

## INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Après une augmentation régulière des scores ICSHA, les consommations des SHA semblent avoir atteint un seuil, voire décliner à l'échelle régionale. Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs expliquant la progression de l'ICSHA auprès d'un panel d'établissements, afin d'en faire bénéficier les établissements qui se trouvent en difficulté sur cet indicateur.



## MÉTHODE

Une étude qualitative a été menée par entretien téléphonique d'1 heure environ entre Avril et Juin 2016 auprès de responsables d'EOH. Les établissements inclus devaient avoir amélioré leur score ICSHA entre 2013 et 2014, avec obtention de la classe A. La grille d'entretien a été élaborée par un groupe de travail régional. Le questionnaire abordait 10 dimensions (ressources humaines et documentaires, modalités de suivi de la consommation de SHA, communication en interne, déploiement des SHA, formation des professionnels, réalisation d'audits) par l'intermédiaire de questions fermées ; 3 questions ouvertes s'intéressaient aux freins et facilitateurs.

## RÉSULTATS

Au total, les 16 établissements qui correspondaient aux critères d'inclusion ont accepté de participer à l'enquête. L'évolution du score ICSHA était en moyenne de 17.7 points (Min-Max : 4.3-29.1).

### Quelles ressources humaines?

IDE Hygiéniste	16 (100)
PH Hygiéniste	9 (56.25)
Qualiticien	13 (81.25)
Convention avec une Equipe Mobile en Hygiène	3 (18.75)
Présence de correspondants en hygiène	14 (87.50)

### Quelles ressources documentaires?

Protocole hygiène des mains préconisant les SHA en priorité	16 (100%)
Affiches incitant à la friction SHA	11 (68.75)

### Quelle Politique pour améliorer l'hygiène des mains?



SHA présente avant la mise en place de l'ICSHA	10 (62.50)
Flacon poche SHA à disposition	14 (87.50)
SHA dans toutes les chambres de l'hôpital	16 (100)
Implication des patients dans l'hygiène des mains à l'aide de SHA	13 (81.25)
SHA dans toutes les salles de soins	16 (100)
Mise à disposition de porte-bijoux	8 (50)
Mise à disposition de crèmes protectrice pour les mains	11 (68.75)

### Evaluation des pratiques?

Audit hygiène des mains dans les 2 ans précédent l'augmentation du score	11 (68.75)
Audit par observation des pratiques	10 (62.50)
Audit réalisé dans tout l'ETS	11 (68.75)
Toutes catégories professionnelles auditées	16 (100)
Communication des résultats de l'audit	16 (100)
✓ Avec comparaisons interservices	3 (20.00)
✓ Avec comparaison aux résultats globaux de l'ETS	6 (40)
✓ Avec comparaison à d'autres ETS	2 (13.33)
✓ Communication des résultats aux instances	16 (100)
Impact positif de cet audit ressenti sur ICSHA	8 (61.54)
Mise en œuvre d'actions d'amélioration suite à l'audit	12 (80)
Audit/évaluation relatif port de gants réalisé entre 2012-2015	10 (62.50)



### Quel suivi de l'indicateur ICSHA?

Suivi de consommation réalisé	16 (100)
par calcul automatique des consommations	6 (37,5)
Suivi des consommations possible par service (n=16)	12 (75)
Suivi des consommations réalisé par service (n=12)	9 (75)
Suivi des consommations réalisé par EOH	13 (81.25)
Fréquence de suivi Trimestrielle ou mensuelle	10 (63)
Interprétation des données de consommation	15 (93.75)
Correspondants en hygiène impliqués dans le suivi des consommations en SHA de leur service	5 (35.71)
Correspondants en hygiène impliqués dans la promotion des SHA au sein de leur service	7 (50)

### Quelles actions de formation et sensibilisation?

Formation « hygiène des mains » inscrite au plan de formation	9 (56.25)
Caisson pédagogique (Boîte à coucou)	12 (75)
Focus Prioritaire SHA	14 (87.50)
Organisation d'une journée Hygiène des mains/Mission mains propres	15 (93.75)

### Quelle communication sur l'ICSHA?

Communication réalisée	16 (100)
Restitution aux services	16 (100)
Restitution de la consommation de chaque service	9 (56.25)
Restitution avec benchmarking interne	6 (66.67)
Restitution avec benchmarking externe	1 (11.11)
Restitution aux instances	16 (100)
Affichage auprès des usagers	13 (81.25)

## LES FACILITATEURS

**Les actions citées comme déterminantes dans l'amélioration des consommations des SHA étaient** l'implication de l'ensemble des acteurs avec un soutien institutionnel, une communication régulière auprès des services, la réalisation d'audits de pratiques et l'implication des usagers ...

## LES FREINS

Des freins à l'amélioration de l'hygiène des mains étaient tout de même identifiés par quelques établissements ; il s'agissait avant tout de l'absence de leadership médical associé à des idées reçues en provenance des médias (doutes sur l'efficacité des SHA notamment).

## CONCLUSION

Nous constatons d'ores et déjà des **items qui apparaissent communs à tous ces établissements qui ont amélioré leur ICSHA (items en gras dans les tableaux)**. Le score ICSHA de ces établissements a pu progresser grâce à une combinaison d'actions : politique de communication, d'achat, suivi des consommations avec feedback régulier aux équipes et réalisation d'audits. Le benchmarking externe et la valorisation des efforts pourraient permettre une nouvelle amélioration des consommations.

## PERSPECTIVES... LA SUITE...

Le groupe de travail va maintenant tâcher d'établir si les items communs retrouvés auprès de ces établissements sont les réelles clés de la réussite de l'amélioration de l'observance de l'hygiène des mains. Pour cela, nous allons comparer les données recueillies lors de cette première phase, avec celles qui seront issues d'entretiens réalisés auprès de 16 établissements régionaux ayant un ICSHA 2014 faible.