

# Actes de la journée

*Réunion d'information et d'échanges :*

**PRÉVENTION DES INFECTIONS  
ASSOCIÉES AUX SOINS**

**Rencontre avec les représentants des  
usagers**



• Jeudi 21 mars 2019 •

ARTOIS EXPO

## Sommaire

- **Introduction et bienvenue** – Olivier Dauplain, France Assos Santé Hauts-de France, Dr Karine Blanckaert, Médecin hygiéniste responsable, CPias des Hauts de France & Dr Emmanuelle Cerf, Service Veille sanitaire, ARS Hauts de France .....p.3
  
- **Point de vue du patient dans l'évaluation de sa sécurité en établissement de santé** - Dr Meriem BEJAOUI, PharmD, Chef de projet scientifique – infections associées aux soins – Service Evaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS).....p.5
  
- **Coût de la résistance bactérienne et rôle de la nouvelle mission « Surveillance de la résistance bactérienne en ville et prévention des IAS »** - Dr Gabriel BIRGAND, CPias de Nantes .....p.11
  
- **Action associant les usagers dans le champ du risque infectieux : présentation du travail et des outils de communication aux familles** - Etienne CARLIER, Directeur, Résidence La Pierre Bleue – Groupe Colisée (Ferrière La Grande).....p.14
  
- **Information du patient en hémodialyse : retour d'expérience** - Julie DOUAY, IDE Hygiéniste Nephrocare Helfaut.....p.16

## Introduction et bienvenue

### **Olivier Dauplain, France Assos Santé Hauts-de-France**

Bonjour à tous et un grand merci pour votre présence, de la part de France Assos Santé Hauts-de-France et au nom de notre Président Pierre-Marie Lebrun. Un merci tout particulier aux intervenants de cet après-midi qui ont eu la gentillesse de prendre du temps pour nous informer des évolutions sur ce sujet que sont infections associées aux soins.

Nous, Représentants des Usagers - et je pense notamment à tous ceux qui viennent d'être nommés pour siéger en Commission des Usagers que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors des formations de France Assos Santé – nous avons de quoi nous y perdre, entre les définitions, les intitulés, les formulations et les représentations des uns et des autres sur tous ces aspects sécuritaires des soins prodigués et reçus par les patients. On est concernés et sollicités concernant :



- Des vigilances qu'elles soient obligatoires ou réglementaires,
- Des événements indésirables graves liés aux soins,
- De signalement à faire ou faire faire,
- Des recommandations particulières sur les infections nosocomiales
- Et aujourd'hui de « La prévention des infections associées aux soins »

Alors, en ce jour, un mot sera au cœur de nos échanges, celui de « Prévention » : Prévenir est toujours mieux que guérir et beaucoup mieux qu'indemniser !

### **Karine Blanckaert, Médecin hygiéniste responsable, CPias des Hauts de France**

Au nom du CPias des Hauts de France, je tiens tout particulièrement à remercier France Assos Santé, ainsi que les intervenants, notamment ceux qui viennent de Paris et Nantes, qui nous

présenteront les nouveautés dans le champ de la prévention des risques associés aux soins.  
Bonne journée à tous les participants.

**Emmanuelle Cerf, Service Veille sanitaire, ARS Hauts de France**

L'ARS Hauts de France est partie prenante dans la prévention des risques associés aux soins.  
« Assurer la veille et la sécurité sanitaire » est par ailleurs un des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS 2).

Dans ce cadre, l'ARS développe des actions avec le CPIAS, notamment en ce qui concerne le médico-social et les EHPAD plus particulièrement. Nous travaillons aussi avec beaucoup d'autres partenaires tels que l'Association Régionale MEDicale pour le bon usage des Antibiotiques (ARMEDA).

Il est intéressant ici de mentionner le site GILAR – groupement d'infectiologie et de lutte contre l'antibiorésistance –, créé par les services universitaires de maladies infectieuses des Hauts de France avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé, afin de répondre à plusieurs objectifs, dont présenter aux usagers les enjeux de la lutte contre l'antibiorésistance.

Bons échanges à tous les participants.



## **Point de vue du patient dans l'évaluation de sa sécurité en établissement de santé**

**Dr Meriem BEJAOUI, PharmD, chef de projet scientifique –  
infections associées aux soins – Service Evaluation et Outils pour  
la Qualité et la Sécurité des Soins (EvoQSS) / HAS**



Regarder du point de vue du patient dans l'évaluation de la sécurité des soins signifie vous donner la parole pour permettre d'améliorer la sécurité du patient.

Qu'est-ce qu'un soin de qualité ? Selon la définition de l'OMS c'est :

- Assurer le meilleur résultat au meilleur coût,
- Avec le moindre risque iatrogène,
- Satisfaire le patient, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Ainsi, la notion de qualité des soins inclut la prise en compte du point de vue du patient.

Un soin sûr et de qualité c'est avant tout un soin centré sur les patients. Construire des soins centrés sur les patients, c'est prendre en compte ce qui importe pour le patient. Les attentes des patients sont, selon l'Institut Picker :

- L'accès aux soins
- La coordination et l'intégration des soins
- La transition et la continuité des soins
- Le respect des valeurs, des préférences et des besoins exprimés du patient
- L'information et la communication

- La participation de la famille et des proches
- Le soutien émotionnel
- Le confort physique

Dans « Ma santé 2022 », le plan stratégique du Ministère de la Santé présenté par Agnès Buzyn en février 2018, parmi les chantiers principaux on retrouve le travail sur la qualité et la sécurité, et notamment l'identification des indicateurs sont défini par les patients. Recueillir le point de vue du patient est donc une priorité pour la France.

Il faut retenir de ce plan stratégique :

- Une orientation forte pour l'organisation de la qualité en fonction des parcours via le développement d'indicateurs de parcours.
- La nécessité de développer des indicateurs qui prennent en compte le point de vue du patient.
- La nécessité de développer en priorité des indicateurs de résultats (y compris ceux rapportés par le patient)

Comment le patient donne-t-il son point de vue et comment le mesurer ? 3 approches sont à considérer : satisfaction, expérience et résultat clinique.

Qu'est-ce que c'est la satisfaction ? Par exemple, en demandant : « comment le patient a-t-il vécu son séjour ? Le séjour a-t-il répondu à ses attentes ? » le patient peut répondre : « j'ai attendu trop longtemps ». Cette réponse est bien sûr subjective et dépend d'un patient à l'autre. La satisfaction est en effet un phénomène complexe : dépend des attentes du patient et donc de son histoire, de ses réactions émotionnelles, etc... C'est très subjectif mais ça doit être pris en compte pour un travail sur la qualité !

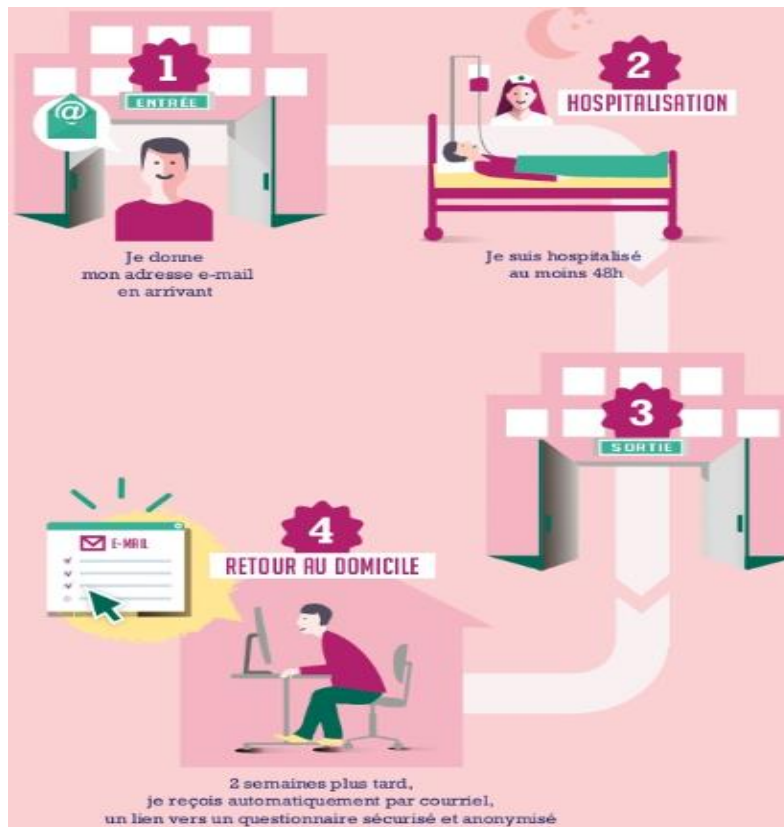
En ce qui concerne l'expérience patient, on se pose la question « que s'est-il passé ou non durant le séjour ? » et on va recueillir ce qui est arrivé dans les faits au patient (par exemple « on m'a remis un livret d'accueil »). Les informations factuelles sur les processus de soins sont très utiles pour en définir les critères de qualité. Ceci est l'approche de : PREMS (Patient Reported Experience Measures).

Par rapport au résultat clinique rapporté par le patient, on pose la question « qu'est-ce que les soins ont eu comme résultat sur l'état de santé du patient ? ». Pour cela, il est nécessaire de connaître l'état de santé du patient avant les soins. Ensuite on s'interroge sur le résultat clinique rapporté par le patient (par exemple « Je ne peux plus monter les escaliers »).

Avec l'approche PROMS (Patient Reported Outcome Measures), les résultats cliniques rapportés par le patient permettent d'évaluer la qualité des soins prodigués mais pas de comparer les offreurs de soins entre eux.

En France, avec e-Satis on recueille les points de vue de patients. Cela concerne les patients hospitalisés plus de 48h en MCO et les patients opérés en chirurgie ambulatoire. On évalue le parcours pendant le séjour, et plus particulièrement la satisfaction et l'expérience.

Comment les patients participent ? L'image vous explique le processus de participation.



Source : Diaporama du Dr Meriem BELAOUI

Et les établissements comment participent-ils dans le cadre de e-Satis ? Ils informent le personnel et les patients de l'ES, ils recueillent en continu des e-mails des patients ; ils font l'extraction des patients éligibles à l'enquête et ils déposent régulièrement un fichier de mails sur la plateforme e-Satis.

Quelles dimensions recueillies dans e-Satis ? L'accueil dans l'établissement, la prise en charge, la chambre et le repas, ainsi que l'organisation de la sortie.

Concernant le point de vue du patient dans la sécurité des soins, que se passe-t-il à l'international ? Plusieurs études scientifiques ont démontré une association positive entre le

recueil du point de vue du patient et la sécurité des soins. Selon l'OCDE c'est une mesure pertinente de la sécurité, en complément de la déclaration des événements indésirables et de la collecte des données de sécurité en routine.

L'OCDE a lancé le projet PaRIS (Patients Reported Indicators Survey) qui a comme objectif celui de mettre à disposition des outils pour évaluer la performance des services de santé, du point de vue des patients : développement, collecte, suivi d'indicateurs de mesures du vécu, de l'expérience (PREMS) et des résultats de santé (PROMS) déclarés par les patients. Ce projet comporte un volet « sécurité » avec le développement d'un questionnaire patient, auquel la France participe activement. Le volet sécurité concerne 3 dimensions concernées : 1- prévention, 2- survenue des événements indésirables et 3- management des événements indésirables.

Certains pays européens se sont déjà lancés dans le développement et l'utilisation d'un questionnaire « expérience patient sécurité ». En 2013, l'Angleterre a développé l'outil « PMOS » (Patient Measure of safety) à partir des causes potentielles de survenue des événements indésirables, avec des questions regroupées selon les familles de causes pouvant être observées par les patients : communication, facteurs individuels (liés au personnel ou au patient), environnement physique, facteurs organisationnels administratifs, formation du personnel, facteurs liés au travail en équipe, management du personnel, équipements et ressources matériels. Avec des questions très centrées sur l'expérience et la satisfaction. Cet outil est proposé aux établissements comme outil de gestion des risques en interne mais n'est pas utilisé à l'échelle nationale pour comparer les établissements entre eux. En Norvège l'outil « PRIH-I » (Patient Reported Incident in Hospital – Instrument), très similaire à e-Satis, comporte 13 questions explorant les items : communication, médicaments, infections associées aux soins, identitovigilance, ainsi que certaines pratiques de prévention des événements indésirables comme l'hygiène des mains. Dans cet outil 11 questions concernent l'expérience et 2 questions les résultats cliniques. Il a été testé à l'échelle nationale avec la production d'un score d'évaluation de la sécurité par les patients par établissement.

Et en France ? Je parlerai des travaux de l'HAS sur les indicateurs de qualité et sécurité. Qu'est qu'un indicateur de qualité et de sécurité des soins ? C'est un outil de mesure qui permet :

- L'amélioration de la qualité et de la sécurité
- La comparaison inter-établissements
- L'aide à la décision (régulation de l'offre de soins)



A partir de quoi développe-t-on nos indicateurs ? Les données viennent des questions aux établissements, du dossier patient, des bases médico-administratives et questions aux patients.

L'HAS souhaite pour l'horizon 2020/2021 développer un indicateur sécurité évalué par les patients à partir d'un questionnaire permettant le recueil du point de vue de patient sur sa propre sécurité de prise en charge dans les établissements de santé. Avant diffusion nationale, le questionnaire doit être validé sur des critères méthodologiques concernant faisabilité, pertinence et qualités métrologiques.

Comment développe-t-on un questionnaire patient à l'HAS ? Tout d'abord on fait une analyse de la littérature scientifique, en deuxième lieu une sélection des questions par un groupe de travail (patients, experts) et sa traduction, et ensuite on fait un test via un focus groupe de patients accompagné d'un psychologue qui analyse la compréhension des questions. Cela fait, on organise l'expérimentation auprès d'établissements volontaires afin de procéder à la validation du questionnaire, et enfin au déploiement national.

Dans le cadre du groupe de travail, on ne mélange pas professionnels et patients. Les questionnaires sur la qualité de la prise en charge sont fait avec les professionnels, ceux pour les patients sont fait avec les patients. Il y a bien-sûr toujours un représentant d'usagers mais pas des groupes de travail mélangés car méthodologiquement compliqué.

Voici des exemples de dimensions et de questions qui seront discutés avec le groupe de travail :

- Sécurité médicamenteuse : avez-vous reçu des informations concernant les médicaments à prendre après votre hospitalisation ?
- Identitovigilance : est-ce que l'équipe soignante vérifiait votre identité avant de vous administrer un médicament ?
- Hygiène des mains : l'équipe soignante se désinfectait ou se lavait-elle les mains avant de vous injecter un médicament, de vous poser une sonde urinaire ou un cathéter, ou de manipuler votre perfusion ?
- Evènements indésirables : avez-vous eu un diagnostic erroné durant votre hospitalisation ?

A retenir !

- La qualité des soins inclut la prise en compte du point de vue du patient
- En France, prendre en compte le point de vue du patient dans l'évaluation de la qualité des soins est une priorité du Plan ministériel « Ma santé 2022 »

- Le patient peut s'exprimer selon 3 approches différentes : satisfaction, expérience et résultats cliniques.
- La sécurité des soins peut être évaluée par les patients à l'aide d'un questionnaire : ex PMOS, PRIH-I
- L'HAS est en cours de développement d'un indicateur basé sur un questionnaire d'évaluation de la sécurité (dont les infections associées aux soins) par les patients

Question d'un intervenant : On utilise le même questionnaire dans tous les établissements ?

Réponse : Oui, afin de comparer les résultats entre établissements.

Question d'un intervenant : On utilise le même questionnaire pour l'HAD ou un différent ?

Réponse : Le champ n'a pas été fixé encore, le groupe de travail va voir comment adapter aux différentes prises en charge.

Question d'un intervenant : Quid du questionnaire dans le cadre du GHT ? Va-t-on considérer cette nouvelle structure dans ce cadre ? Réponse : Le GHT n'impacte pas vraiment ces actions. On voudra toujours connaître les questionnaires ES par ES car il nous intéresse les territoires géographiques et non pas les GHT pour faire nos analyses. C'est au niveau géographique que l'évaluation de la qualité prend tout son sens.

Question d'un intervenant : Il existe un vrai problème de collecte de e-mails dans les établissements ! Pas tout le monde veut le donner, on ne comprend pas bien à quoi ça sert...

Réponse : C'est en effet un problème ! D'autres moyens pour recueillir les données ont été pensées : via le téléphone par sms par exemple, mais cela est à soumettre à un test...

Question d'un intervenant : Quid des données personnelles ? L'HAS crypte toutes les données et l'identité reste anonyme. L'anonymat reste à la base de notre action !

Question d'un intervenant : Peut-on rajouter les questions sur la sortie dans les questionnaires ? En effet des mauvaises sorties causent des problèmes, comme pour la prise de médicaments par la suite ...Réponse : Le questionnaire regarde seulement le côté établissement de santé et pas le côté ville, malheureusement...

# Coût de la résistance bactérienne et rôle de la nouvelle mission « Surveillance de la résistance bactérienne en ville et prévention des IAS »

Gabriel BIRGAND, CPias de Nantes

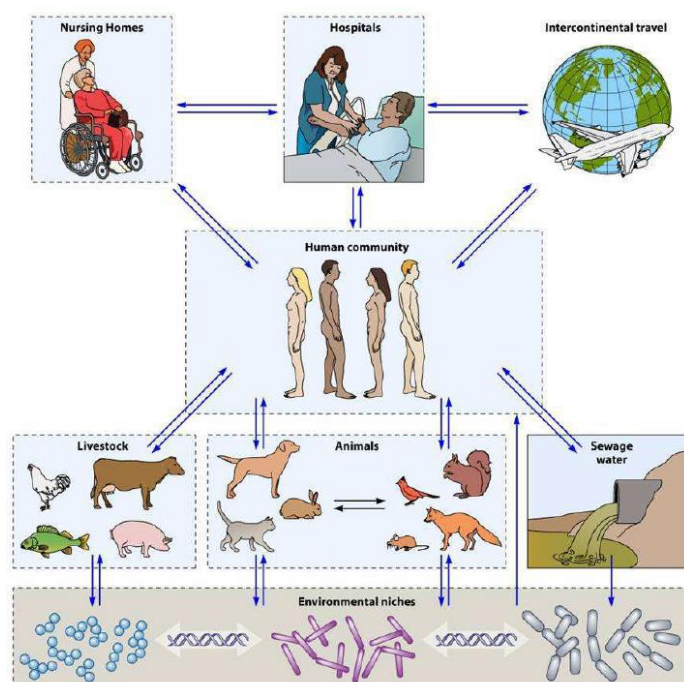
Je vais vous parler maintenant de la résistance bactérienne et des coûts liés.

On dit souvent que la personne devient résistante à l'antibiotique... C'est plutôt la bactérie qui devient résistante à l'antibiotique ! Une bactérie émet en effet des enzymes pour attaquer l'antibiotique. Cela provoque un problème de traitement ! L'antibiotique c'est LA découverte en médecine... sans antibiotiques on revient aux niveaux de mortalité d'avant la deuxième guerre mondiale !

Quel est l'évolution de la résistance par rapport à la découverte d'antibiotique ? Ils évoluent ensemble. Par contre, aujourd'hui on observe une diminution des découvertes avec, au même temps une augmentation de la résistance. Les bactéries vont donc plus rapidement que le développement d'antibiotiques !

La résistance est déterminée par deux facteurs : 1) l'émergence (la bactérie réagit contre les antibiotiques) ; 2) la diffusion des bactéries résistantes d'une personne à l'autre (surtout par les mains d'un patient à un autre).

Les réservoirs des bactéries multi-résistantes (BMR) se trouvent principalement dans les endroits décrits dans l'image : les hôpitaux, chez les animaux (utilisation des antibiotiques pour promouvoir la croissance en élevage), mais aussi les avions.

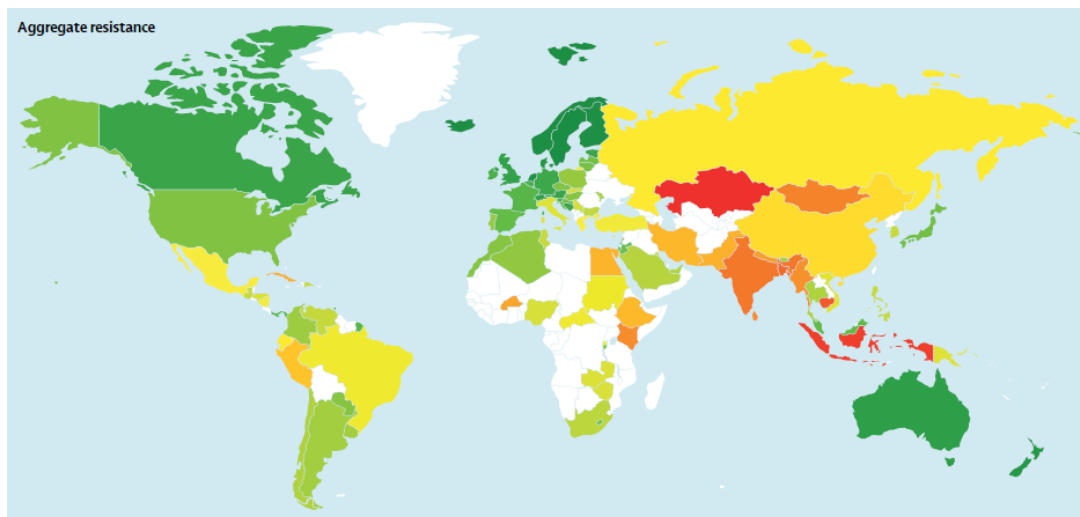


Source :  
Diaporama du Dr  
Gabriel BIRGAND,  
CPias de Nantes

Plusieurs cas de figure existent. Les « porteurs » sont ceux qui ont une bactérie. Les « colonisés », ceux chez qui la bactérie est dans un site anatomique où elle ne devrait pas mais elle ne provoque pas d'infections. Et les « infectés » présentent une infection provoquée par la bactérie et c'est là où interviennent les antibiotiques.

L'OMS a établi une liste de priorités par rapport aux risques provoqués par la bactérie. Parmi ceux qui rentrent dans la priorité 1 (critique) on a les *acinetobacter baumannii* et les *pseudomonas aeruginosa*.

Le problème est mondial mais touche surtout certains pays, notamment les pays en voie de développement. Les problèmes se présentent surtout en Asie, notamment pour l'*Escherichia coli*, comme le montre l'image. Par exemple, en Inde les problèmes sont dus au fait qu'il n'y a pas d'eaux usées, que les antibiotiques sont vendus au tabac, qu'il y a une forte surpopulation... tous de facteurs qui augmentent le risque d'antibiorésistance.



Source : Diaporama du Dr Gabriel BIRGAND, CPIas de Nantes

L'économiste de la santé Jim O'Neill a démontré que l'antibiorésistance provoque plus de morts que le cancer. Il prévoit qu'en 2020 la résistance aux antimicrobiens provoquera environs 10 millions de morts.

Une enquête de Santé Publique France de 2012 a étudié la morbi-mortalité liée l'antibiorésistance en France. Cette étude a démontré que le nombre total de décès pour résistance aux antimicrobiens en 2012 en France a été de 12 400 morts. Notamment pour les bactéries SARM (2 236 décès) et *Escherichia Coli* (2 020 décès).

Une autre étude de 2015 montre l'ampleur du fardeau des infections à bactéries résistantes aux antibiotiques dans les différents pays européens. La France est le sixième pays européen le plus touché, avec une valeur médiane de 5543 décès en 2015.

Quels sont les coûts de infections ? Plusieurs couts sont à prendre en compte. Les coûts médicaux, non-médicaux et liés à la perte de productivité. En ce qui concerne les premiers, nous retrouvons les coûts liés à la consommation médicamenteuse et des ressources médicales. Pour les coûts non-médicaux, le transport du patient ou encore les aides à domicile. Une étude américaine calcule un coût global de 45 milliards d'euros pour les Etats-Unis. Le coût de la prévention serait globalement plus bas.

Le sujet est devenu un enjeu politique seulement en 2016, avec une mise à l'agenda de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Dans un cas d'épidémie, il est souhaitable de bloquer les lits dans un établissement de santé afin de diminuer les risques pour les autres patients et restreindre le problème à un endroit défini. On sectorise donc les patients porteurs et on met les autres pas exposés ailleurs. Cela génère des couts pour le système de santé mais c'est une action nécessaire pour bien gérer une épidémie, en terme de coût et efficacité. Au contraire, fermer des lits ou un service n'est pas souhaitable. En plus, selon une analyse qualitative faite par une équipe de recherche hollandaise, l'annulation de l'hospitalisation pour le patient porteur pose des questions d'accès aux soins.

Nous sommes aussi en train de commencer à travailler, dans le cadre d'un projet de Santé Publique France, au risque infectieux en établissement médico-social et soins de ville. C'est un domaine nouveau pour nous : en ville on ne connaît pas les risques d'infections et en EHPAD il y a seulement quelques données. 3 axes seront développés : la surveillance en ville en population générale, une meilleure utilisation des antibiotiques et la promotion et la prévention des infections associées aux soins (IAS). Le point de vue des usagers est essentiel là-dessous : on a besoin de coopérer avec vous !



**Action associant les usagers dans le champ du risque infectieux :  
présentation du travail et des outils de communication aux familles  
Etienne CARLIER, Directeur Résidence La Pierre Bleue et l'équipe de  
soins – Groupe Colisée (Ferrière La Grande)**



Nous allons vous maintenant vous présenter nos actions de prévention du risque infectieux en EHPAD.

Notre établissement accueille 78 résidents et est caractérisé par une équipe pluridisciplinaire de 50 personnes (professionnels de santé, cuisiniers, agent technique, équipe administrative, etc.), ainsi que par une quarantaine d'intervenants extérieurs (médecins traitants, kinésithérapeutes, orthophonistes, opticien, dentiste, etc.).



Avec le choix de ne pas avoir d'horaires de visites, les nombreux allers et venues des familles et intervenants ainsi que la vie en communauté, le risque infectieux est très présent. Et nous savons que la meilleure prise en charge de ce risque est la prévention.

Quelles sont nos actions de prévention en pratique ? Nous organisons des mini-conférences pour les professionnels et les familles avec des experts sur des sujets liés (par exemple sur l'importance de la vaccination). Avec les professionnels, nous menons des actions de

communication et de sensibilisation concernant les règles d'hygiène et les bonnes pratiques, les maladies à risques épidémiques, etc. Avec les résidents, nous menons des actions les invitant au lavage des mains au quotidien avant les repas. Et avec les familles, nous invitons au respect des règles d'hygiène via une campagne d'affichage, nous mettons à disposition des Solutions Hydro-Alcooliques (SHA) ou des masques, nous faisons mensuellement de l'information par envoi du journal interne et, enfin nous avons développé un réseau social privé : MyColisee.

MyColisée est un réseau social privé et sécurisé. Toutes les données personnelles restent privées et ne sont pas exploitées. Via cet outil les équipes d'animation partagent les événements du quotidien via un fil d'actualités, un calendrier, des photos des activités, des documents...MyColisée veut renforcer le lien entre le résident, ses proches et l'équipe de la résidence. Cet outil souhaite en effet permettre aux familles de recevoir du contenu sur la vie quotidienne de leur proche, de partager les anecdotes et les événements qui rythment la vie de leur parent au sein de la maison de retraite et ainsi de renforcer les liens familiaux. Les professionnels de la résidence peuvent partager avec les familles les activités au sein de la résidence de manière totalement privée, via le partage de photos et vidéos, de documents, de calendrier et une messagerie privée. Par exemple, famille et proches peuvent envoyer une « carte postale » lors d'une occasion particulière à partir de leur smartphone ou ordinateur et le résident reçoit sa carte personnalisée avec un message et des photos qu'il peut conserver près de lui.

De plus, afin de promouvoir la vaccination chez les soignants, nous avons créé des t-shirts « Je suis vacciné » !

Ces actions nous ont permis d'arriver aux données suivantes : 96% de salariés vaccinés, 98% de résidents vaccinés, 9 sensibilisations aux familles et collaborateurs et, surtout, 0 grippe ou gastroentérite pour cette année 2018-2019 !

## **Information du patient en hémodialyse : retour d'expérience**

### **Julie DOUAY, IDE Hygiéniste Nephrocare Helfaut**

Le risque infectieux est présent dans toute structure de soins car on y retrouve des réservoirs de micro-organismes (environnement, soignants, patients). Ceci est très important en hémodialyse à cause de l'utilisation d'abords vasculaires (fistules et cathéters) et de la fragilité de l'immunité des patients dialysés. Il y a donc un grand intérêt de prévenir et maîtriser le risque infectieux : les infections en général sont en effet la 2ème cause de morbidité et mortalité chez les patients dialysés.



Dans le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017 et dans le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 on affirme l'importance de développer la prévention en impliquant le patient et de rendre le patient acteur de sa santé.

C'est dans ce cadre qu'il nous a semblé intéressant d'évaluer de la conscience du risque et les connaissances des patients.

L'étude a été menée dans un centre de dialyse auprès de 53 patients, âgés de 41 à 91 ans, porteurs de fistules et/ou cathéters (26 FAV, 22 CVC et 5 FAV + CVC). Un questionnaire a été élaboré afin d'évaluer les connaissances du patient, la conscience du risque infectieux, la connaissance des signes infectieux, les précautions prises et les informations reçues (concernant tenue vestimentaire, hygiène, précautions à prendre avec le cathéters), ainsi que les pratiques liées à l'hygiène des mains (avant et après les soins : recommandations SF2H).

Les résultats de l'étude ont montré que 81% des personnes interrogées savent qu'il y a un risque infectieux lié aux soins de l'abord vasculaire et seulement 31% connaissent les premiers signes d'infection de l'abord vasculaire. En ce qui concerne la connaissance de la tenue vestimentaire adaptée au bon déroulement de la séance de dialyse, seulement 62% déclarent la connaître. La réalisation d'une hygiène des mains en sortant de l'unité de soins ou après le



débranchement n'est jamais faite par 74% des personnes interrogées. En ce qui concerne la Solution hydro-alcoolique, 75% la connaissent, 63% l'utilise.

Nous pouvons donc conclure que, en ce qui concerne la conscience du risque infectieux, les patients ont peu de connaissances des signes.

Il est donc important de faire de l'éducation et de l'accompagnement thérapeutique concernant les précautions et la prévention du risque infectieux liés aux abords vasculaires. Il est aussi nécessaire de travailler sur une bonne information : dans ce cadre, beaucoup d'informations sont données à l'arrivée...il faudrait donc espacer la distribution, présenter le livret d'accueil et passer du temps pour répondre aux questions. Il serait intéressant d'éditer un document reprenant ce que savent les patients à distribuer à tous les patients !

Un travail avec un groupe de patients sur les connaissances qu'ils ont et sur ce qu'ils voudraient savoir a été mené par conséquent. Ceci a permis de travailler sur un document sur l'hygiène hospitalière qui entrera dans le cadre de l'éducation thérapeutique proposé aux patients dialysés, avec des notions d'hygiène - générales et spécifique à l'hémodialyse – formulées sous forme de questions.

Ce document présente le sommaire suivant :

- *Notions et définition d'hygiène*
- *Respecter l'environnement et le bien-être*
- *Prévenir les infections*
  - o Je suis dialysé, en quoi suis-je concerné ?
  - o Pourquoi je lave mon bras de fistule ?
  - o Et si j'ai un cathéter central ?
  - o Je peux prévenir les infections ! Comment ?
  - o Pourquoi me parle-t-on souvent du « SHA » ?
  - o Comment faire une bonne friction ?
- *Me voilà malade...*
  - o Quels sont les signes d'infections ?
  - o Comment traiter l'infection ?

En conclusion, un patient bien informé peut : se protéger et protéger les autres ; préserver son abord vasculaire ; promouvoir la prévention du risque infectieux. Lorsque le patient est bien informé, il peut s'impliquer dans les soins, la prévention du risque infectieux, et ainsi améliorer sa prise en charge !