

**Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière –  
Groupe Infirmier**

## **L'INFIRMIER(ÈRE) HYGIENISTE HOSPITALIER(ÈRE)**

### **Monographie**

Groupe de travail : J. Bellon , S. De Jonghe, M.C. Schommer, E. Gobert, J. Labalue, F. Rost  
Avec le concours de Maître R. Meert-Van de Put et M. Zumofen.

Septembre 1990

**Mise à jour en février 2002 par Y. Brogniez, C. Robin et M. Zumofen**

**Avec le concours de Maître R. Meert-Van de Put**

## **TABLE DES MATIERES**

AVANT-PROPOS

CHAPITRE I : QUELQUES JALONS HISTORIQUES

CHAPITRE II: SA FORMATION

CHAPITRE III : SA SITUATION HIERARCHIQUE DANS L'INSTITUTION HOSPITALIERE

CHAPITRE IV : LA REPARTITION DE SON TEMPS DE TRAVAIL ET SON FINANCEMENT

CHAPITRE V: SA PLACE ET SON ROLE AU SEIN DU COMITE D'HYGIENE HOSPITALIERE

CHAPITRE VI: SON ROLE DANS LE DOMAINE DE LA FORMATION ET DE L'INFORMATION

CHAPITRE VII: SON ROLE EN MATIERE DE PROMOTION DE LA QUALITE DES SOINS

CHAPITRE VIII: L'ENREGISTREMENT DES INFECTIONS ET LES ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES

CHAPITRE IX : CONSEILLERE DANS LE DOMAINE DES BATIMENTS, DES EQUIPEMENTS ET DU MATERIEL

CHAPITRE X : ASPECTS JURIDIQUES DE SA RESPONSABILITE

CHAPITRE XI : SES OUTILS DE TRAVAIL

**EN CONCLUSION**

ANNEXE :1. RESOUDRE LES PROBLÈMES

2. SUGGESTIONS POUR UNE AUTO-EVALUATION EN HYGIENE HOSPITALIERE

## AVANT-PROPOS

Dans cette très vaste profession que sont les Soins Infirmiers, la fonction d'infirmière \* hygiéniste hospitalière a maintenant acquis sa reconnaissance dans sa spécificité.

Certes, l'hygiène a toujours fait partie intégrante des professions de santé et une large part en a toujours été l'apanage des infirmières. À peine la profession se structurait-elle au XIXe siècle que Florence NIGHTINGALE, dans son manuel destiné aux premières écoles d'infirmières, ne prodiguait-elle pas moult conseils dans ce domaine et n'y inventoriait-elle pas toutes les tâches, mais surtout les responsabilités de l'infirmière dans le domaine de l'hygiène.

La médecine a évolué, les technologies médicales les plus sophistiquées ont été progressivement développées, et, avec elles les hôpitaux ont modifié leur structure et leur fonctionnement.

Une médecine audacieuse prenant en charge des patients de plus en plus fragiles a donné le jour au risque infectieux d'origine hospitalière : **les infections dites hospitalières ou nosocomiales.**

A nouveaux problèmes, nouveaux remèdes : l'hygiène à l'hôpital a dû être renforcée, modifiée, adaptée aux besoins spécifiques de celui-ci et est devenue **l'hygiène hospitalière.**

Nouvelle science ? Non, peut être tout au plus nouveau visage d'une science très ancienne.

Pour assumer ce nouvel aspect de l'hygiène, et pour le concrétiser dans les faits, mais aussi à une époque où la notion de « qualité de soins » prend de l'ampleur (et faut-il le dire, l'hygiène hospitalière ou la lutte contre les infections hospitalières fait partie intégrante de la qualité des soins), le législateur belge promulgue des lois :

24 avril 1974 : un Comité d'Hygiène Hospitalière (C.H.H.) est rendu obligatoire dans chaque institution hospitalière.

7 novembre 1988 : la fonction du Médecin en Hygiène Hospitalière (M.H.H.) et celle de l'Infirmière en Hygiène Hospitalière (I.H.H.) sont créées et le financement de l'I.H.H. est prévu.

---

\* Le terme « infirmière » correspond à « infirmier » et « infirmière »

20 décembre 1989 : le financement du M.H.H. et une révision du calcul du financement de l'I.H.H. sont précisés.

5 octobre 1995 : dans le cadre d'un arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en soins intensifs deux articles sont spécifiques à l'hygiène hospitalière : existence d'un programme de surveillance des infections nosocomiales et enregistrement systématique des événements infectieux.

10 décembre 1997 : les titres d'infirmière et de médecin en hygiène hospitalière sont modifiés au profit des titres d'infirmier(ère) ou de médecin hygiéniste hospitalier (ère).

30 décembre 1998 : la base de rémunération et le mode de calcul des effectifs du MHH et de l'IHH sont revus à la hausse. Des frais de fonctionnement des activités d'hygiène hospitalière sont prévus et financés.

Dans les faits, nous pouvons dire que chaque institution de soins aujourd'hui comprend dans son département infirmier une (un) infirmier(ère) hygiéniste hospitalière à temps plein ou à temps partiel eu égard au nombre de lits de l'institution.

Initialement rédigée pour transmettre aux infirmières hygiénistes hospitalières innovatrices dans la fonction, un cadre de réflexion et une structure de base, la monographie de l'infirmière hygiéniste hospitalière écrite par les membres de l'ABHH évolue avec les besoins rencontrés sur le terrain ces 10 dernières années. Elle se veut rester un guide pour les nouveaux praticiens dans la fonction et un cadre de référence pour ceux et celles qui rencontrent des difficultés pour cerner leur rôle, pour imposer des limites ou encore pour structurer leur travail.

Il ne faut cependant pas considérer cette monographie comme une structure rigide, exhaustive et immuable mais l'appréhender comme un instrument de base en perpétuelle évolution, adaptable aux situations vécues, aux besoins mis en évidence, aux attentes de son propre milieu et à son épanouissement personnel.

Ayons toujours à l'esprit que ce n'est pas la fonction qui crée l'individu, mais bien l'être humain avec sa formation, sa sensibilité et sa créativité qui fera de cette magnifique fonction une spécialité à part entière.

## CHAPITRE I : QUELQUES JALONS HISTORIQUES

Si l'I.H.H. a vu officiellement ses fonctions reconnues depuis janvier 1989 (début des subsides; cfr. A.R. 07.11.88), certaines institutions hospitalières belges avaient à cette époque déjà instauré cette fonction depuis plus de 15 ans. On peut donc dire, en l'an 2001, que certains hôpitaux de ce pays bénéficient de cet apport qualitatif depuis plus d'un quart de siècle.

Quelques dates ponctuent la lente et progressive apparition de cette spécialiste...

- Depuis 1969 aux Etats-unis, plusieurs auteurs dont GREENE démontrent l'importance du rôle des infirmières dans la lutte contre les infections nosocomiales. Progressivement, des infirmières s'occupent d'hygiène hospitalière aux Etats-unis, au Canada, en Grande-Bretagne, dans les pays scandinaves, en Suisse .... On les désigne comme : Infection Control Nurse, Infection Control Sister, Nurse Epidemiologist, Practitioner in Infection Control.

- À Strasbourg, en 1972, le Conseil de l'Europe élabore une Résolution (72/31) se rapportant à l'hygiène hospitalière dans laquelle on trouve :

“Pour surveiller, faire connaître et traiter toute infection à l'hôpital :

a) promouvoir des Comités de lutte contre l'infection, placés sous la direction de médecins spécialisés en hygiène, secondés par des infirmières spécialement désignées à cet effet ...;

b) promouvoir la formation de médecins et infirmières en hygiène hospitalière ...

- À Copenhague, en novembre 1978, l'O.M.S. patronne une première réunion internationale des I.H.H. aux fins d'harmoniser dans les différents pays son rôle et donc sa formation.

- En Belgique, dès 1979 s'organisent les premières formations d'I.H.H. Les participants sont nombreux, certains se préparent à cette fonction, d'autres l'occupent déjà depuis 3 ou 4 ans.

- En Belgique, dès 1987 (A.R. 14.08.87) un premier pas est franchi vers la fonction d'I.H.H. à travers ce texte :

« ...un cadre intermédiaire doit être prévu par 150 lits, d'au moins un infirmier à temps plein gradué ou accoucheuse chargé entre autres :

- accueil et formation du nouveau personnel;
- problèmes d'hygiène hospitalière;
- introduction des nouvelles méthodes de travail ... ».

- En Belgique, dès 1988 (A.R. et A.M. 07.11.88 ; A.M. 20.12.89 ; A.M. 10.12.97 et A.M. 30.12.98), le titre, la formation, la fonction et la rémunération sont officialisés.

## **CHAPITRE II : SA FORMATION**

L'exercice de la fonction requiert a priori des connaissances et des compétences pour ne pas parler de qualités.

La législation oriente la formation et précise les grandes lignes de celle-ci :

« Pour assumer ses fonctions, l'infirmière en hygiène hospitalière, aura, après la formation d'infirmière graduée, obtenu une formation complémentaire d'école de cadre, de licencié(e) en sciences hospitalières ou en hygiène hospitalière ou une formation équivalente.

La formation complémentaire concerne notamment les matières suivantes :

- complément de microbiologie
- épidémiologie des infections hospitalières
- complément d'hygiène hospitalière
- hygiène en milieu hospitalier
- organisation et architecture hospitalières
- stérilisation et désinfection
- éducation sanitaire
- actualisation des méthodes des soins
- hygiène du travail

Cet enseignement comporte au minimum un total de 150 heures de cours théoriques, suivi d'un stage de 100 heures, complété par un rapport; le tout étalé sur une période de deux ans au maximum. » (A.R. 07.11.88).

La formation complète comprend donc deux volets : l'un prépare à la fonction « gestion et organisation », l'autre au domaine précis de « l'hygiène hospitalière » .

Ces deux facettes lui sont, en effet, indispensables pour assumer ses fonctions.

La formation spécifique en hygiène, préalable indispensable à la prise de fonction, doit être considérée par le(a) futur(e) candidat(e) :

- comme une base élémentaire;
- comme un vaste panorama de ce que peut englober l'hygiène hospitalière;
- comme un inventaire de toute la matière qu'il faudra approfondir, grâce à l'expérience et aux acquis ultérieurs.

L'expérience ne s'acquiert qu'avec le temps. Dans ce domaine, tant sa propre expérience que celle des autres sont précieuses. Un phénomène infectieux est rarement l'apanage d'un seul hôpital ou service isolé. Tôt ou tard, des situations similaires ou identiques se produisent ailleurs. Les contacts entre personnes chargées d'hygiène hospitalière, les transmissions d'informations, les rencontres formelles ou informelles favorisent les échanges.

Les acquis ultérieurs, nouvelles connaissances, actualisation des connaissances doivent faire l'objet du souci permanent de l'I.H.H. Rien n'est statique dans le domaine hospitalier. La technologie médicale évolue rapidement. L'industrie propose de manière continue de nouveaux matériels, appareils et produits.

Sans responsabilité dans le domaine de l'utilisation des antibiotiques, deux aspects ne peuvent cependant être ignorés de l'I.H.H. : ils concernent l'évolution des manifestations des souches microbiennes d'une part, et les modifications constantes des réactions de ces souches aux antibiotiques d'autre part, avec leur conséquence non seulement chez les patients, mais également dans l'environnement hospitalier.

La mise à jour des connaissances suppose de la part de l'I.H.H. une certaine organisation. A titre exemplatif :

- la lecture régulière de la littérature. S'abonner à tout n'est pas possible. Il faut faire des choix. L'expérience démontre que la lecture périodique de deux revues (l'une plus scientifique, l'autre plus pratique) satisfait à l'essentiel des besoins;
- la mise à jour périodique ou continue de la littérature de base, celle-ci ayant été, au cours de la formation, composée de quelques livres fondamentaux et des notes de cours. De nouvelles éditions paraissent : il est utile de se les procurer. Cette mise à jour peut aussi se réaliser à l'occasion d'un événement infectieux ou travail spécifique dans l'institution : la bibliographie est alors refaite sur un sujet précis;
- la tenue d'un calendrier des sessions de cours de recyclage, des congrès, des séminaires relevant du domaine de l'hygiène hospitalière et dans la mesure du possible, un programme que chacun se fixe pour l'année. Dans cet esprit, on peut aussi songer à un cours qui ne soit pas spécifique à l'hygiène mais dont l'acquisition en soit complémentaire (par ex. : cours d'épidémiologie, cours de statistique, formation en informatique ...).
- la participation active à la publication d'articles ou présentation d'exposés relatifs au travail effectué.

A ces connaissances que nous qualifions plutôt de théoriques, doivent s'ajouter des compétences ou capacités reconnues à exercer une profession.

Ces compétences font appel à de nombreuses qualités : sens de l'observation, de l'organisation, de l'adaptation aux situations spécifiques, de l'économie, « bon sens », qualités relationnelles .

L'I.H.H. sera reconnue et appréciée pour son **professionnalisme** grâce à ses connaissances et la notion de leurs limites, ses compétences et l'art d'utiliser les connaissances à bon escient, et ses qualités humaines.

## **CHAPITRE III : SA SITUATION HIERARCHIQUE**

### **DANS L'INSTITUTION HOSPITALIERE**

Dans ce domaine également, on peut se référer d'abord aux textes de loi pour ensuite les extrapoler dans les situations concrètes.

En effet, avant l'officialisation du rôle de l'I.H.H., l'AR. du 14.08.1987 fait appel à des infirmier(ère)s gradué(e)s ou accoucheuses, du niveau cadre intermédiaire, pour prendre en charge différents aspects des soins infirmiers dont l'hygiène hospitalière.

Dans l'AR. du 07.11.88, les textes suivants la situent dans l'hôpital :

« Cette infirmière, déléguée par le Chef des Services Infirmiers

...

... est une collaboratrice du médecin ayant une formation complémentaire en hygiène hospitalière...

... Elle occupe une position de cadre qui lui permet d'accomplir efficacement ses fonctions ...

... Au niveau du C.H.H., dont elle est membre . . .

... Elle exerce un rôle de supervision ... »

L'ensemble de ces textes confirment qu'elle :

- se situe dans le cadre du personnel infirmier ;
- est déléguée par la Direction du Département Infirmier ;
- occupe un poste de cadre, du niveau cadre intermédiaire ;
- est membre de droit du C.H.H. ;
- a des relations fonctionnelles avec le Médecin Hygiéniste Hospitalier.

Si tout cela semble parfaitement clair et simple en théorie, la mise en pratique peut présenter quelques difficultés liées en particulier à la double appartenance de l'I.H.H. : le Département Infirmier et le Secteur Médical. Par ailleurs, le terrain de son activité est vaste : il concerne toute l'institution hospitalière.

De prime abord, il apparaît comme tout à fait indispensable que l'I.H.H. soit engagée et nommée par la Direction du Département Infirmier, en parfait accord avec le Médecin Chef et le M.H.H.

Outre l'intérêt d'un consensus, c'est de l'importance que ces responsables attachent à l'hygiène hospitalière que dépendra l'efficacité de ses actions.

Hiérarchiquement, c'est-à-dire administrativement, son responsable hiérarchique est celui du Département Infirmier.

Sur le plan fonctionnel, ses activités sont déterminées par le C.H.H. et plus particulièrement par le M.H.H., lui-même attaché au Médecin Chef.

Le Médecin Chef étant « responsable de la promotion de la qualité des soins et de l'hygiène hospitalière dans l'institution » (A.R. 25.12.87), et le Chef du Département Infirmier faisant légalement partie du C.H.H., c'est à ce niveau que s'établit une politique générale en matière d'hygiène hospitalière et que se décide le contenu du programme. Dès lors, des divergences ne peuvent plus résider que dans des modalités pratiques qui doivent trouver les solutions à travers le souci commun du résultat recherché.

Les activités de l'I.H.H. seront déterminées par les propositions retenues au niveau du C.H.H. (organe consultatif du Médecin Chef), décidées par la Direction et coordonnées par le M.H.H. Elle est la principale collaboratrice de ce dernier. Dans l'hypothèse où le M.H.H. n'exerce pas ses activités principales dans l'Institution et soit lui-même consultant, c'est-à-dire Conseiller technique du Médecin Chef, il appartient au Médecin Chef de désigner à l'I.H.H. la personne scientifiquement compétente dont elle dépend dans ses activités courantes. Ce peut être le Médecin Chef lui-même, le Président du C.H.H., le médecin microbiologiste ...

Les fonctions de supervision, de conseil, d'organisation imposent qu'une place de cadre lui soit réservée, qui lui décerne une position hiérarchique favorable par rapport aux responsabilités qu'elle assume.

Bien qu'il soit préférable de concrétiser l'autorité par le niveau hiérarchique, il reste néanmoins évident que le pouvoir ne se prend pas, mais se reçoit grâce au « professionnalisme », aux qualités humaines, à la disponibilité dont elle fait preuve.

À cette fin, il est important que s'installe entre l'I.H.H. et les responsables de service, par exemple les infirmières-chefs d'unité de soins une relation de confiance et de collaboration, pourrait-on dire une « hiérarchie amicale ». L'I.H.H. possède certaines connaissances plus spécialisées dans un domaine précis : **l'hygiène hospitalière**. C'est une personne « ressource ». L'infirmière-chef, en tant que responsable d'une équipe de travail et de soins directs aux patients, a une connaissance approfondie des besoins de son service, des lacunes, des difficultés, des personnes. Une parfaite collaboration entre ces deux piliers peut mener à :

- une juste évaluation des besoins;

- une adéquation de l'information fournie;
- une adaptation du programme aux spécificités du service

Cette tâche sera d'ailleurs continuée efficacement par l'infirmière-chef, chargée de coordination, d'information et d'évaluation des équipes.

Un autre aspect à prendre en considération pour la situer dans l'organigramme relève des secteurs ou services dans lesquels son activité se déroule; toute l'institution est ici concernée : de l'hospitalisation (chevet du patient), à travers tout type de service médico-technique, jusqu'aux services généraux (cuisine, buanderie, ...), services techniques (sanitaire, ventilation, incinérateur, ...) et même certains services administratifs, tel le service des achats avec lequel la collaboration doit s'installer.

Tout ceci étant, l'expérience fait suggérer que l'I.H.H. :

- soit nommée par le Chef du Département Infirmier, en accord avec le Médecin Chef et le M.H.H.;
- occupe une place de cadre intermédiaire dans une petite ou moyenne institution, d'assistance à la Direction du Département Infirmier dans une institution dans laquelle l'équipe du cadre intermédiaire est relativement importante;
- soit intégrée dans une équipe d'hygiène où elle collabore avec le M.H.H. ou celui qui en tient lieu;
- ait accès pour les sujets qui la concernent aux différents services de l'hôpital, où elle exerce le cas échéant son activité en collaboration avec le responsable du service concerné;
- soit membre à part entière du C.H.H. où elle peut exercer le rôle de Secrétaire.

Compte tenu des responsabilités qu'elle exerce et du poste de cadre qu'elle occupe, elle bénéficie au minimum du temps et des subsides alloués pour cette fonction dans le cadre du prix de la Journée d'Entretien (A.M. du 07.11.88 modifié par l'A.M. du 20.12.89 , modifié par l'A.M. du 30.12.98, certaines tâches l'occupant dans d'autres services que ceux de l'hospitalisation.



Au budget ainsi déterminé est ajouté un montant égal à 10 % du budget précité en vue de couvrir les frais de fonctionnement inhérents à l'activité des fonctions précitées. »

Le temps révélé par ce calcul correspond au temps subsidiable, et ce dans le cadre du prix de la Journée d'Entretien. Il s'agit donc d'un temps minimum requis.

A ce temps, peut s'ajouter :

- un quota considéré comme nécessaire, compte tenu du type d'institution (indices à faible coefficient) et/ou du travail à réaliser;
- un quota lié à l'activité exercée dans les services médico-techniques qui ne relèvent pas de la Journée d'Entretien.

Compte tenu d'une situation fréquente en Belgique où la plupart des institutions hospitalières sont de dimension moyenne, il est rare qu'un équivalent temps plein soit dégagé pour l'I.H.H.

Dès lors se pose la question des modalités à envisager pour déterminer son activité; on peut penser :

- soit limiter cette activité au temps alloué à l'hygiène hospitalière; dans cette hypothèse, il est important de veiller à assurer une présence journalière;
- soit combler son temps plein au moyen d'un cumul de fonctions.

Ce cumul n'est envisageable que si « l'autre fonction » ne présente pas, dans les faits, un temps plein. À titre exemplatif, la coordination d'une unité de soins prévoit (légalement d'ailleurs) la présence d'une infirmière-chef à temps plein. Il n'est donc pas concevable qu'une infirmière-chef d'unité de soins puisse, en plus de son unité, assumer les tâches d'hygiène hospitalière pour l'ensemble de l'institution. Elle peut toutefois représenter un « relais » pour son unité.

Diverses possibilités existent, à travers lesquelles il y a un moyen de concilier l'hygiène hospitalière et une autre fonction, par exemple :

- formation permanente;
- cadre intermédiaire part-temps;
- stérilisation centrale part-temps;
- assistante ou adjointe de Direction du Département Infirmier.

En tout état de cause, il est important que « l'autre fonction » se situe également à un niveau minimal de cadre intermédiaire.

Un cumul de fonctions suppose une organisation telle que des modalités pratiques en matière de répartition horaire soient clairement déterminées, tant pour la personne elle-même que pour l'ensemble de ceux qui lui font appel. Il

faut veiller à ce qu'une fonction n'empiète pas régulièrement ou systématiquement sur l'autre, malgré certaines complémentarités existantes (et parfois souhaitables), par ex. : l'hygiène hospitalière et la formation permanente.

Lorsqu'il arrive que des hôpitaux ne requièrent qu'un quota de temps extrêmement limité du fait de leur dimension et/ou leurs indices (A, K, T par exemple), plusieurs solutions peuvent être envisagées :

- augmenter le temps horaire pour atteindre au moins 1/2 journée par semaine consacrée à l'hygiène hospitalière. En dessous de cela, il est difficile de respecter un certain programme, même modeste;
- coordonner plusieurs hôpitaux, éventuellement de même vocation; même si certaines situations précises sont différentes d'une institution à l'autre, il y a moyen d'envisager de manière similaire : une problématique générale, une base de programme, des solutions communes, les grandes lignes de directives ...

L'inconvénient de cette formule réside dans le fait que l'I.H.H. ne fait pas partie intégrante des équipes; l'avantage consiste à se trouver face à un plus grand éventail de situations, donc à plus d'expériences; pour chaque institution, l'intérêt est de bénéficier en commun du temps consacré à des résolutions de problèmes, à des recherches de solutions, à l'élaboration de directives ...

- conclure une convention avec une institution proche de plus grande dimension pour bénéficier outre de ses acquis et de ses expériences, de la collaboration de son I.H.H.

Il faut toutefois considérer que l'utilisation des services d'une personne extérieure à l'institution modifie quelque peu le rôle et les fonctions de cette personne. Dans cette hypothèse, l'I.H.H. sera moins « la personne de terrain », mais davantage la conseillère, la personne « ressource », davantage chargée d'animer des équipes locales, de lancer des actions et de coordonner les acteurs du terrain, c'est-à-dire les personnes attachées à l'institution. Sa présence au C.H.H. reste néanmoins indispensable, celui-ci étant le moteur de toute l'activité de l'I.H.H. dans l'institution (voir Chap. V).

De manière générale et quel que soit le temps total dont elle dispose, la répartition des tâches doit être faite dans le souci d'une juste proportion de temps consacré :

- à une présence sur le terrain (aide, conseils, observation, évaluation ...);
- à la préparation de documents, dossiers ... etc;
- aux réunions (en particulier C.H.H.);
- à l'enseignement;
- aux études épidémiologiques et à l'enregistrement des infections;
- à la lecture et aux congrès;
- aux contacts avec les firmes.

Il n'y a pas de règle en la matière. L'essentiel est que chaque séquence soit réalisée et judicieusement répartie dans le temps.

Une institution donnée, un épisode infectieux ou un problème déterminé peut modifier ponctuellement une organisation. Il faut veiller à rétablir l'équilibre dans des délais raisonnables.

Au cours de cette dernière décennie, on a assisté à de **nombreuses fusions** d'hôpitaux. Le regroupement de plusieurs établissements peut constituer un point positif dans la fonction de l'infirmière hygiéniste hospitalière.

*Deux situations sont envisagées.*

### **1. La fusion de petites institutions (ex: 2 ou 3 institutions de $\pm$ 150 lits par exemple).**

Le nombre global des lits ainsi regroupés permet au minimum le financement d'un TP en hygiène, ce qui constitue un plus par rapport à des portions congrues par établissement cumulées à moult fonctions les plus accaparantes et diversifiées les unes que les autres.

La personne choisie peut ainsi avoir une vision globale de son secteur hospitalier et mettre en place des procédures communes dans les divers sites.

### **2 La fusion de plus grandes institutions**

Avec un nombre global de lits permettant le financement de plusieurs infirmières hygiénistes hospitalières, on peut procéder à une répartition plus judicieuse des missions de chacune. La pluralité des idées, la mise en commun des expériences constitue un enrichissement pour tous et permet des réponses plus adéquates aux situations rencontrées et aux questions posées.

Dès lors, un partage des missions pourrait amener à la répartition suivante des tâches.

#### **1. 2.1. En commun :**

- l'élaboration de nouvelles procédures ou l'actualisation des procédures (concertation et consensus) ;
- la participation au choix du matériel à usage unique, en vue d'uniformiser son utilisation ;

- l'organisation des formations en hygiène tout en envisageant un partage et une répartition sur différentes personnes en fonction des compétences de chacune.

### 2.2. De manière individuelle :

- la surveillance des infections nosocomiales et les enquêtes épidémiologiques du site géographique sur lequel chacune est basée ;
- la réponse aux problèmes ponctuels ;
- le suivi des travaux d'aménagement.

### 2.3. De manière spécialisée pour une personne, mais sur plusieurs sites :

- la prise en charge de l'hygiène hospitalière pour un secteur particulier (ex. : bloc opératoire, soins intensifs, néonatalogie... ) ;
- la surveillance de l'environnement et les procédures de travail, notamment en ce qui concerne
  - l'entretien ménager,
  - la blanchisserie,
  - la cuisine – la biberonnerie,
  - les déchets hospitaliers,
  - les eaux (piscine d'hydrothérapie, eaux de distribution avec dépistage de *Legionella*)
  - la ventilation (avec dépistage d'*Aspergillus*)
- ...
- les essais de nouveaux matériels ou produits.

L'étude et la connaissance d'un dossier très spécialisé peuvent aboutir à la mise en place de procédures communes aux différents sites et constituer une économie de temps lorsque géré par une même personne. Les contrôles de routine peuvent aussi être mieux effectués.

Afin d'améliorer le suivi et le respect des décisions prises et des mesures décidées, il peut aussi être judicieux de mettre en place une structure de **relais** en hygiène dans chaque unité de soins ou service médico-technique.

Ces collaborateurs privilégiés, motivés et initiés, peuvent de manière pertinente, aider l'infirmière chef dans son rôle de responsable de l'hygiène de son secteur et être un interlocuteur privilégié pour l'équipe d'hygiène hospitalière. Ces relais peuvent être les gardiens de bonnes pratiques sur le terrain (puisque présents plus souvent), du respect journalier des procédures et être des indicateurs rapides en cas de problème.

Ces relais peuvent aussi être des collaborateurs pour la prise de données dans la surveillance des infections nosocomiales.

L'instauration d'une telle structure facilite aussi grandement l'intégration de l'infirmière hygiéniste hospitalière dans les équipes soignantes, a fortiori si l'on se trouve dans la situation de fusion de petites institutions.

Toutefois, quel que soit le type d'organisation envisagé, le C.H.H. sera toujours le lieu d'échange *officiel* de toutes les actions menées.

### **Un point négatif à souligner dans tous les cas de fusion**

- La perte de temps générée par les nombreux déplacements entre les différents sites.

*Ce facteur doit entrer en ligne de compte pour le calcul du temps attribué aux différentes personnes.*

- Une difficulté supplémentaire consiste à réunir en un endroit centralisé les infirmiers experts pour plusieurs sites lors de réunions de consensus.

## **CHAPITRE V : SA PLACE ET SON ROLE AU SEIN DU COMITE D'HYGIENE HOSPITALIERE**

L'A.R. du 24 avril 1974 rend obligatoire la création du C.H.H. dans chaque établissement hospitalier.

Il s'agit d'un organe consultatif du Médecin Chef pour tous les domaines qui relèvent de l'hygiène hospitalière ou des infections nosocomiales. Certains centres hospitaliers y traitent également divers aspects relatifs à l'environnement hospitalier et à ses nuisances (bruit, stress, ...).

Sa composition est prévue de manière à ce que les aspects cités ci-dessus y soient traités de manière compétente et scientifique. C'est ainsi que font partie du C.H.H. :

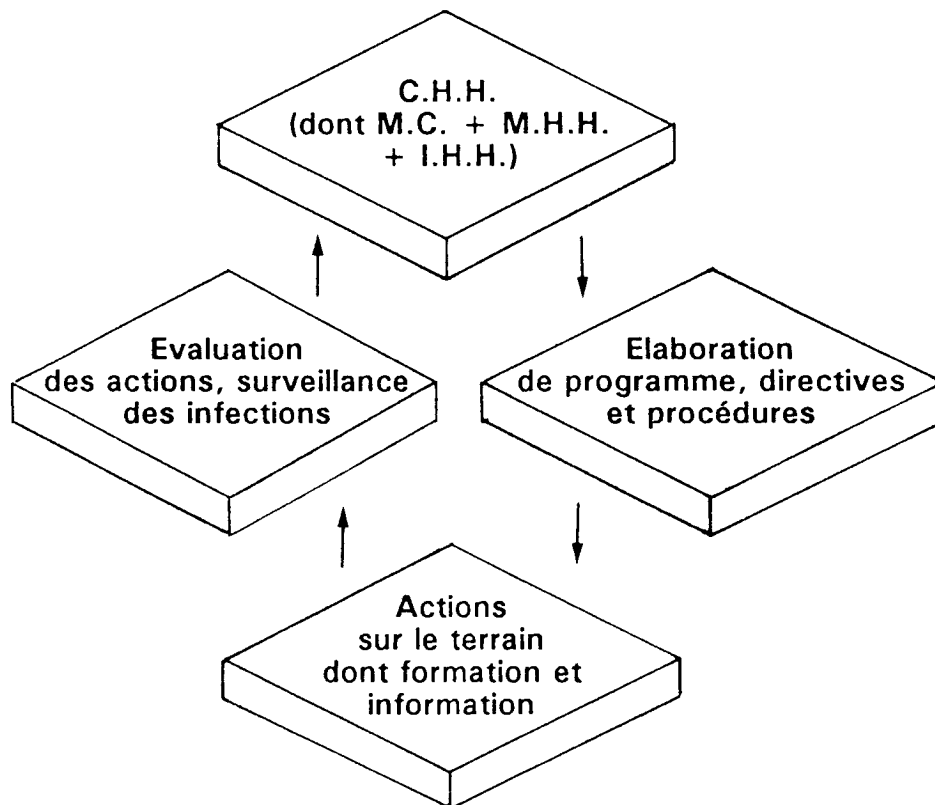
- le Directeur
- le Médecin Chef
- le M.H.H.
- le microbiologiste
- le pharmacien
- le Directeur du département infirmier
- la ou les I.H.H.
- trois médecins (désignés par le Conseil Médical)
- toute personne exerçant une activité dans le domaine de l'hygiène hospitalière
- toute personne (Chef de Service) concernée par la matière traitée
- des consultants éventuels.

Cette composition est à la fois très souple et extensible selon les nécessités; ce Comité constitue un lieu de rencontre idéal pour examiner et traiter des sujets relatifs à l'hygiène hospitalière spécifiques à l'institution.

Le rôle et les responsabilités du Médecin Chef dans ce domaine ont été renforcés par les AR. du 15.12.1987 et du 07.11.1988.

Selon la composition du C.H.H. et les pouvoirs que lui délèguent le Médecin Chef, les modalités de fonctionnement seront quelque peu différentes : outre le suivi de l'évolution des infections dans l'institution, ou bien les actions préventives et/ou curatives seront décidées et entreprises immédiatement, ou bien elles feront l'objet d'un avis soumis au Médecin Chef.

On peut donc, de manière schématique, présenter le fonctionnement du C.H.H. de la manière suivante :



La place et le rôle de l'I.H.H. par rapport au C.H.H. sont précisés dans l'A.R. du 07.11.1988 :

« 1. Au niveau du C.H.H., dont elle est membre, elle apporte l'information, elle formule des principes et des plans d'action; elle participe à l'élaboration des critères et des décisions.

2. Elle exerce les missions qui lui sont confiées par le C.H.H.

3. Elle participe à l'enseignement du personnel en matière d'hygiène hospitalière.

4. Elle exerce un rôle de supervision :

- en surveillant les méthodes de travail en général et les techniques de soins en particulier;
- en évaluant l'efficacité de l'enseignement et de l'information donnée;
- en faisant rapport au C.H.H. de ses constatations dans le cadre de sa mission. ».

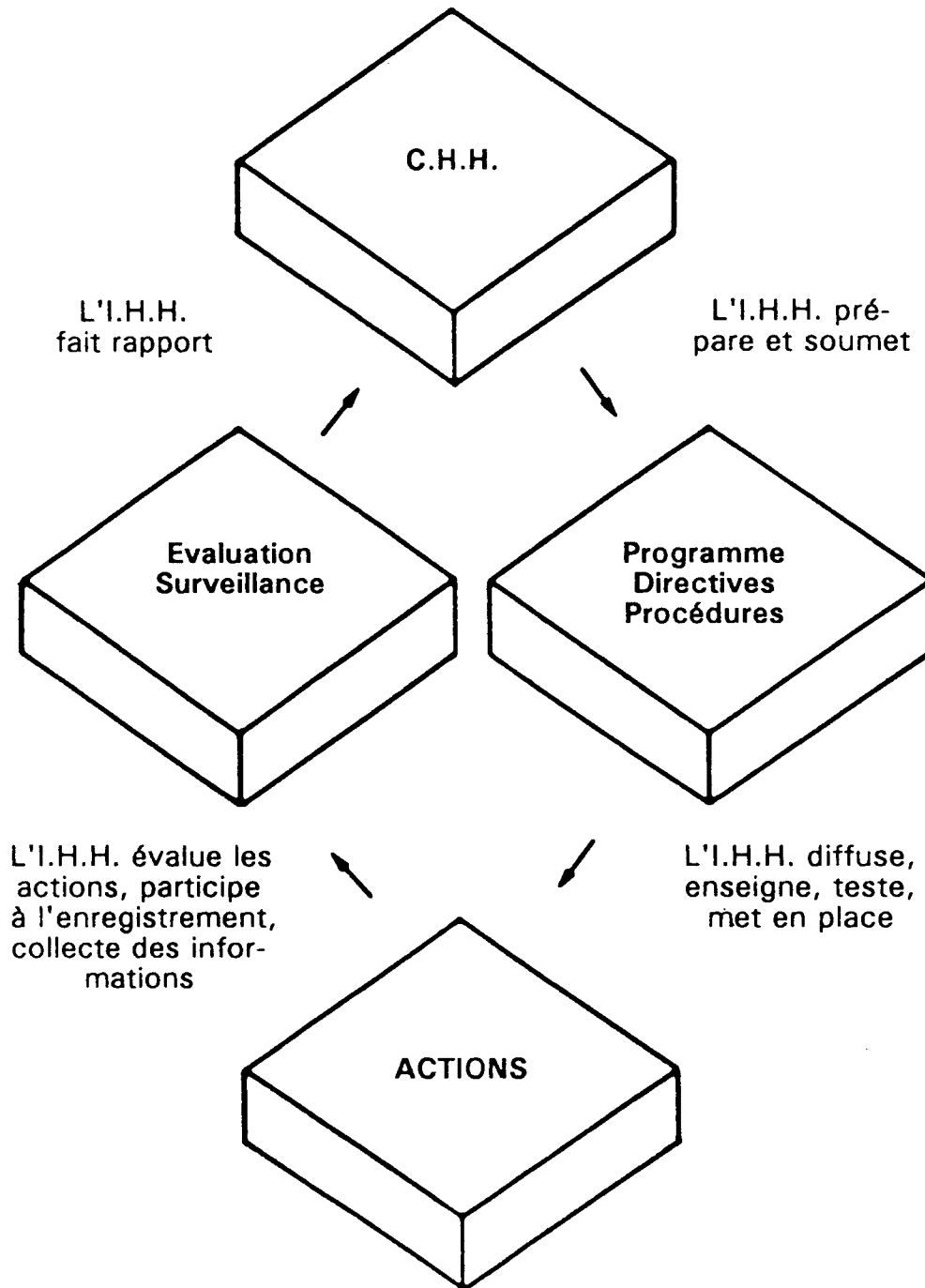
Ce texte met en évidence :

- l'appartenance de l'I.H.H. au sein du C.H.H.
- et le rôle qu'elle y exerce à chacun des niveaux de fonctionnement (B C D du schéma ci-dessus)

ce qui sous-entend :

- la permanence de sa fonction
- sa mission sur le terrain
- sa fonction de collecte des informations
- son rôle de préparation des réunions du C.H.H., ce qui a fait émettre la proposition de la nommer Secrétaire du C.H.H.

Le précédent schéma, adapté à l'I.H.H., se présente dès lors de la manière suivante :



### **L'I.H.H. prépare et soumet...**

L'I.H.H. dispose, plus que toute autre personne, dans le C.H.H., du temps et des moyens nécessaires à la préparation des réunions du Comité.

En effet, étant la personne du terrain, c'est vers elle que reviennent, ou doivent revenir toutes les masses de données (questions, incidents infectieux, demandes de conseil ou aide ...). De plus, elle doit elle-même collecter ces données sur place : visiter régulièrement les services, en priorité les services « demandeurs » voire même travailler occasionnellement avec des équipes pour mieux percevoir les besoins.

On a dit qu'elle est « les yeux et les oreilles du C.H.H. ». Elle en est la « boîte aux lettres »; elle en est la permanence. La qualité de son écoute et sa disponibilité sont essentielles.

Elle doit devenir le porte-parole des équipes vis-à-vis du C.H.H.

L'ensemble de ces données, auxquelles s'ajoutent ses connaissances techniques, son expérience et le concours de nombreux « spécialistes » (microbiologiste, pharmacien, ingénieur, ...) lui permettent de préparer un programme général, ni trop vaste, ni trop détaillé, qui représente la base du fonctionnement du C.H.H. et les options pour l'institution pour une période déterminée, par ex. 1 an.

Le programme doit tenir compte :

- du contexte de l'institution
- des priorités en hygiène hospitalière
- des moyens humains disponibles
- des moyens financiers.

Ce programme peut tenir compte ou être influencé par :

- un ou plusieurs incidents infectieux
- l'introduction de nouvelles technologies
- la construction ou transformation de services
- l'arrivée de nouvelles équipes
- le besoin de rationalisation du travail ou le souci d'économies (rappelons à ce sujet que bien faire ou mal faire coûte souvent le même prix !).

Une fois ce programme adopté, il lui appartient :

- d'une part, de préparer les dossiers liés aux questions urgentes (travail ponctuel et à court terme)
- d'autre part, élaborer des directives, recommandations, procédures de travail, telles que prévues dans le programme ou consécutives au premier point (travail à plus long terme). Tous ces documents auront une caractéristique importante : celle d'être conçus spécialement pour l'institution concernée et d'y être bien adaptés. Elle doit « décoder » des directives générales de la littérature en directives spécifiques à l'institution.

**L'I.H.H. diffuse, enseigne, teste, met en place ...**

Dès que les documents ont été amendés et que les décisions sont prises, son rôle se mute en porte parole du C.H.H. vers les équipes et les services.

Il est important, dans une institution hospitalière, que le C.H.H. y soit connu : sa composition, sa mission, ses objectifs, sa politique, ses recommandations et directives. C'est à travers le M.H.H. et plus encore l'I.H.H. que cette diffusion peut se faire.

Déléguée par le C.H.H., elle est à ce stade chargée :

- de diffuser les informations ou directives émises par le C.H.H. Ceci se fait de manière claire, simple, rapide et personnalisée;
- de tester, voire mettre en place de nouvelles méthodes de travail, produits, appareillages ... Les aspects fonctionnels des mesures de prévention et leur mise en application relèvent de sa responsabilité;
- d'enseigner, conseiller, orienter (cfr. méthodologie chapitre VI).

### **L'I.H.H. évalue ...**

Toute action mise en place, tout enseignement, toute transmission d'information nécessitent un suivi d'abord, une évaluation ensuite. Ici à nouveau, le contact avec les équipes, leurs appréciations, leurs commentaires, leurs erreurs ou leurs questions permettront au C.H.H. soit de considérer l'objectif atteint, soit de revoir la décision ou les modalités d'application.

L'enregistrement des infections dans l'hôpital fait l'objet d'un travail pluridisciplinaire qui doit être dirigé et coordonné par le M.H.H. (cfr. enregistrement des infections chapitre VII).

### **L'I.H.H. fait rapport ...**

La collecte finale :

- des résultats de laboratoire tant des patients qu'éventuellement de l'environnement
- du relevé des infections
- des évaluations (formelles ou informelles) des actions entreprises
- des questions, commentaires, demandes introduites par les services
- ...

doivent lui permettre de préparer, de manière ordonnée et tenant compte des priorités, le dossier d'évaluation destiné au C.H.H.

A travers tout ce schéma de fonctions, on ressent immédiatement le rôle du M.H.H. par rapport à l'I.H.H. Le rôle du M.H.H. est plus scientifique, plus fondamental. Celui de l'I.H.H. est plus pratique, plus concret sur le terrain. Le M.H.H. supervise et assiste l'I.H.H. Ils constituent ensemble l'élément moteur du C.H.H. Compte tenu des missions spécifiques qu'ils exercent, on peut dire que leur rôle est complémentaire et qu'ils doivent aboutir à une étroite collaboration.

## CHAPITRE VI : SON ROLE DANS LE DOMAINE DE LA FORMATION ET DE L'INFORMATION

Tel que décrit au chapitre V, l'I.H.H. constitue le relais du C.H.H. sur le terrain; dans ce rôle, elle doit non seulement mettre en application les directives émises par le C.H.H., mais également assurer la diffusion des informations.

Dès lors, son rôle d'information et de formation sur le terrain se révèle essentiel. En effet, les modifications de comportement, les changements pratiques, les nouveautés ne sont bien acceptés et intégrés que s'ils sont bien compris par chaque personne concernée.

Le public cible de l'I.H.H. est vaste; il touche toutes les personnes susceptibles d'intervenir d'une manière ou d'une autre dans la chaîne de transmission des infections. Ceci suppose des connaissances auxquelles se greffent des qualités relationnelles et pédagogiques. Certains disent qu'elle doit être « polyglotte »: savoir s'adresser au directeur, au médecin, à l'infirmière ou au cuisinier ! ...

Les moyens à mettre en oeuvre pour réaliser cette tâche sont multiples et variés. On peut proposer quelques sujets à réflexion qui vont de la formation structurée, systématique, organisée à la formation, voire l'information informelle, ponctuelle.

On peut ainsi, dans une institution hospitalière, organiser des séances destinées à tout nouveau membre du personnel. En hygiène hospitalière, il s'agira souvent de séances

- **d'information** destinées aux professionnels de la santé (la formation de base étant acquise);
- **de formation** destinées au personnel non qualifié.

Des thèmes généraux peuvent être repris dans ce type de formation ou d'information qui doivent atteindre deux objectifs principaux : sensibiliser à l'hygiène hospitalière, informer des pratiques usuelles propres à l'institution.

Ainsi, on peut y présenter par exemple :

- la politique générale de l'institution en matière de prévention des infections
- la structure de l'Hygiène dans l'institution : C.H.H., M.H.H., I.H.H. ...
- les coordonnées, le rôle et les missions de chacun
- le programme de l'année en cours
- les méthodes de prévention telles que :  
lavage des mains

techniques aseptiques  
 organisation de la stérilisation  
 méthodes et produits de désinfection  
 modalités d'isolement ...

- les méthodes d'évaluation en usage dans l'institution (enregistrement des infections ...)
- ...

Les options de ce(s) programme(s), leur contenu, les personnes auxquelles il(s) est(sont) destiné(s) font l'objet d'une décision prise au niveau de la Direction, sur proposition du C.H.H. L'I.H.H. doit collaborer personnellement à l'élaboration de ce(s) programme(s) avec les Chefs de Services concernés.

Une seconde facette **de la formation et de l'information permanente** peut être appelée « **à la carte** ». Elle est spécifique à un secteur ou à un service; elle est ressentie comme étant nécessaire, elle répond à des besoins précis; elle est demandée par les intéressés. Elle se présente comme la suite logique des séances de sensibilisation générale. Elle est ressentie indispensable à cause d'un épisode infectieux.

Elle est consécutive aux résultats obtenus par l'enregistrement des infections.

Le contenu de ces séances est extrêmement varié.

À titre exemplatif :

- la préparation d'un opéré pour intervention orthopédique
- la désinfection chirurgicale des mains en salle d'opération
- l'entretien des appareils de ventilation assistée aux soins intensifs
- l'entretien ménager dans une unité aseptique
- la désinfection du matériel en hémodialyse
- le cathéter intraveineux en pédiatrie
- la distribution de l'alimentation en cuisine
- la prise en charge du linge sale et/ou contaminé en buanderie

À l'occasion de ces séances, il faut :

- exploiter la raison de la demande
- adapter et limiter parfaitement le contenu au secteur concerné
- mettre l'accent sur l'essentiel
- être conforme à la politique générale de l'institution
- justifier les propositions
- trouver les solutions avec les intéressés et valoriser ces derniers
- définir les compromis et les alternatives dans des situations spécifiques, mais déterminer les limites "non négociables".

**Un message important**, destiné à entrer dans les automatismes, doit être :

Compris = il faut l'expliquer, le justifier

Lu = il faut distribuer une note écrite, une procédure ...

Reproduit = il faut en faire la démonstration et la faire exécuter

Contrôlé = il faut vérifier, après un certain laps de temps si les intéressés sont capables de l'expliquer et de le reproduire.

Ceci suppose une séance ultérieure d'évaluation (les critiques, les questions, les propositions ...)

Au-delà de tout cela, l'I.H.H. doit être persuadée qu'une séance demandée par 5 personnes intéressées produit de meilleurs résultats que celle organisée pour un public de 50 « volontaires désignés ».

Ces formations et informations centralisées et générales, ou décentralisées et spécifiques ne suffisent pas; l'I.H.H., personne de référence dans ce domaine, doit également participer aux formations informelles. En contact régulier avec la base, travaillant sur le terrain, elle doit répondre (ou trouver réponse) à toute question posée sur le tas, en cours d'activités :

- pour justifier la raison d'être d'une procédure ou le choix d'un produit
- pour expliquer comment faire
- pour trouver des solutions à une situation donnée.

La participation de l'I.H.H. aux divers groupes de travail chargés d'établir ou de modifier des méthodes de travail ou des procédures de soins permet une meilleure intégration de l'hygiène hospitalière à tous les niveaux et dans tous les domaines.

De la formation organisée à la formation informelle, plusieurs variantes existent qui doivent être utilisées.

Le succès de la diffusion de l'hygiène hospitalière est aussi lié :

- à l'existence et la compétence de personnes « relais » ou « ressources » dans les principaux services;
- au bon choix et à l'utilisation adéquate des supports audiovisuels qui entretiennent l'attention;
- à la mise à disposition de notes, directives, rappels, documents de synthèse auxquels se référer lorsque le « détail » est oublié.

## **CHAPITRE VII : SON ROLE EN MATIERE DE PROMOTION DE LA QUALITE DES SOINS**

Mettons l'accent sur quelques aspects particuliers de cet objectif.

- Développer des efforts pour réduire l'infection, c'est se placer dans le domaine de la PROMOTION DE LA QUALITE DES SOINS. Pour cela, référons-nous à des critères établis, des normes qui permettent de mesurer cette qualité.
- Tous les professionnels de la santé sont concernés, nous pouvons affirmer que l'Hygiène Hospitalière relève du caractère pluridisciplinaire: tous les acteurs hospitaliers sont concernés.
- Les professionnels de la santé qui prennent en charge de façon spécifique l'hygiène hospitalière s'attacheront dans le futur à trois thèmes:
  - o L'épidémiologie
  - o La qualité
  - o L'engineering
- Il intégreront dans leur pratique des disciplines comme:
  - o La «qualitémiologie»: science de l'art de la qualité. Vu sous l'angle de l'hygiène, quelques conditions doivent être rencontrées: la qualité de la formation du personnel, un cadre quantitatif de personnel correct répondant aux exigences des situations de soins et surtout l'organisation de la pratique soignante en fonction du risque infectieux rencontré non seulement au sein de l'hôpital mais également dans les structures extra-hospitalières comme les Maisons de Repos et de Soins, les centres de réadaptation, les consultations... La gestion des infections, la surveillance et le respect de l'application des procédures institutionnelles, ne se limitent pas seulement aux hôpitaux de soins aigus.
  - o La « qualitématique »: application de l'informatique et des mathématiques à la qualité.

Ils se soucieront:

- o de la mesure des processus qui deviennent de plus en plus

- scientifiques, qui doivent amener à des changements d'attitudes dans le sens de modifications de la disposition d'esprit ;
- o de la mesure des résultats en évaluant les coûts effectifs, l'impact de la prévention ;
  - o de la satisfaction des bénéficiaires de soins, à savoir l'impact de « la qualité » sur la personne en tant que patient ou proche d'une personne soignée.

## **CHAPITRE VIII : L'ENREGISTREMENT DES INFECTIONS ET LES ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES**

La fréquence des infections hospitalières étant le seul vrai critère de résultat de la qualité de l'hygiène hospitalière, le rythme et les modalités d'**enregistrement des infections** font l'objet d'un des points du programme.

Cet enregistrement suppose une collaboration de plusieurs personnes ou équipes: le M.H.H., l'I.H.H., le laboratoire de microbiologie, la pharmacie, les équipes soignantes (médecins et infirmières), et, le cas échéant, le service d'informatique;

- le choix de la méthode est proposé par le M.H.H. et choisit par le C.H.H.;
- l'examen clinique des dossiers médicaux et l'analyse des résultats sont du ressort du M.H.H. avec l'aide de l'I.H.H.;
- l'élaboration du programme et le traitement des données concernent l'informatique et/ou du secrétariat; dans ce domaine, l'usage de logiciels existant sur le marché facilitent la tâche;
- la collecte des données se fait par le laboratoire de microbiologie (résultats d'analyses), les unités de soins (contrôle de certains paramètres), et la pharmacie (consommation des antibiotiques).

L'I.H.H. collabore à certaines étapes de cette procédure, par exemple auprès des unités de soins pour recueillir des données complémentaires nécessaires à la confirmation d'une infection, mais ne doit pas consacrer une part trop importante de son temps à des tâches administratives qui pourraient être automatisées.

L'expérience des deux décennies 1970 et 1980, pendant lesquelles le temps de l'I.H.H. a été « sur-utilisé » à l'enregistrement systématique à travers tout l'hôpital, a permis de définir une plus juste mesure. La tendance actuelle de la surveillance de secteurs « chauds » (soins intensifs, néonatalogies, plaies opératoires) affinée par la prise en considération des facteurs de risque, devient pour l'hôpital et pour l'I.H.H. un véritable outil de surveillance, à la fois de la qualité des soins, mais aussi des actions entreprises en prévention de l'infection.

Une législation de 1995 (A.M. du 5 octobre 1995) fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes en soins intensifs décrit dans son chapitre V des critères d'agrément des services de stage la nécessité :

... « de disposer d'un programme de surveillance des infections nosocomiales établi en collaboration avec le médecin responsable de l'hygiène hospitalière

...d'assurer l'enregistrement systématique et l'évaluation critique de tous les événements infectieux survenus dans le service ».

Par ailleurs, depuis 1992, l'Institut Scientifique de la Santé (anciennement Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie) propose régulièrement aux hôpitaux du pays la participation à des études épidémiologiques sur une base volontaire.

La fréquence des infections nosocomiales, la comparaison des taux d'incidence d'année en année au sein d'un même hôpital, mais aussi les comparaisons inter-hospitalières sont et restent les seuls indicateurs de résultats de la qualité de l'hygiène hospitalière.

La réalisation d'une étude épidémiologique met en oeuvre de nombreux acteurs, parmi lesquels l'I.H.H. trouve également sa place.

Il est important qu'elle exerce son activité en se situant toujours comme infirmière coordonnatrice d'une fonction bien précise. Elle évite d'être tentée (ou orientée) par des responsabilités qui la dépassent et pour lesquelles elle n'est pas formée, ou, à l'opposé, par des tâches subalternes réalisables par d'autres personnes moins qualifiées.

## **CHAPITRE IX : CONSEILLERE DANS LE DOMAINE DES BATIMENTS , DES EQUIPEMENTS ET DU MATERIEL**

Dans l'A.R. du 07.11.1988, il est explicitement prévu que :

« Le C.H.H., organe consultatif du Médecin Chef de l'établissement, est chargé des missions suivantes :

...

10. La construction ou la transformation des locaux »

L'I.H.H. doit faire partie du groupe des personnes consultées dans ce domaine parce qu'elle :

- est membre du C.H.H. et que cette tâche lui incombe
- a suivi une formation de cadre qui l'a préparée à cette fonction
- vit dans le contexte hospitalier, très proche des équipes, et en connaît les lacunes.

Sa collaboration dans ce domaine est bien spécifique, ses objectifs visant à :

- offrir au patient confort, hygiène et sécurité
- promouvoir la construction et l'installation de locaux qui permettent l'application des règles d'hygiène et un fonctionnement rationnel.

À titre d'exemple, on peut citer quelques éléments dont devrait se soucier l'I.H.H. lors de projets architecturaux (construction ou transformation) :

### **1. Définitions des circuits des « services critiques**

(c-à-d. bloc opératoire, bloc accouchement, isolement protecteur ...).

Il s'agit de veiller :

- à la bonne séparation des circuits isolés et propres
- d'isoler ces services dans « l'espace » par des sas
- de les pourvoir d'équipements adaptés et d'une circulation ad hoc.

### **2. Programmation de l'unité de soins**

L'I.H.H. doit entre autres :

- définir la destination des locaux (propres, sales, ...)
- étudier les circuits internes au service
- concevoir des locaux pour isolement
- proposer des choix de matériel sanitaire adéquat
- prévoir des points d'eau en suffisance pour l'hygiène des mains

- proposer des recouvrements de sol et des matériaux de parachèvement sans anfractuosités, non poreux et lavables
- choisir des équipements, appareils et mobiliers dont le nettoyage et la désinfection soient possible et aisés.

Simultanément à ces choix architecturaux, doit s'élaborer une programmation fonctionnelle où ses conseils doivent efficacement soutenir les décisions de la Direction.

En effet, l'effort réalisé pour choisir les meilleures installations et construire le bâtiment le mieux conçu pour répondre aux diverses normes, dont celles de l'hygiène hospitalière, peut être réduit à néant si le travail qui s'y effectue ultérieurement n'est pas réalisé dans des conditions d'organisation bien définies. Elle peut ainsi intervenir dans le choix de l'organisation, des méthodes de travail, des circuits empruntés, de l'entretien et de la désinfection.

Au moment de la mise en fonctionnement, il est indispensable que l'I.H.H. participe à la mise en service d'une nouvelle institution ou d'un nouveau service et ce pour deux raisons :

- ouvrir des nouveaux locaux conformes aux exigences d'hygiène; ceci implique un nettoyage, voire une désinfection des locaux
- éviter de transférer des germes indésirables des anciens locaux ou bâtiments vers les nouveaux.

Elle veille à ce que :

- tout matériel susceptible d'être transféré, ait été trié et le cas échéant, désinfecté
- le C.H.H. définisse les critères de transfert des patients.

En ce qui concerne le déroulement du « déménagement », il est utile qu'elle y participe activement afin de coordonner les efforts et d'éviter les erreurs.

Ajoutons que la mise en exploitation d'un hôpital et/ou l'ouverture d'un nouveau service sont des moments propices pour une actualisation des procédures et des techniques de travail.

Il est opportun qu'elle exploite cette occasion, faute de quoi le personnel aura tendance à transférer ses anciennes habitudes, qui ne sont pas toujours les meilleures, mais encore en créera de nouvelles, qui ne sont pas toujours en accord avec les options définies.

En matière d'acquisition d'équipements, appareils ou produits, en cours d'exploitation, son avis peut être important et éviter des déboires ultérieurs. Ce

travail peut se faire en collaboration avec le pharmacien, le responsable de la stérilisation centrale et le service d'achats.

Certaines questions-clés peuvent servir à préciser son rôle dans ce domaine; par exemple :

- un nouvel équipement est-il lavable et désinfectable aisément, difficilement contaminable ? (par ex. : un fauteuil destiné à des patients)
- un nouvel instrument est-il pourvu de son système d'entretien; quelle est la méthode d'entretien ? (par ex. : du matériel d'endoscopie)
- un nouvel appareil à usage aseptique est-il stérilisable ? sinon qu'a-t-on prévu en vue de son utilisation aseptique ? (par ex. : un microscope opératoire)
- un nouveau produit est-il nécessaire et compatible avec la méthode de travail ? (par ex. : un nouveau désinfectant pour l'entretien ménager).

Ces différents exemples démontrent, si besoin en est, où sa collaboration peut être utile. Celle-ci ne se limite d'ailleurs pas aux « nouveaux » produits mais également aux achats de routine (par ex. : les protège-chaussures sont en fin de stock ... leur usage est-il encore nécessaire ? Où ?).

Il est important que l'I.H.H. se tienne au courant de l'évolution des produits du marché, en particulier dans le domaine du matériel de soins propres et stériles et des produits d'entretien et de désinfection. Elle peut le faire en :

- recevant régulièrement les documentations
- rencontrant occasionnellement des fournisseurs
- complétant son information "commerciale" par une information scientifique
- dialoguant avec les autres I.H.H. et institutions qui réalisent des tests
- visitant les expositions.

Il ne faut pas perdre de vue que changer de produit et/ou de méthode de travail n'implique pas nécessairement une augmentation du coût; c'est parfois l'inverse; mais qu'une modification isolée est parfois dangereuse et entraîne une cascade d'ennuis et de complications ultérieures.

## **CHAPITRE X : ASPECTS JURIDIQUES DE SA RESPONSABILITE**

Le grand nombre de personnes intervenant à l'hôpital dans le processus de soins et dans la gestion et l'administration de l'établissement hospitalier et de ses différents services devient un facteur de risque nouveau qui s'ajoute à celui dû à l'erreur humaine et au développement des techniques.

Bien que l'on ne puisse pas encore parler de responsabilité de fonction, il tombe sous le sens que les infirmières en hygiène hospitalière pourraient se trouver exposées à des réclamations lors d'incident ou d'accident à l'hôpital.

### **LES RESPONSABILITES JURIDIQUES**

On peut observer une augmentation considérable de cas publiés de responsabilité des infirmier(ère)s et, partant, des hôpitaux. Cette augmentation de procédures à charge des praticiens de l'art infirmier, surprend quelque peu car l'on était habitué à voir les patients diriger leurs revendications contre les seuls médecins.

#### **1. Responsabilité pénale en droit commun**

Art. 418 Code pénal : Est coupable d'homicide ou de lésion involontaires, celui qui a causé le mal par défaut de prévoyance ou de précaution, mais sans intention d'attenter à la personne d'autrui.

Art. 419 C.P. : Homicide involontaire, emprisonnement de 3 mois à 2 ans et amende de 250 € à 5.000 €

Art. 420 C.P. : Coup et blessures involontaires, 8 jours à 6 mois et amende de 250 à 2.500 € ou d'une de ces peines seulement.

Art. 422 bis C.P. : Omission de porter secours à personne en danger, 8 jours à 6 mois, amende de 250 à 2.500 € ou une de ces peines seulement.

1. Le défaut de prévoyance et de précaution est rangé dans la catégorie des délits d'omission (comme l'abstention coupable de porter secours). Il comprend toutes les formes de la faute, aussi légère soit-elle, comme l'omission d'agir. En matière d'hygiène hospitalière, ce délit risque de se produire, l'omission d'agir, la négligence peuvent être fréquentes. Il ne faut pas nécessairement un fait caractérisé.

2. Les articles 418 à 420 du Code pénal répriment non seulement la faute de celui qui a directement causé le dommage, mais aussi la faute de ceux qui, par des actes constituant une faute commune ou non commune, ont contribué à causer le dommage (par ex. : faute de l'infirmière préposée à la surveillance).

3. Pour qu'un acte constitue une imprudence pénalement punissable, il suffit que le dommage soit une conséquence possible de l'acte. Mais cette conséquence possible doit être prévisible et mettre l'auteur de l'acte dans l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour le prévenir. Ainsi, les responsables d'une organisation à l'hôpital pourraient être poursuivis pour ne pas avoir pris les mesures nécessaires pour prévenir les risques d'accident.

Généralement après un accident de soins, l'on voit que des mesures immédiates (par ex. : des instructions) sont prises pour éviter un accident de même nature. Ces mesures mettent en lumière les tâches de prévention des responsables.

4. La responsabilité pénale est personnelle. Même un salarié peut être punissable s'il a commis le délit. En outre, la personne investie d'autorité pourrait commettre faute personnelle en cas de défaut de surveillance de ses aides.

5. Les personnes physiques peuvent encourir des sanctions pénales. Depuis la loi du 4 mai 1999, instaurant la responsabilité pénale des personnes morales, celles-ci peuvent être aussi pénalement responsables. ( Cette loi ne s'applique pas aux C.P.A.S.)

6. La prescription pénale d'un délit est de 5 ans. Ce délai peut être interrompu par des actes d'instruction ou de poursuites faits dans le délai. Ces actes font courir un nouveau délai d'égale durée (soit au maximum 10 ans).

## **2. Responsabilité civile**

### **2.1. Responsabilité**

La responsabilité implique l'obligation de réparer le préjudice résultant :

- soit de l'inexécution d'un contrat (responsabilité contractuelle)
- soit de la violation d'un devoir général de ne causer aucun dommage à autrui (responsabilité extra-contractuelle. On dit aussi la responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle, ou encore aquilienne)

a) par son fait personnel ( responsabilité du fait personnel)

b) du fait des choses que l'on a sous sa garde (ex. : un appareil)

- c) ou du fait des personnes dont on répond (responsabilité du fait d'autrui). C'est ainsi que l'hôpital est responsable de ses salariés. (En droit de la responsabilité, on dit qu'il est responsable de ses préposés)
- soit de la fourniture de produits défectueux.

## 2.2. Rappel de certaines notions

1. Le développement du droit de la responsabilité conduit au souci de protéger les victimes et de leur assurer une réparation, surtout si l'auteur du dommage est assuré.

2. Notre système de responsabilité repose sur l'idée de la faute. Pour qu'une réparation intervienne, il faut :

- 1) une faute,
- 2) un dommage,
- 3) une relation causale entre la faute et le dommage.

Toute erreur n'est pas nécessairement une faute. Ainsi, les accidents thérapeutiques ne sont pas nécessairement dus à une faute. Ils sont largement repris et décrits dans la littérature médicale. La littérature de nursing est moins étendue, ce qui peut présenter des inconvénients quant à la connaissance des différentes techniques utilisées.

3. Toutefois, en matière de fourniture de produits défectueux, la responsabilité du producteur est une responsabilité sans faute, ce qui met en place une nouvelle approche sécuritaire.

4. Une infraction à la réglementation peut constituer, comme telle, une faute susceptible d'entraîner la réparation du dommage.

5. L'obligation des soignants et des hôpitaux est une obligation de moyens et non de résultat.

6. L'action civile en responsabilité contractuelle se prescrit par 10 ans. Par contre, toute action en réparation d'un dommage fondé sur une responsabilité extra-contractuelle (le cas échéant résultant d'une faute pénale) se prescrit par 5 ans après que la personne lésée a eu connaissance du dommage ou de son aggravation et de l'identité de la personne responsable, et en tout cas au maximum par 20 ans après le fait dommageable.

En matière de responsabilité du fait des produits dangereux (p.ex. les produits de santé), il y a un double délai de prescription : 10 ans à compter de la mise en circulation du produit ; trois ans à partir du jour de la connaissance par le demandeur du dommage, du défaut et de l'identité du producteur.

7. Le dossier hospitalier (dossier médical - dossier infirmier) peut constituer un moyen de preuve fort important dans la recherche des responsabilités. Il en est ainsi plus particulièrement des procès-verbaux des C.H.H. et de tout autre document imposé par la réglementation.

8. Le secret professionnel oblige à l'anonymat des patients dans des documents imposés par la réglementation. Aucun nom ou élément permettant l'identification d'un patient ne peut y figurer.

9. Absence de recours contre le travailleur salarié : l'art. 18 de la loi sur le contrat de travail prévoit que le travailleur ne répond que de son dol et de sa faute lourde.

Il ne répond de sa faute légère que si celle-ci présente dans son chef un caractère habituel plutôt qu'accidentel.

10. En conséquence, c'est l'assurance de l'employeur qui prend le sinistre en charge. Il en est spécialement ainsi pour les actes accomplis par une I.H.H. pour les fonctions qu'elle exerce à l'hôpital. Toutefois, il peut être conseillé à l'infirmière de contracter une assurance personnelle en responsabilité civile professionnelle pour être couverte pour les actes accomplis en dehors de sa fonction, y compris l'assistance à personne en danger.

**En conclusion**, les responsabilités des personnes chargées de tâches d'organisation et de gestion à l'hôpital doivent être définies afin que chacun puisse connaître ses obligations et ses limites.

Le libellé même de la prévention du défaut de prévoyance et de précaution devrait inciter à la prévention, car c'est précisément à ce niveau que les obligations d'ordre administratif seront examinées.

L'I.H.H. agit, dans le cadre de sa mission, comme conseillère technique, chargée d'émettre des avis qui, via un organe (C.H.H.), doivent aboutir à une personne (Direction) qui décide. Cette situation est comparable à celle par ex. du Responsable de la Sécurité de l'institution.

L'I.H.H. pourrait donc être accusée, le cas échéant, de faute par omission, de défaut de prévoyance ou de précaution. Il importe qu'ayant constaté des lacunes dans le domaine de la prévention des infections, elle soit attentive à les signaler (éventuellement par écrit via par ex. le PV du C.H.H.) et à élaborer des propositions de correction. Si, suite aux avis, le gestionnaire ne prend pas les mesures qui s'imposent, l'I.H.H. ne pourrait plus être inquiétée.

## CHAPITRE XI : SES OUTILS DE TRAVAIL

Réaliser tout ce qui précède suppose non seulement une formation (elle a été décrite au Chap. II ), une expérience (chaque journée d'activité, chaque incident lui en apporte ...) mais suppose également être en possession d'un certain nombre d'outils de travail, Ils sont nombreux et doivent être réunis systématiquement d'abord, puis glanés au cours du temps et des opportunités. Parmi ceux-ci, on peut lui suggérer :

1. de réunir, classer puis maintenir à jour tous les documents acquis lors de sa période de formation (syllabus, notes de cours, tirés à part ...)
2. de se constituer une bibliothèque de base régulièrement réactualisée :
  - quelques bons livres, certains plus fondamentaux, d'autres plus pratiques
  - quelques revues, périodiques spécifiques à l'hygiène hospitalière (au moins 2, l'une pratique, l'autre plus scientifique)
  - les documents cités au point 1

3. d'utiliser les moyens modernes d'information :

Depuis quelques années, par l'Internet, nous sommes entrés de plain-pied dans l'ère de la communication et de la transmission ultra rapide de l'information sous toutes ses formes : textes, sons, images, animations...

Dans ce domaine, l'hygiène hospitalière n'est pas demeurée en reste, loin s'en faut. L'Internet est devenu un outil incontournable pour la documentation et la formation sous toutes ses formes.

En langue française, il existe actuellement trois portails, *Nosobase* en France, *Swiss-NOSO* en Suisse et *NosoBits UCL* en Belgique.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène dispose lui-même de son site où l'on peut consulter en ligne l'ensemble des recommandations. Il en va de même pour les directives des CDC.

Les résumés d'articles publiés dans la littérature sont disponibles, que ce soit ceux de la revue française HygièneS ou ceux des trois journaux anglo-saxons les plus importants pour la prévention des infections nosocomiales : *American Journal of Infection Control*, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, *Journal of Hospital Infection*.

Trois listes de discussion très actives, (*Nosobase*, liste de l'*APIC* et de la *Hospital Infection Society*) permettent aux praticiens de l'hygiène hospitalière du monde entier de communiquer entre eux. Enfin pour des travaux de recherche, *Medline*, couvrant les résumés de plus de 80 % des articles de la littérature médicale, peut être consulté gratuitement par tous. L'infirmière en

hygiène hospitalière de ce troisième millénaire ne peut plus se priver de ce nouvel outil de travail pour maintenir son niveau de compétences.

4. des directives plus générales, mais transposables à l'hygiène hospitalière :

- une méthodologie de passage de l'information
- des « recettes » pour la formation des adultes
- un processus méthodologique de « résolution de problèmes » (voir annexe 1).

5. de posséder ou de proposer l'élaboration d'un document général de la politique de l'institution en matière d'hygiène hospitalière et un organigramme des personnes chargées de cette coordination.

6. d'effectuer un planning d'activité, par exemple annuel; celui-ci doit tenir compte des priorités établies par le C.H.H. et se présente sous forme de :

- tâches systématiques
- tâches ponctuelles
- travail plus fondamental avec échéance à terme
- disponibilité pour « urgences » .

Parmi les tâches systématiques peuvent se situer les prélèvements de l'environnement (par ex. contrôle des autoclaves) pour lesquels des directives seront sous peu proposées.

Si le planning doit être élaboré et les priorités définies, elle peut s'aider, par ex. d'une liste de suggestions pour identifier les besoins (annexe 2).

7. enfin, et ce qui précède en dépend partiellement, elle doit proposer un budget (et le respecter) qui couvre certains frais occasionnés par les activités en hygiène hospitalière. Celui-ci comprend :

- ses frais administratifs (secrétariat, photocopies, réalisation de documents, d'affiches, de notes techniques ...)
- du matériel nécessaire à l'enseignement (appareil de projection, rétroprojecteur, écran, réalisation de diapositives, ...)
- des livres et revues
- des frais de formation et recyclage (Congrès, Journées d'étude)
- des frais de déplacement, en particulier si les fonctions sont exercées dans plusieurs institutions.

Les frais relatifs au fonctionnement du C.H.H. sont couverts pour un montant de 10 % du total des coûts des salaires du M.H.H. et I.H.H. dans le cadre du prix de la journée d'entretien.

## **En conclusion.**

La fonction d'infirmière hygiéniste hospitalière est plurielle :

- par les matières auxquelles elle doit être initiée: la microbiologie, la pharmacologie, l'architecture, les équipements, les techniques de soins, la psychologie, la pédagogie, et bien d'autres ;
- par les secteurs qu'elle doit surveiller bien plus larges que le domaine strictement médical-soignant même si c'est celui qui prend la première place ;
- par toutes les personnes avec lesquelles elle doit créer des contacts, étudier des problèmes, trouver des solutions, vaincre la résistance aux changements.

Par sa présence plus constante sur le terrain, elle est souvent au premier plan des informations et joue le rôle de coordinateur, rassembleur autour de projets.

Une fonction où l'expérience apporte la reconnaissance et crée l'efficacité.

Une fonction où l'amélioration, création, obstination doivent prévaloir.

Une fonction que l'on remplit avec passion.

*Les membres de l'A BBH qui ont exprimé leurs sentiments pour élaborer et actualiser ces quelques pages souhaitent à tous ceux et toutes celles qui choisiront ou ont choisi cette voie une carrière riche en satisfactions du travail accompli, en fierté d'avoir fait grandir leur profession.*

## ANNEXE 1

### RESOLUTION DES PROBLEMES \*

1. Reconnaître un malaise.
2. Recueillir et analyser les données qui s'y rattachent.
3. Identifier la nature exacte du problème.
4. Décider un plan d'action.
5. Exécuter le plan.
6. Evaluer le plan.

#### Résolution des problèmes : remplacement de la démarche

##### **1 . Reconnaître un malaise ou une situation problématique :**

le fait qu'un bénéficiaire consulte un professionnel de la santé laisse supposer qu'il profitera des services de l'infirmière. Certes, il n'en est pas toujours ainsi, mais un problème de santé s'accompagne souvent d'une perte d'indépendance chez le client.

##### **2. Recueillir les données qui se rattachent au problème :**

c'est la collecte des données sur l'indépendance du client dans la satisfaction des quatorze besoins fondamentaux.

##### **3. Identifier la nature exacte du problème :**

il s'agit de préciser le ou les problèmes de dépendance chez le bénéficiaire; on sait que l'origine probable de ces problèmes se trouve dans la faiblesse physique, le manque de volonté ou l'absence de connaissances suffisantes. Par exemple, au lieu de dire que le malade a besoin d'apprendre à s'injecter de l'insuline, on formulera ainsi la difficulté à surmonter : ne sait pas s'injecter de l'insuline. De même, au lieu de parler du besoin d'exprimer ses sentiments à l'égard de son pronostic, on définira ainsi le problème : n'explique pas (ou pas facilement) ses sentiments à l'égard du pronostic.

**4. Décider d'un plan d'action :** selon le même schéma de référence, l'intervention de l'infirmière consiste à suppléer convenablement le client de manière à lui rendre son indépendance. Les modes d'intervention sont connus :

---

\* Extrait de "Etre Infirmière" d'E. ADAM  
Chap 5 : p. 35 - 36, 2e édition (1983) H.R. W. Montréal

remplacer, compléter, substituer et ainsi de suite. Dans le cas précédent, l'action appropriée consiste à *compléter* les connaissances du client en lui fournissant les renseignements nécessaires concernant l'injection sous-cutanée : il faut lui expliquer le procédé, faire la démonstration, le laisser pratiquer, etc. Quant au problème d'expression, il convient de *renforcer* toute tentative de verbalisation, ou de *compléter* les expressions verbales plus ou moins claires; l'infirmière relèvera les remarques du client qui vont dans ce sens, elle restera disponible et attentive à toute allusion concernant son pronostic.

## 5. Exécuter le plan

**6. Evaluer le plan :** on s'interrogera pour savoir si le client est plus indépendant dans l'accomplissement des gestes en cause, si l'intervention a été efficace, et si le problème a été identifié correctement.

## Propriétés d'un problème

Il est courant de dire qu'il n'y a pas de « problème en soi ». Le problème n'existe que pour un individu ou un groupe d'individus, dans un contexte précis.

*Un problème doit être limité.* Il doit être cerné avec précision. Il est préférable de faire éclater une situation-problème en plusieurs petits problèmes, même si ceux-ci entrent en interaction, plutôt que d'étudier un problème trop vaste.

Une première analyse de problème peut en soulever une série en cascade et engendrer d'autres analyses. Le chercheur doit bien définir son sujet pour traiter seulement celui qui le préoccupe. "Quand on ne sait pas ce que l'on cherche, l'on ne sait pas ce que l'on trouve \*."

Il ne peut s'attendre, après une analyse sélective, à trouver une solution à une situation dont le problème étudié n'est qu'un élément.

*Le problème dépasse les possibilités du chercheur.* Celui-ci doit être conscient de l'importance du problème qu'il peut résoudre. Parfois le sujet et les solutions ne sont pas de son ressort, ou sous des apparences techniques, le problème est exclusivement psychologique et lié à une ou plusieurs personnes. Ce type de problème échappe à la logique de l'analyse.

---

\* FORMARIER M. et POIRIER-COUTANSAIS G.

"Initiation à la recherche en soins infirmiers"  
Editions Lamarre-Poirat (1988).

L'analyse de problème ne peut être menée par des acteurs trop impliqués dans la situation étudiée. L'observateur, le chercheur doit poser sur les faits et les personnes un regard neutre, sans parti pris.

### **Démarche d'analyse de problème**

La démarche d'analyse, que nous avons retenue, est celle préconisée par J.F. CHOSSON \*\* dans son livre *L'Entraînement mental*. Nous lui empruntons un certain nombre de termes et d'expressions.

Elle comprend trois phases :

- Phase descriptive.
- Phase explicative.
- Propositions de solutions.

#### PHASE DESCRIPTIVE

Le problème n'est visible que par les symptômes ou les signes qu'il provoque. Cette première étape a pour but de faire l'inventaire des phénomènes qui vont permettre l'identification du problème. La démarche mentale qu'elle suppose fait appel aux « opérations de représentations ».

*Premier temps :*

#### **Observer**

L'observation est toujours soumise à l'influence de l'enquêteur. De ce fait, elle est toujours relative. Elle porte sur les personnes, les documents, les éléments matériels (lieux, temps, organisation, ...), les contraintes qui pèsent sur la situation (loi, structure, autorité, ...). L'observation revêt deux aspects.

#### **Enumérer**

C'est répondre à quoi et qui. "L'énumération est le fondement de l'observation\*." Elle consiste à dénombrer, inventorier les éléments de la situation (objets, idées, personnes, comportements, phénomènes, etc.) dans l'ordre où ils apparaissent à l'observateur.

#### **Décrire**

C'est répondre à : Quand ? Où ? Comment ? Combien ? Avec qui ? Avec quoi ? Combien de fois ? Décrire, c'est « Faire voir » \*\* avec le maximum de précisions et de détails.

---

\*\* CHOSSON J. F. animateur (entre autres) dans le mouvement "Peuple et Culture", décrit dans son livre une méthode d'éducation populaire appelée l'entraînement mental et mise au point par ce mouvement

*Deuxième temps :*

Comparer, classer, distinguer, définir.

“Ces opérations ne sont pas successives mais se déroulent sur le même plan.”

### **Comparer**

C'est répondre à : Comme quoi ? Qu'est-ce que cela évoque ? Comme qui ?

Comparer, c'est rapprocher deux ou plusieurs faits, situations, objets, pour faire ressortir les traits communs.

### **Distinguer**

C'est répondre à : En quoi cela diffère-t-il ? A quoi peut-on le comparer ? Où se trouvent les oppositions ? Distinguer, c'est faire ressortir les différences.

### **Classer**

C'est répondre à : Peut-on classer ? Faire des catégories ? Comment peut-on ordonner ? Classer, c'est regrouper par sources, c'est ranger dans un certain ordre qui semble logique. Il peut être défini au préalable par des critères de classement (hiérarchique, numérique ...) “Classer, c'est une opération fort difficile qui demande un effort mental rigoureux.

### **Définir**

C'est répondre à : Qu'est-ce que c'est ? A quoi cela sert-il ? Définir, c'est déterminer, par une formule précise, l'ensemble des caractères qui appartiennent à un concept, un objet ... Cela permet de cerner, d'expliquer une chose, un fait, par les attributs qui les distinguent.

Sur cette première étape descriptive repose toute l'analyse de problèmes. Les informations recueillies doivent être crédibles (vérification d'informations contradictoires), fiables complètes.

### PHASE EXPLICATIVE

Elle débute quand le chercheur est en possession de toutes informations qu'il juge nécessaires et quand il les a sélectionnées et classées. Cette phase a pour but d'établir le diagnostic de la situation, de la localiser dans le temps et dans l'espace. C'est la phase d'analyse qui consiste à discerner les points de vue, dégager les aspects, mettre en évidence les contradictions et faire les liens entre les éléments. L'opération mentale que cela implique s'intitule « opération logique d'explications »

### **Situer dans le temps et dans l'espace**

C'est préciser l'environnement de la situation (physique, économique, sociale). C'est aussi tenir compte des lieux et du temps, et déterminer leur influence sur la situation.

### **Discerner les points de vue**

“Le point de vue est l'angle sous lequel une personne examine la situation, une chose ... Il est donc subjectif\*.”

### **Dégager les aspects**

“Les aspects sont les différentes faces de la réalité observée. Donner un aspect d'un objet ou d'une situation, c'est tendre à l'objectivité à l'aide d'éléments d'analyse rigoureuse

### **Mettre en évidence les contradictions**

La contradiction, c'est l'opposition, voire l'affrontement, entre deux ou plusieurs aspects incompatibles de la réalité.

### **Faire des liens**

Les opérations précédentes servent de soutien à la dernière étape de la phase explicative qui vise à établir des liens, des relations entre les faits, les opinions. Elle met en évidence les incohérences, les contradictions, ou au contraire les cohérences et les similitudes. Elle a pour but de « diagnostiquer » la situation, c'est-à-dire d'identifier les causes. La cause est le facteur déclenchant d'un fait qui produit un ou plusieurs effets. La cause est le phénomène étudié. Elle est l'antécédent constant. Un problème a rarement une seule cause.

Elles peuvent être apparentes ou occultées, importantes ou secondaires.

Une cause trop évidente masque souvent les causes réelles plus profondes du problème. Seule, l'analyse pourra les mettre en évidence. Il faut éviter le piège de prendre les conséquences du problème pour ses causes. C'est en éclaircissant la relation de cause à effet que le chercheur occulte cet écueil.

L'analyse menée avec rigueur, dépouille le problème de ses affects et le transforme en recherche.

Au temps de cette étape, et en fonction des résultats de l'analyse et des objectifs initiaux de la recherche, le chercheur est amené à prendre des décisions

### **PROPOSITION DE SOLUTIONS**

- Conclure la recherche en lui apportant des solutions immédiates, recherche-action, recherche descriptive 1<sup>er</sup> niveau .

- Poursuivre en multipliant les exemples, en complétant et affinant les données et l'analyse dans le cadre d'une recherche descriptive 2<sup>e</sup> - 3<sup>e</sup> niveaux.

- Poser les hypothèses d'une recherche descriptive complexe quasi-expérimentale ou expérimentale.

L'apparente simplicité de la méthode descriptive est trompeuse. Elle demande une réelle rigueur scientifique pour réduire les possibilités de tendance systématique à interpréter subjectivement les faits.

## ANNEXE 2

### SUGGESTIONS POUR UNE « AUTO-EVALUATION » EN HYGIENE HOSPITALIERE \*

#### 1. Le Comité d'Hygiène Hospitalière :

- existe-t-il dans l'institution ?
- sa composition est-elle conforme à la législation (cfr. A.R. 24.04.1974 et 07.11.1988) ?
- y a-t-il un médecin hygiéniste hospitalier attaché à l'institution (cfr. A.R. 07.11.1988)?
- y a-t-il une infirmière hygiéniste hospitalière dans l'institution (cfr. A.R. 07.11.1988)?
- des personnes concernées de l'institution sont-elles invitées, en fonction d'un point de l'ordre du jour qui les concerne ?
- le rythme des réunions est-il conforme à la législation (tous les deux mois au moins) ?
- y a-t-il un ordre du jour structuré, diffusé à tous les membres en temps opportun ?
- y a-t-il des comptes rendus ?
- les actions décidées par le C.H.H. sont-elles confiées à quelqu'un de manière précise ?
- y a-t-il un suivi de ces actions par le C.H.H. ?
- y a-t-il un registre tenu à jour ?

#### 2. Politique générale en Hygiène Hospitalière :

- le C.H.H. a-t-il défini une politique dans ce domaine et celle-ci se traduit-elle dans les faits ?
- les différents services de l'hôpital sont-ils informés de cette politique ?
- y a-t-il un programme annuel (ou autre rythme) qui soit défini ?
- existe-t-il des priorités spécifiques à l'institution qui soient précisées ?

#### 3. Antibiotiques :

- y a-t-il une politique générale ou par discipline médicale pour l'usage des antibiotiques :
  - à usage prophylactique ?
  - à usage curatif ?

---

\* M. Zumofen : Formation d'Hygiène Hospitalière : 1989 – 1990 (mise à jour 2001)

- ces recommandations sont-elles appliquées et sont-elles prises en considération par exemple lors de l'élaboration d'un formulaire des médicaments ?

#### **4. Hygiène des mains :**

- y a-t-il une politique et une codification claire prise par le C.H.H. dans ce domaine ?
- les équipements sanitaires sont-ils adaptés aux recommandations transmises au personnel ?

#### **5. Stérilisation :**

- l'institution dispose-t-elle des appareils de stérilisation nécessités par l'activité médicale et soignante ?
- des contrôles (physiques - chimiques et bactériologiques) sont-ils régulièrement effectués ? A quel rythme ?
- si l'équipement de stérilisation comporte une stérilisation au gaz (oxyde d'éthylène ou formol), y a-t-il un équipement prévu pour la désorption du matériel ? L'ensemble de cet équipement est-il centralisé ? Y a-t-il un programme spécifique de contrôle de stérilisation ?

#### **6. Asepsie**

- les soins aseptiques peuvent-ils être réalisés dans des conditions adéquates : tout le matériel et les produits sont-ils stériles ?
- y a-t-il des protocoles de soins à la disposition du personnel hospitalier ?
- y a-t-il des mesures spécifiques adoptées par l'institution vis-à-vis des soins susceptibles d'engendrer des infections ?
  - cathéter urinaire ?
  - cathéter I.V. et perfusion ?
  - pansement de trachéotomie ?

#### **7. Désinfection :**

- y a-t-il une politique générale concernant :
  - la désinfection ?
  - les méthodes de désinfection ?
  - les équipements et produits de désinfection ?
- la(les) personne(s) chargée(s) des choix est(sont)-elle(s) compétente(s) dans ce domaine ?
- l'efficacité des méthodes de désinfection est-elle régulièrement contrôlée ?
- toutes les matières destinées à un usage « propre » et qui ne sont pas stérilisées sont-elles désinfectées ?

## **8. Malades contagieux :**

- y a-t-il des directives précises (procédures d'isolement) et applicables pour la prise en charge des malades infectés et contagieux ?
- y a-t-il tout le matériel nécessaire à l'application des directives ci-dessus ?

## **9. Patients très "fragiles" aux infections :**

- y a-t-il des directives précises concernant ces patients ?
- le matériel nécessaire est-il à disposition ?

## **10. Directives générales :**

- y a-t-il des directives écrites concernant les activités décrites ci-dessus ?
- y a-t-il des documents écrits concernant l'organisation et les modes de fonctionnement :
  - du bloc opératoire ?
  - de la stérilisation centrale ?
  - des salles d'accouchement ?
  - des soins intensifs ?
  - de la néonatalogie ?
  - de la salle d'autopsie (si existe) ?

## **11. Services généraux :**

- y a-t-il des directives précises et des contrôles périodiques relatifs à certains services généraux tels que :
    - le secteur alimentaire (cuisine - biberonnerie) ?
    - la buanderie ?
    - l'entretien ménager ?
    - la collecte et le traitement des déchets ?
- (NB. : Ces directives et contrôles sont-ils prévus dans les contrats avec les firmes extérieures dans l'hypothèse d'une sous-traitance ?)

## **12. Formation – Information :**

- y a-t-il des programmes de formation et d'information relatifs à l'hygiène hospitalière ?
- tous les secteurs de l'hôpital sont-ils touchés par ces programmes (en fonction de leurs centres d'intérêts) ?
- y a-t-il une évaluation des résultats obtenus par ces programmes ?

## **13. Enregistrement des infections :**

- y a-t-il une politique en matière de quantification des infections dans l'institution en vue de la promotion de la qualité des soins ?
- les données apportées par la méthode utilisée sont-elles évaluées par le C.H.H. et en tient-on compte pour la définition des mesures à mettre en oeuvre ?

#### **14. Evaluation :**

- une évaluation générale ou ponctuelle de certains aspects est-elle effectuée régulièrement et utilisée par le C.H.H.?

#### **15. Aménagements des locaux, acquisition d'appareillages ou équipements, choix de matériels :**

- le C.H.H. est-il sollicité à donner un avis ?

#### **16. Protection du personnel contre les infections :**

- y a-t-il une politique dans ce domaine ?
- est-elle appliquée ?