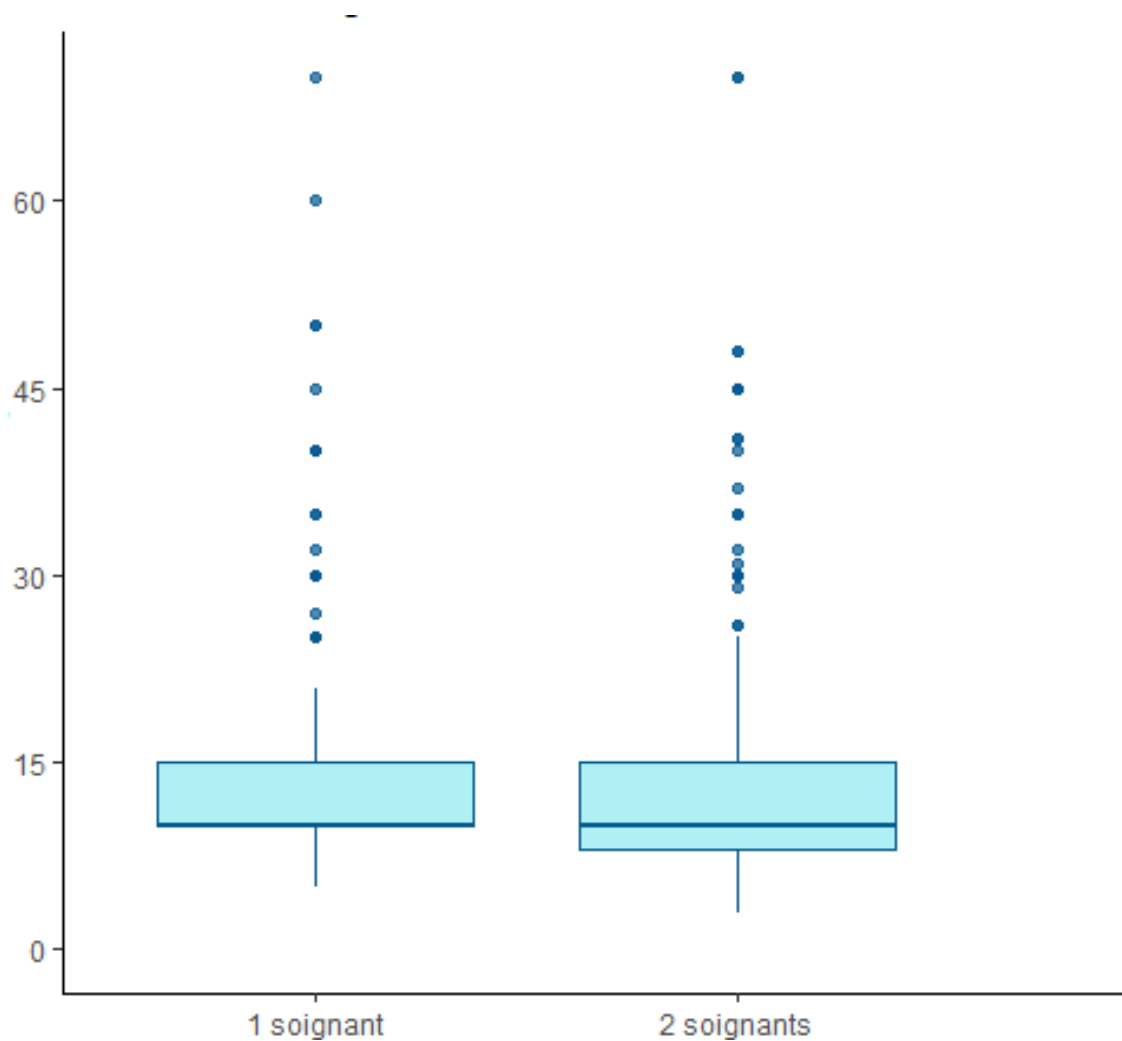


Figure 1 : durée du change en minutes en fonction du nombre de soignants

Les changes observés avec 1 soignant sont au nombre de 323 contre 402 observations de change à 2 soignants.

Le nombre de soignant impacte très peu la durée du soin. Le temps médian du change est de 10 minutes à 1 ou 2 soignants.

Par contre, les soins avec une conformité globale respectée étaient tous réalisés à 2 soignants.

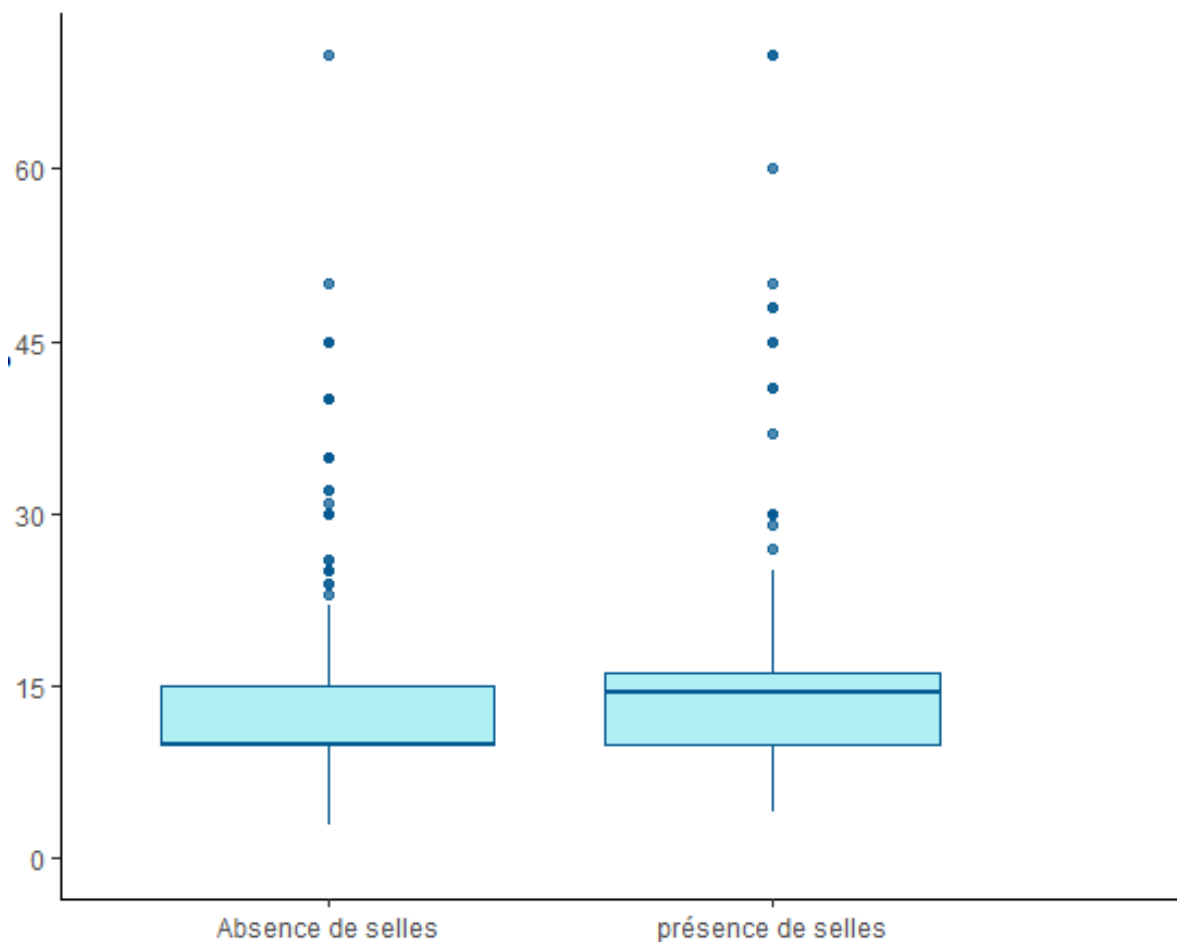


Figure 2 : durée du change en minutes en fonction de la présence de selles

Les observations ont relevé que les changes réalisés en présence de selles ont une durée plus longue avec un temps médian de 14 minutes 50 et une durée maximale de 70 minutes.

En l'absence de selles, le temps médian de réalisation du soin est de 10 minutes.

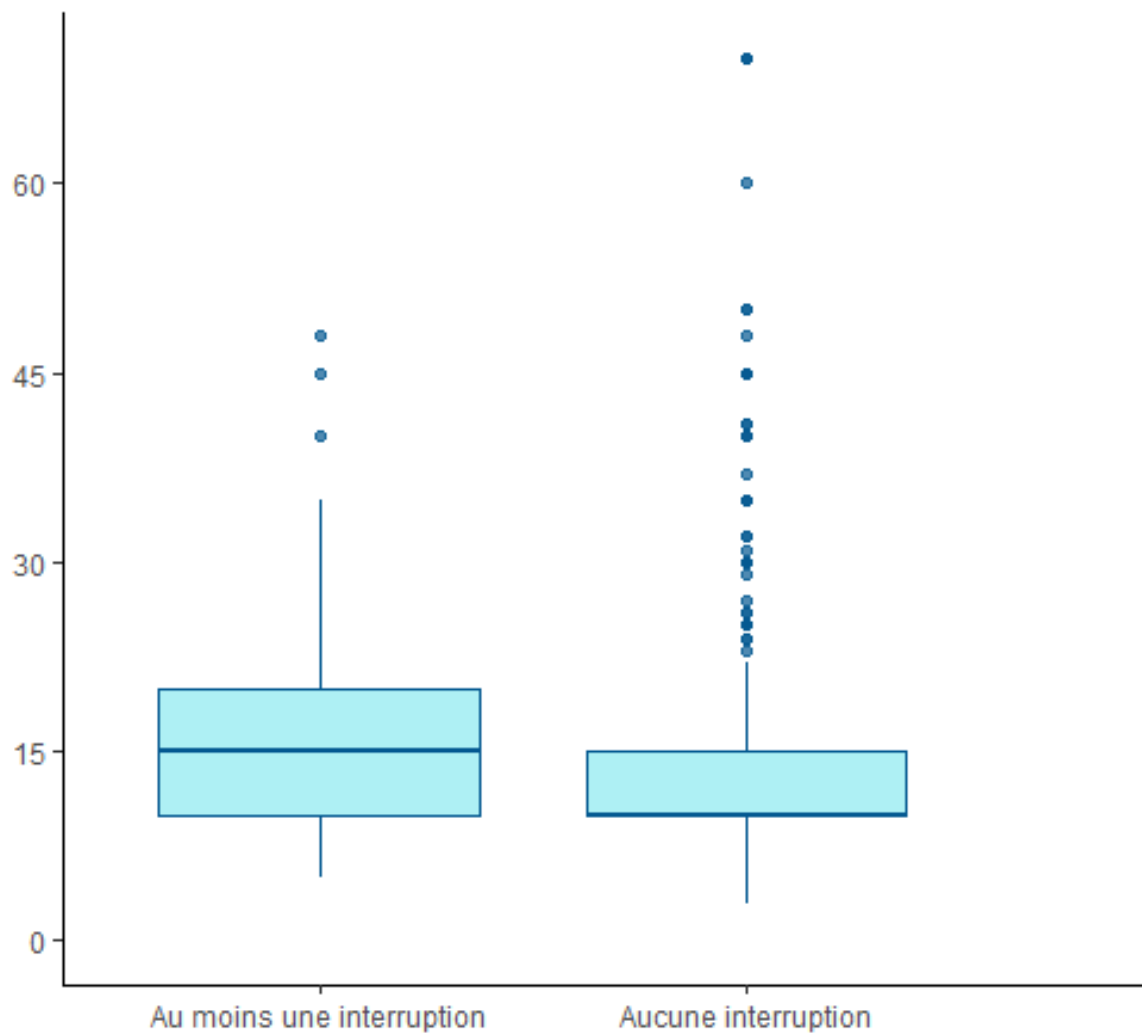


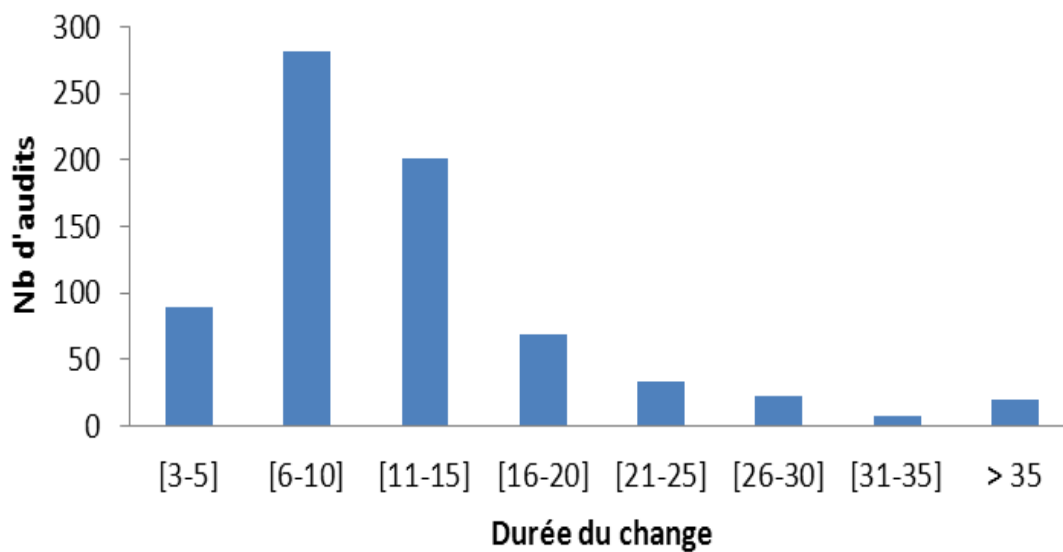
Figure 3 : durée du change en minutes en fonction de la survenue d'interruptions

Si le change est interrompu au moins une fois (126 observations), sa durée médiane est de 15 minutes contre 10 minutes sans interruption (599 observations).

Enfin, le temps moyen du change si la conformité globale est présente est de 19 minutes.

La durée totale des audits est d'environ 169 heures.

Figure 4 : Répartition des Audits selon la durée du temps de change :



La majorité des changes ont eu une durée comprise entre 6 et 10 minutes. 28.6 % des changes ont duré 10 minutes. 3 changes ont duré 70 minutes, durée maximale observée. La durée minimale observée est de 3 minutes (1 observation).

Discussion

Notre échantillon d'établissements participant est globalement homogène de statut majoritairement public. Le taux de participation reste faible (10 % pour les ES et 4 % pour les EMS). Plusieurs explications sont possibles : premièrement le caractère chronophage de l'audit de pratiques, ensuite l'idée reçue selon laquelle le change au lit d'un patient dépendant est un soin de la filière gériatrique. Certains ES de notre échantillon ont par ailleurs choisi de réaliser les audits uniquement sur cette filière.

Pourtant l'enquête de moyen réalisée pendant la même période montre que ce soin est réalisé à une fréquence élevée dans une majorité de secteurs de soins. En effet, la proportion de patients porteurs de change dans l'enquête⁸ est de 40%. Les professionnels de santé prennent en charge en MCO 21% de patients porteurs de change et ce soin est à réaliser au moins 4 fois par jour⁹ : ce qui induit autant « d'opportunités » pluriquotidiennes de transmission croisée. Ce risque augmente dans les secteurs de SSR/SLD (44% de porteurs de change) et en EHPAD (63% de porteurs de change). On note aussi que 44% des patients de pédiatrie et 22% en réanimation nécessitent un change.

Les actions de communication sur le risque lié au péril fécal doivent être élargies pour sensibiliser les différents acteurs des ES et des EMS à l'importance de se mobiliser sur cet axe de travail et les inciter à mettre en œuvre ce type d'évaluation.

La catégorie socio-professionnelle la plus observée dans l'audit est celle des aides-soignantes. Peu d'études se concentrent sur cette catégorie professionnelle et sur ce soin.

L'audit réalisé par le GREPHH en 2010 sur l'HDM¹⁰ retrouve une conformité « observance et pertinence » concernant le change de 79,6% avant soin, de 86,6% après soin et de 72,6% avant et après soin. Dans notre audit, les résultats sont sensiblement moins bons (respectivement 70%, 89% et 66%) ; ce résultat est lié aux conformités plus faibles des observations en EMS.

La conformité cumulée sur l'HDM, calculée dans notre étude, montre que le niveau d'observance associée à la pertinence sur toute la durée du soin reste faible (33%). Le risque est ici de contaminer l'environnement proche du patient. Les résultats restent très insuffisants concernant cette mesure princeps de la prévention de la transmission croisée.

⁸ Enquête sur les équipements destinés à l'élimination des excréta –mars 2015- données internes Arlin

⁹ ORIG : Recommandations pour la prévention des infections dans les EHPAD (R9). Juin 2009. http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H-ORIG_prevention-des-infections-dans-les-ehpad-2009.pdf

¹⁰ Audit hygiène des mains-Résultats nationaux-février 2011- <http://www.grephh.fr/Observance-Pertinence-GREPHH.html>

Le bon usage des gants est un thème récurrent des formations dispensées par les EOH depuis plusieurs années. En 2007, une campagne nationale initiée par le Cclin Sud-Ouest sur le thème « les gants à bon escient » alertait sur le mésusage des gants. Ici, le mode d'utilisation des gants est inadapté avec un retrait beaucoup trop tardif alors que le soignant n'est plus en contact avec les muqueuses et les liquides biologiques. Les gants ne sont pas non plus changés lors des interruptions de soins. La conformité « gants portés et éliminés au bon moment » est à 38%. Un audit régional évaluant la mise en œuvre des PS lors des soins organisé en 2007 par l'Arlin et l'ARIH dans 71 ES du NPDC a permis d'observer un port de gants par excès à 66% lors de la toilette¹¹. Malgré les campagnes de sensibilisation successives, les pratiques n'ont pas évolué sur le port de gants.

On s'attendait à ce que le tablier plastique soit peu usité ; lors de l'audit Arlin-ARIH sur les PS en 2007, le tablier plastique était porté à 11% pendant les soins souillants-mouillants. On observe une nette amélioration puisque cet EPI est revêtu à 34% en EMS et à 57% en ES.

Nous avons fait le choix en groupe de travail d'afficher une conformité technique puis globale qui est ici faible (6%). Le parti pris pédagogique est d'axer le message sur le risque lié à ce soin si une succession de critères ne sont pas respectés.

On note aussi les 17% d'observations avec au moins une interruption malgré le déroulement rapide (temps médian de 10 minutes) des changes. L'organisation et la préparation du soin sont à améliorer.

Sur le tableau ci dessous, nous avons extrapolé à partir du temps moyen du change et de la proportion de patients porteurs d'un change dans un service de 30 patients en fonction des spécialités. La charge en soins quotidienne liée aux 4 tours de change peut occuper de 2h36 jusqu'à 20h48 d'un équivalent temps plein en fonction de la spécialité.

¹¹ Audit régional des pratiques : « Evaluation de la mise en œuvre des précautions standard », Association Régionale des Infirmières Hygiénistes (ARIH) NPDC, Juin 2007, données internes Arlin

Spécialité 30 patients présents	% Porteurs de changes complets	Nb de patients porteurs de change (n=30)	Durée d'un tour de change (temps moyen de 13 minutes)	Temps dédié aux changes (4 tours de changes et 13 minutes par change)
Médecine	28%	9	1h57	7h48
Chirurgie	11%	3	39 minutes	2h36
Pédiatrie	44%	13	2h49	11h16
Psychiatrie	10%	3	39 minutes	2h36
Réa/soins intensifs	22%	6	1h18	5h12
SSR	36%	10	1h10	5h40
SLD	79%	24	5h12	20h 48
EHPAD	63%	19	2h07	16h28
Autres	9%	3	39 minutes	2h36
Total	40%	12	1h36	10h24

Conclusion

L'ensemble des acteurs de la lutte contre les IAS (Arlin,OH, correspondants...) mènent des actions de sensibilisation et de formation depuis plusieurs années sur les précautions standard. Le CPIas accompagne aussi les EOH des ES et des EMS de la région depuis plus de 10 ans dans le cadre des signalements des IAS en termes de formation et d'outils d'évaluation.

L'audit que nous avons réalisé, montre que même si les améliorations existent, les messages de prévention avec l'application des PS ne sont pas suffisamment intégrés dans les pratiques de soins. C'est pour cette raison que l'Arin a décidé de modifier l'approche pédagogique et de prioriser la geste du risque lié aux *excreta* à travers 2 outils d'évaluation dont le change au lit du patient dépendant.

Cet audit permet de faire un focus sur un soin négligé et de discuter avec les équipes de l'organisation du soin pour permettre d'améliorer l'observance des PS. La sensibilisation au risque lié aux soins de nursing passe aussi par la prise en compte de la charge en soins que nous avons pu estimer à travers cette évaluation.

Pour permettre aux équipes soignantes d'appréhender le risque lié à la gestion des *excreta* dans son ensemble, cet audit doit être complété avec l'enquête sur les équipements destinés à l'élimination des *excreta*.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'audit

Annexe 2 : Poster EMS

Annexe 3 : Poster ES

Annexe 4 : Poster Global

Annexe 1



AUDIT DE PRATIQUE PAR OBSERVATION : CHANGE AU LIT D'UN PATIENT DÉPENDANT

1

Date : __ / __ / ____ Nom de l'auditeur : _____ Numéro de fiche : ____

Etablissement : Service :

₁ Médecine ₂ Chirurgie ₃ SSR ₄ Réa/Soins intensifs ₅ Autre :

₁ Matin ₂ Après midi ₃ Nuit

Catégorie de personnel : ₁ AS ₂ IDE ₃ Etudiant ₄ Autre :

Nombre de personne réalisant le soin : __ Soins en série

Heure de début du soin : __ h __				
N°	CRITERES D'EVALUATION	OUI	NON	COMMENTAIRES
PRE REQUIS				
1	Matériel et produits à disposition	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
2	Chariot visuellement propre et ordonné	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
3	Chariot réservé à cet usage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
4	Plan de travail visuellement propre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
TECHNIQUE				
5	Port d'un tablier plastique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
6	Préparation du matériel sur le plan de travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
7	HDM réalisée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
8	HDM adaptée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
9	Port de gants de soins à UU	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
10	Elimination de la protection usagée dans un emballage primaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
11	Présence de selles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
12	Toilette génito-anale	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
13	Utilisation de gants de toilette à UU ou à utilisation unique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
14	Elimination immédiate des gants ou des lingettes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
15	Réfection du lit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
16	Gants de soins à UU éliminés avant prévention d'escarre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
17	HDM réalisée après port de gants	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
18	HDM adaptée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
19	Prévention d'escarre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
20	Mise en place d'une nouvelle protection	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
21	Réinstallation du patient	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
22	Elimination du tablier plastique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
23	Elimination de l'emballage primaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
24	HDM réalisée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
25	HDM adaptée	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Heure de fin du soin : __ h __				
Nombre de rupture de soins				

Audit
Change au lit d'un patient dépendant
Etablissements médico-sociaux

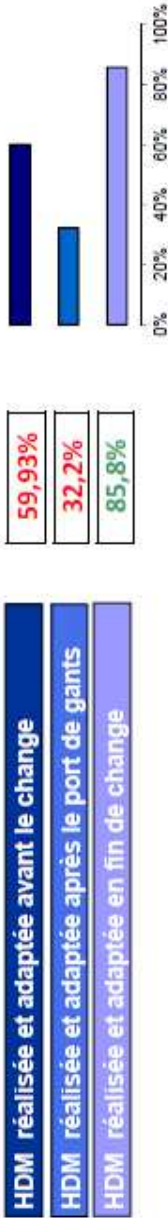


Description
 Période du 01/01/2014 au 31/12/2014
 Nombre d'observations : 267

Résultats

Conformité Pré Requis * :	73%	Conformité Technique** :	3%	Conformité globale :	3%
---------------------------	-----	--------------------------	----	----------------------	----

Hygiène des mains (HDM)



Port et élimination du tablier plastique

31,1%

Port et élimination des gants de soins à

38,2%

* la conformité Pré Requis regroupe le plan de travail, visuellement propre, le matériel et produits à disposition/ à proximité, le chariot visuellement propre, ordonné et réservé à cet usage.
 ** la conformité Technique correspond au respect des étapes du change (sauf la prévention d'escarre, la réflexion du lit et la présence de selles) et des bonnes pratiques d'hygiène.
 la conformité globale regroupe la conformité Pré Requis et la conformité Technique.

Axes d'amélioration



Audit Change au lit d'un patient dépendant Etablissements de santé

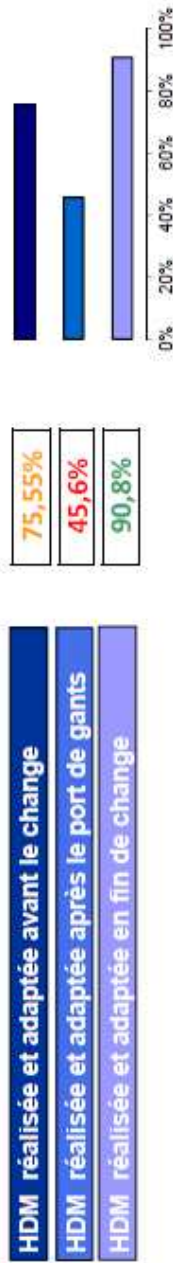
Description

Periode du au Nombre d'observations :

Résultats

Conformité Pré Requis * :	77%	Conformité Technique** :	9%
		Conformité globale :	8%

Hygiène des mains (HDM)



Port et élimination du tablier plastique

55,7%

Port et élimination des gants de soins à

39,3%

* la conformité Pré Requis regroupe le plan de travail visuellement propre, le matériel et produits à disposition/ à proximité, le chariot visuellement propre, ordonné et réservé à cet usage.
 ** la conformité Technique correspond au respect des étapes du change (sauf la prévention d'escarre, la réfection du lit et la présence de selles) et des bonnes pratiques hygiènes.
 la conformité globale regroupe la conformité Pré Requis et la conformité Technique

Axes d'amélioration

Liste des établissements participants :

Etablissements de santé :

CH de Calais
CH CAMBRAI
CH Carvin
CH de Douai
CH de Dunkerque
CH de Fourmies
CH de Seclin
CH de St Amand
CH de Tourcoing
CH de Wasquehal
Clinique de Villeneuve d'Ascq
CRF l'Espoir - Hellemes
CMC – Bruay la Buissière
Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
Hôpital Maritime de Zuydcoote
Hôpital Maritime de Berck
Polyclinique de Grande Synthe
Clinique St Jean - Roubaix

Etablissements médico – sociaux :

AIGUE MARINE - Bray Dunes
EHPAD du CH de Calais
Résidence Godeliez Bolvin - CH Cambrai
Résidence Louis Pasteur - CH Cambrai
Résidence Vanderburch - CH Cambrai
EHPAD du CH de Carvin
EHPAD du CH de Douai
EHPAD du CH de Dunkerque
EHPAD du CH de Fourmies
EHPAD Arbre de Vie - CH Seclin
EHPAD du CH de St Amand
EHPAD les Maisonnée - CH Tourcoing
EHPAD Mahaut - CH Tourcoing
EHPAD Isabeau - CH Tourcoing
EHPAD du CH Wasquehal
EHPAD Orchies
EHPAD du GHLH
EHPAD Ma Maison - La Madeleine

Résidence Georges Delfosse - Marquettes lez Lille

Résidence de la Pevèle - Cisoing

Résidence de la Pevèle - Templeuve