



Stratégie de communication sur le programme StopRisk en hospitalisation à domicile

Marie-Paule MATHELIN

Cadre de santé en hygiène hospitalière, HAD OIKA, Loire
marie-paule.mathelin@oikia-sante.fr

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation à part entière, mais au domicile du patient. Elle exige une collaboration permanente et sans faille, entre tous les partenaires de soins à domicile, qu'ils soient salariés ou libéraux.

Du fait de la diversité des cultures professionnelles, de la dispersion géographique des intervenants, de la multiplicité des lieux de prise en charge des patients (au domicile, dans des milieux sociaux très variés ; en EHPAD ou autres institutions), la stratégie de communication sur l'application des précautions standard se révèle très spécifique, et nécessite de constantes adaptations. De plus, le contexte du domicile renforce la participation active du patient et/ou de son entourage, en plaçant leur rôle "au cœur du soin".

Dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité des soins, OIKIA (1^{ère} HAD du Sud Loire créée en déc. 2005) s'est engagée dans le programme StopRisk dès son lancement, afin d'initier et de promouvoir des actions de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins.

Début 2009, le choix de recruter un personnel expérimenté en hygiène hospitalière dans divers types d'établissements a facilité l'intégration de l'HAD dans les réseaux de travail et de surveillance du Sud-Est.

Méthodologie

► **La première étape** a consisté en un **état des lieux des pratiques**, afin d'avoir une base d'informations nécessaire à l'élaboration d'un plan d'actions. Cette première phase a été très rapide (1 semaine), compte tenu des informations déjà recueillies auprès des professionnels :

- les précautions standard étaient vaguement connues,
- les indicateurs de consommation des équipements de protection individuelle étaient très bas,
- la consommation de solutions hydro-alcooliques était faible et non suivie,
- un protocole sur la conduite à tenir en cas d'AES était écrit mais non diffusé,
- les documents informatifs pour les professionnels libéraux, pour les patients et leur entourage, ainsi que pour les transports sanitaires n'existaient pas.

Suite à ces constats, le lancement du programme StopRisk se révélait donc incontournable, dans son intégralité.

► **La deuxième étape** a alors été construite et conduite par le groupe de **correspondants en hygiène hospitalière** mis en place début 2009.

Ce groupe composé de cadres de santé, IDE coordinatrice d'évaluation, IDE, pharmacien de la PUI et logisticien, a élaboré des protocoles et des documents d'information sur les précautions standard.

L'objectif principal de ce groupe : adapter les outils de la campagne StopRisk aux préoccupations des intervenants à

domicile, et répondre au mieux à la réalité de leurs problématiques.

En effet, la stratégie du groupe devait tenir compte du professionnalisme et de la grande autonomie des intervenants essentiellement libéraux (90%), en intégrant de nouvelles données qui pouvaient leur paraître à première vue contraignantes dans la pratique quotidienne. Cela nécessitait donc d'être très pragmatique, et surtout pas "donneur de leçons inapplicables et donc forcément inappliquées".

La grande connaissance du milieu libéral, du domicile et la compétence des membres du groupe ont énormément enrichi les échanges et le travail produit :

- rédaction d'un protocole "précautions standard en HAD", avec un tableau récapitulatif facile à consulter,
- réactualisation simplifiée du protocole sur la conduite à tenir en cas d'AES, avec élaboration d'un logigramme résumant les étapes principales de la démarche,
- élaboration d'un document informatif à destination des usagers, sous forme de plaquette en 3 volets,
- élaboration d'un document informatif pour les transports sanitaires, sous forme de plaquette en 3 volets.

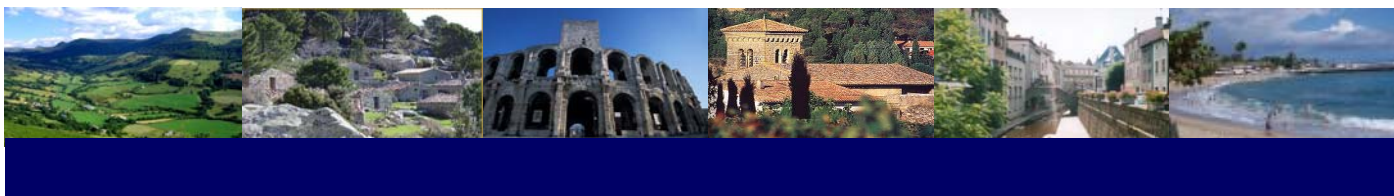
Ces documents ont été validés par un groupe de travail mandaté par le Comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS), puis diffusés par le circuit interne formalisé par le pôle "Qualité et gestion des risques".

Cette diffusion a été accompagnée d'actions de formation.

Dans un premier temps, une formation ciblée sur les précautions standard a été réalisée. Son montage s'est appuyé sur le **diaporama** StopRisk du CCLIN Sud Est mais a été recomposé pour être mieux adapté à l'activité HAD.

Chaque action de formation axée sur la gestion des risques infectieux liés aux soins (nouveaux arrivants, techniques de soins, etc...), intègre une partie du programme StopRisk : un rappel est donc systématiquement réalisé, et le sera encore dans le futur, de façon permanente. Cette stratégie a pour objectif d'intégrer une culture StopRisk, quel que soit le contexte et le soin réalisé. Les **affichettes** ont été apposées dans les bureaux des soignants, et les **tracts individuels** sont mis systématiquement à disposition lors des séquences de formation sur le risque infectieux. Le quizz et le jeu de l'oie, non adaptés à l'activité HAD n'ont pas été retenus. Compte tenu de la charge de travail des professionnels de l'HAD (environ 100 patients pris en charge), seul un **atelier** sur l'hygiène des mains a été organisé, lors de la journée mondiale de l'hygiène des mains (le 5 Mai).

► Après cette phase d'actions multiples, **la troisième étape** a permis de réaliser **le bilan nécessaire au réajustement du plan d'actions et de cibler un plan d'améliorations**. Ce bilan comporte 2 volets : quantitatif et qualitatif.



Résultats

► Analyse descriptive du suivi des indicateurs

La production et le suivi d'indicateurs permettent d'évaluer les changements de pratiques.

Ces indicateurs ont été ciblés sur la consommation de SHA (ICSHA), la consommation des équipements individuels de protection (EPI) et le taux de déclaration des AES (cf. Tableau 1 ci-après).

Une sensibilisation est en marche, mais ce n'est que le début d'un long chemin à parcourir tous ensemble, l'objectif de cette première année étant de mettre en mouvement des dynamiques individuelles et collectives.

► Analyse qualitative du suivi des indicateurs

En HAD, c'est la partie qui se révèle la plus délicate et la plus difficile à réaliser, contrairement à un établissement d'hospitalisation classique. En effet, comment réaliser des évaluations de pratiques professionnelles, avec le maximum de fiabilité, sans être présent physiquement au domicile du patient, au même moment que les intervenants ?

La problématique de la multiplicité des intervenants salariés et libéraux (IDE, médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes, auxiliaires puéricultrices, psychologues, assistantes sociales,...) sur un secteur géographique très étendu et de la planification individuelle de chacun par rapport à son activité, rend impossible l'audit sur le terrain aux côtés des professionnels.

Nous avons donc choisi d'intégrer en cours d'année cette évaluation aux différents audits de pratiques que nous réalisons, sous forme de **questionnaires** envoyés à nos partenaires. Cette pratique a des limites bien connues car elle repose sur des éléments déclaratifs, mais les professionnels se prêtent bien au jeu des questions/réponses, d'autant plus qu'ils ne se sentent pas jugés dans leurs compétences, mais au contraire "vecteur d'améliorations des pratiques".

Les résultats de ces audits leur sont communiqués et servent de base pour construire le contenu des futures formations. Ainsi, les formations sont toujours adaptées à la réalité de leurs pratiques et répondent au maximum à leurs attentes.

Cette stratégie permet de prendre en compte la spécificité de l'activité HAD, d'être à l'écoute permanente des préoccupations des soignants à domicile, et de ne surtout pas leur donner l'impression d'un "copier-coller" inapproprié et inapplicable.

Leur participation aux groupes de travail et de réflexion est essentielle pour qu'ils se sentent impliqués et acteurs du changement.

► **Les difficultés principales** résident dans la communication avec les cabinets libéraux, car nous travaillons avec un grand nombre de professionnels, variant perpétuellement en fonction des secteurs géographiques et des différents modes de prise en charge.

Les participants aux groupes de réflexion sont déjà, par principe, les plus sensibilisés aux thématiques évoquées.

Il reste à "toucher" ceux qui restent en marge des nouveautés, des recommandations, et toute notre énergie se concentre actuellement sur les moyens de communication à développer. Nous savons par expérience que trop de communication "tue" la communication.

Il est également indispensable de mettre en lien deux logiques qui peuvent être parfois complètement opposées : la logique libérale et la logique d'établissement de santé, qui se rejoindront grâce à une meilleure communication et à des échanges renforcés.

Actuellement, les **IDE coordinatrices** sont des liens essentiels entre l'établissement et les intervenants salariés et/ou libéraux (IDE, médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes, auxiliaires puéricultrices, psychologues, assistantes sociales,...), mais leur charge de travail ne leur permet pas toujours, malgré leur immense bonne volonté, d'être des relais d'informations dans tous les domaines.

C'est pour cette raison que nous réfléchissons au développement de notre **site internet**, avec un accès possible pour tous nos partenaires.

En parallèle, le recours à un **expert en hygiène hospitalière** dans l'établissement, permet des sensibilisations, des actions pédagogiques sur le terrain, auprès des familles et des professionnels : ces interventions sont sollicitées par les cadres, IDE coordinatrices ou les médecins, et se révèlent des plus efficaces (nombreuses sollicitations en périnatalité).

► **Pour conclure, le programme StopRisk proposé par le CCLIN Sud Est a été le socle d'un travail réfléchi et construit par l'HAD.** Une dynamique est en mouvement. Compte tenu des difficultés rencontrées, il reste à poursuivre le chemin de la communication, de l'ouverture et de la compréhension de logiques différentes. ■

Tableau 1. Evolution de la consommation de 2008 à 2010

	2008	2009	2010 (janv.- nov.)
Solution hydro-alcoolique (ICSHA)	68,4% des objectifs	178% des objectifs	170% des objectifs
Gants à usage unique	inconnu	248	84 139
Masques à usage unique	1 505	2 637	2 693
Lunettes de protection	17	4	12
Charlottes	74	13	55
Tablier à usage unique	0	0	3 960
Nombre de déclaration d' AES	inconnu	1	3