

LA PLACE DE L'HYGIENE DANS LES INSTITUTIONS MEDICO-SOCIALES



ENTRE RISQUES ET OPPORTUNITES

Jury :

Responsable du Département Universitaire : Mme C. ARNAUD

Directeur de recherche: M. D. TAILLEFER

**Tuteur de stage : M. B. LILLIER Conseiller Technique, Responsable Pôle projet
URIOPSS LR**

Année universitaire : 2009/2010

Mémoire M1 AP2S présenté par : Dominique LAVAUD

REMERCIEMENTS

A l'issue de ce travail, je tiens à remercier toutes celles et tous ceux qui m'ont soutenu et accompagné et plus particulièrement :

Madame ARNAUD, Directrice du département d'ingénierie sociale, pour son implication dans ce master et son action dans la création de liens entre l'université et les professionnels du secteur sanitaire et social.

Monsieur Dominique TAILLEFER, mon Directeur de recherche, pour son soutien, ses conseils avisés et ses éclairages qui m'ont permis de mener à bien l'élaboration et la formalisation de ce mémoire.

Madame Isabelle MEUNIER, Directrice de l'URIOPSS LR qui m'a permis de réaliser mon stage dans la fédération qu'elle dirige et facilité la réalisation de l'enquête qui est au cœur de ce mémoire.

Monsieur Benjamin LILLIER, Responsable du Pôle projet/évaluation à l'URIOPSS LR qui a été mon référent de stage, m'a accompagné dans la mise en oeuvre de l'enquête et m'a sensibilisé aux enjeux traversant aujourd'hui le secteur médico-social.

Mes proches, qui m'ont soutenu tout au long de ce parcours.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1 - LES RELATIONS ENTRE LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

- 1.1 Repères historiques s'agissant de la médecine et du médico-social
- 1.2 Quelques repères historiques sur l'émergence des champs sanitaire et social
- 1.3 Des lignes de partage et des articulations possibles entre sanitaire et médico-social
- 1.4 Le médico-social, un secteur en pleine mutation
- 1.5 Les évolutions règlementaires récentes et la pression budgétaire
- 1.6 La réorganisation des dispositifs de pilotage avec la mise en place des ARS (URIOPSS LR/ C. MARIVAL)
- 1.7 Les impacts des mutations dans le champ médico-social : réactions des acteurs associatifs devant les nouvelles références et nouvelles obligations dévolues aux établissements, modifications des pratiques (cf : Céline MARIVAL document cité).

2 - DES QUESTIONNEMENTS AUTOUR DE L'ETHIQUE DANS LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

3 - LES ENSEIGNEMENTS DES ETUDES PRECEDENTES ET LE POSITIONNEMENT DES ORGANISMES CHARGES DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIEES AU SOIN (IAS)

4 - LES MISSIONS DES CCLIN

- 4.1 Expériences des CCLIN SUD EST et SUD OUEST
 - 4.1.1 Le CCLIN SUD EST
 - 4.1.2 Le CCLIN SUD OUEST

SECONDE PARTIE

5 - ELEMENTS DE POSITIONNEMENT DES ACTEURS DU MEDICO-SOCIAL VIS-A-VIS DE LA DIMENSION HYGIENE, A TRAVERS UNE ENQUÊTE DE TERRAIN

Partie introductive

- L'objectif de recherche
- Les effets attendus (par l'étudiant)
- Approche méthodologique
- La population
- La zone d'enquête
- La présentation de l'organisme qui m'accueille (URIOPSS LR)

Phase d'entretiens

- Pourquoi l'entretien
- Le choix du type d'entretien
- Le choix des personnes interrogées
- La consigne
- Le guide d'entretien
- L'analyse des entretiens
 - o Le choix de la méthode
 - o Les principaux résultats

Phase d'enquête par questionnaire

- Questionnaire
- Résultats de l'enquête
- I- questions d'identité
- II- besoins et pratiques concernant le risque infectieux

6 - DYNAMIQUE DE CHANGEMENT DANS LE MEDICO-SOCIAL : OPPORTUNITE, FREINS, LEVIERS MOBILISABLES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

MEMOIRE

**La place de l'hygiène dans le secteur médico-social
Entre risque et opportunité**

INTRODUCTION

L'hygiène n'est pas un "objet" neutre dans le champ médico-social, elle fait lien entre les pratiques de soin et d'accompagnement "éducatif et social".

A ce titre, elle réactive les tensions historiques entre secteurs sanitaire et médico-social et constitue peut-être dans le même temps le vecteur à travers lequel des malentendus peuvent être levés afin de faciliter les coopérations.

L'hygiène nous indique par ailleurs que par delà ce qui semble séparer les professionnels de ces secteurs, il existe nombre de préoccupations et références partagées.

Soin, hygiène, accompagnement sont en effet marqués dès l'origine par des représentations de l'homme et de sa place dans l'environnement naturel et la société.

S'ils se réfèrent d'abord à la pensée magique ou l'inscription dans le religieux, ils évoluent vers des approches plus rationnelles (pensée scientifique) et conservent néanmoins un ancrage dans le non rationnel (dimension inconsciente).

Ces trois dimensions, partie intégrante de la santé, entendue ici dans son acception la plus large, manifestent des positionnements individuels/collectifs relatifs aux identités professionnelles et aux pratiques, ainsi qu'aux représentations des publics accueillis et sont traversés par des idéologies.

Les conceptions du soin, de l'hygiène ou de l'accompagnement évoluent à travers des mouvements lents ou rapides provoquant des avancées, des régressions, des sauts qualitatifs des changements de perspectives et soulèvent dans leur mise en œuvre de nombreux débats éthiques.

Nous chercherons donc à travers ce mémoire, à identifier les conditions facilitant une meilleure prise en compte de cette dimension par les institutions et professionnels du secteur médico-social.

Après avoir exploré certains déterminants historiques pesant sur l'appréhension de l'hygiène, et identifié les conséquences des mutations traversant actuellement le médico-social, nous nous attacherons à faire émerger différents enjeux éthiques en lien avec cette problématique dans l'accompagnement opérationnel des résidents des établissements concernés. A travers une enquête auprès des responsables d'établissements au niveau régional, nous essaierons d'objectiver les pratiques existantes ainsi que les conditions de mobilisation de ces structures ou encore les représentations associées à l'hygiène.

L'ensemble de ces investigations nous permettra d'identifier des enjeux liés à l'amélioration de la situation et de proposer des pistes de changement.

Des constats empiriques et des résultats d'enquêtes menées par la Haute Autorité en Santé (HAS), mettent en exergue qu'un nombre non négligeable d'usagers des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont porteurs d'infections nosocomiales ou plus largement d'infections associées aux soins (IAS).

L'hypothèse posée par les autorités sanitaires est que cette situation serait due à une insuffisance de la prise en compte de l'hygiène dans la dynamique ordinaire de l'établissement.

Une première raison qui tient à l'identité professionnelle et à la philosophie du secteur médico-social (MS) est le refus des dirigeants (Responsables "élus" des organismes gestionnaires et Directeurs) de voir transformer leurs établissements, appréhendés avant tout

comme des “lieux de vie”, en “lieux de soins” (sur le modèle sanitaire), même si des soins sont prodigués dans ces établissements, va avoir des conséquences juridique et/ou éthique.

Par ailleurs, les autorités sanitaires soulignent que si des progrès ne sont pas réalisés dans un avenir raisonnable et si des initiatives ne sont pas prises par les structures elles-mêmes, le “législateur”, auquel sera soumise la problématique, sera sans aucun doute dans l’obligation de proposer une réglementation qui risque d’être moins souple et sans doute moins bien adaptée à la spécificité de ces établissements (Rencontre organisée par la Région Languedoc-Roussillon et le CCLIN sud Est, à destination des responsables des EHPAD – 2007- Hôtel de région, à Montpellier).

A côté des EHPAD, deux types d’établissements pourraient être concernés dans le champ du Handicap : les Maisons d’Accueil Spécialisées et les Foyers d’Accueil Médicalisés (MAS ET FAM).

Nous chercherons donc à faire émerger des éléments facilitateurs d’une démarche de changement ainsi qu’à identifier des freins à celle-ci afin d’éclairer le positionnement des dirigeants des établissements médico-sociaux.

PREMIERE PARTIE

1. LES RELATIONS ENTRE LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

1.1. Repères historiques s'agissant de la médecine et de l'hygiène

Antiquité

On peut raisonnablement situer l'origine de la médecine moderne à l'époque de la Grèce antique.

Si des actions relevant de "l'intention de soin" existent avant cette période, c'est la volonté de rompre avec les pratiques magiques qui fonde ses soubassements à travers l'apport des philosophes naturalistes, PYTHAGORE notamment (580 avant JC) qui établit l'universalité des quatre éléments que l'on retrouve dans le corps humain : la terre, le feu, l'eau et l'air.

HYPPOCRATE (460 avant JC) met quant à lui, l'accent sur l'interrogatoire et l'examen du malade. Il est plus connu aujourd'hui à travers le serment que prêtent les futurs médecins. On peut retenir de ce serment l'égalité des hommes devant la maladie, la défense de la vie avant tout et le respect du secret médical.

PLATON (428 – 348 avant JC) s'il reconnaît les quatre éléments, attribue un rôle majeur au "Pneuma", associant le feu et l'air et composant le "souffle vital" donnant aux organes mouvement et vie.

ARISTOTE (384 avant JC) s'appuie sur les travaux de dissection d'animaux pour transposer ses connaissances à la compréhension de l'anatomie de l'homme.

Au début du 3^e siècle de notre ère la dissection humaine devient possible et permet la connaissance des systèmes nerveux, vasculaires.

CELSE, au premier siècle, classe les maladies en trois catégories (pathologies pouvant être guéries par un simple régime, maladies guéries par un médicament et celles qui nécessitent le recours à la chirurgie) à travers le premier ouvrage de médecine.

GALIEN (en 131) met en avant le lien entre des troubles et un organe, mais son jugement négatif envers la chirurgie aura une influence jusqu'aux travaux d'Ambroise PARE au 16^e siècle qui va la réhabiliter.

A cette époque, les prémices de la santé publique apparaissent à travers l'édification de fontaines pour la distribution d'eau propre, la réalisation d'égouts et de latrines publiques, ou encore la construction de thermes et Valetudinaria (premiers hôpitaux dédiés aux soldats et infirmes) à ROME.

L'hygiène, comme on l'a vu pour la médecine est une notion ancienne que l'on retrouve dans la mythologie grecque. Le mot hygiène vient du grec *hugieion*, dérivé de *hugieia* qui signifie "santé". « L'hygiène se définit comme l'ensemble des principes et des pratiques qui visent à conserver la santé et à assurer l'intégrité des fonctions de l'organisme »¹.

Le mot hygiène est associé à la déesse grecque Hygie, déesse de la santé et de la propreté.

Hygie symbolise la prévention alors que sa sœur Panacée est la déesse guérisseuse reliée au traitement médical et aux médicaments.

La déontologie et les textes d'Hippocrate y font aussi référence :

« Les grecs et les romains furent les premiers à réaliser des travaux d'assainissement urbain de grande ampleur. Les romains furent les maîtres de l'hygiène publique : assèchement des marais inhumation des morts en dehors des villes, canalisation de l'eau potable et aqueducs, thermes, latrines publiques... Chaque citoyen de Rome disposait de 500 litres d'eau potable par jour » (cf. G. Le Vacon document cité plus haut) .

¹ Gaël Le Vacon – Séminaire DES de Santé publique – 21/11/2006

Moyen âge (500 à 1400).

En France, la médecine est prise en charge par les religieux. Elle est surtout humanitaire et ne dispose que de notions élémentaires de soins, un lit peut recevoir plusieurs malades. Si le savoir scientifique est limité, le niveau de propreté est satisfaisant (toilettes des malades). Les recettes, la sorcellerie sont très présentes.

A Constantinople, dans cette première partie du moyen âge, on assiste à de nombreux progrès de la médecine : pharmacopée, encyclopédies, traduction et relecture des médecins grecs.

C'est dans le monde Arabe que se développe la médecine, avec des références qui feront école, à travers la figure d'ABOU BAKR MUHAMMAD IBN ZAKARIA AR RASI dit RHAZES. Il ébauche une réflexion sur un risque de contamination par l'eau.

C'est au même moment, en Espagne, que se poursuit cette évolution, toujours avec des médecins arabes et notamment le plus illustre d'entre eux ABUL CASSIS qui relie chirurgie et médecine.

En Europe, c'est au 11^e siècle que naissent les premières universités et en France à Paris, Toulouse et Montpellier. L'église a une place majeure dans cet enseignement et dans la gestion des hôpitaux (accueillant principalement infirmes et malades).

L'hygiène est un concept qui évolue dans le temps suivant les croyances, les connaissances et les modes. C'est à la fin du Moyen-âge que l'on note une régression de la propreté, notamment dans les milieux sociaux élevés. L'eau est vécue comme porteur de miasmes et autres putréfactions qui aggravent les maladies. Ce sont les parfums et les onguents qui la remplacent en instaurant la toilette sèche. Il faudra attendre le 19^{ème} siècle pour l'associer à nouveau à la santé au travers des thermes.

Renaissance (1500-1600)

On assiste à cette époque à un « approfondissement de la recherche anatomique et l'on fait appel aux dessinateurs pour diffuser les connaissances, non sans quelques tensions entre approche esthétique et la réalité anatomique.

Les premiers livres de chirurgie apparaissent à travers les travaux d'Ambroise PARE.

Les balnéothérapies émergent et leur gestion relève de plus en plus fréquemment de la responsabilité des villes.

On crée aussi dans les hôpitaux les premières salles réservées aux personnes atteintes de "troubles de l'esprit".

L'hygiène par contre est en déclin. Néanmoins, G. FRACASTOR (1483-1553) médecin italien, fonde l'épidémiologie à travers son intuition qu'existent des micro-organismes capables de se reproduire et se multiplier. Il évoque des notions de transmission directe et indirecte en opposition à la croyance en la génération spontanée. Cette intuition ne sera pas validée par ses contemporains et ne réapparaîtra qu'avec les travaux de SPALLANZANI (1768) démontrant que l'ébullition tue les microbes, puis plus tard avec PASTEUR (1857/1864) qui met en place la stérilisation.

G. FRACASTOR est le premier à vouloir s'attaquer aux origines des contaminations.

17^e siècle

L'approche rationnelle est privilégiée. Des avances majeures sont rendues possibles grâce à l'invention du microscope (Antoine Van LEUWENHOEK), qui permet de découvrir cellules et bactéries... Les descriptions médicales gagnent ainsi en précision.

C'est Louis XIV (1638-1715) qui crée l'hôpital public. Ce lieu accueille des publics différents, si on y retrouve des malades, on y trouve aussi des fous, des pauvres, des handicapés et des vagabonds. Cette structure fermée fut mise en place plus pour le respect de l'ordre public que pour le traitement médical des malades. Les constructions des établissements de soins se tenaient éloignés des habitations, fermées et édifiées sur des collines exposées au sud. Les ouvertures étaient orientées pour recevoir les vents dominants afin que le vent chasse les impuretés et purifie les locaux.

C'est sans doute autour de ce positionnement des classes dominantes, qui associe les classes populaires, les pauvres et marginaux, au danger, à la maladie, au risque de contagion (sociale ?)... que se développent des critiques de ce que certains ont nommée "l'hygiénisme". Les réactions et réticences actuelles de certains professionnels dans les secteurs social et médico-social vis-à-vis de l'hygiène sont encore sans doute liées à ces connotations.

18^e siècle

Des avancées au niveau de la botanique, de la physiologie humaine se manifestent dans toutes les spécialités de la médecine. C'est aussi le moment du retour en grâce des chirurgiens qui peuvent devenir "docteur". Les pharmaciens remplacent les apothicaires. Les hôpitaux sont plus des lieux de refuge que de véritables lieux de soins, excepté pour les militaires.

19^e siècle

Les connaissances continuent d'avancer de façon empirique par exemple avec l'invention du stéthoscope par LAENNEC en 1815 ou encore la découverte de l'anesthésie et sa généralisation.

Les prémisses des politiques urbaines commencent à intégrer les problématiques de santé : les communes doivent veiller notamment à l'approvisionnement en eau potable ou identifier les établissements insalubres et dangereux (abattoirs, mines, manufactures de produits chimiques...).

C'est aussi le début de l'utilisation des statistiques, qui a permis notamment une démarche d'objectivation du lien entre développement de certaines pathologies et groupes sociaux et/ou régions (VILLERME « la pauvreté est la source de la plupart des maux »).

C'est l'époque de la création des premières chaires d'hygiène dans les écoles de santé. Des demandes sont adressées au pouvoir politique afin qu'il mette en œuvre une politique nationale de santé.

La vaccination se développe grâce à des campagnes associant médecins, chirurgiens et les représentants du clergé.

Le « père » de l'hygiène est Ignace Philippe Semmelweis qui met en évidence le risque nosocomial en 1846. Par l'observation, il découvre l'importance du lavage des mains entre deux gestes médicaux : dissection et accouchement, et fait la relation avec le taux de mortalité des parturientes prises en charge par les médecins et celui obtenu par les sages femmes. Il met en avant l'importance du lavage des mains. C'est, aujourd'hui encore, le même protocole de lavage qui est effectué dans le sanitaire. Sa découverte ne sera pas reconnue et il mourut fou de ne pas avoir convaincu ses contemporains.²

Ce sont Lavoisier et Pasteur qui renforceront et légitimeront l'importance de l'hygiène dans les soins avec la découverte des micro-organismes.

L'état prend en charge l'urbanisation des villes et met en place des réseaux séparés d'eau propre et d'eau sale. C'est à cette époque qu'apparaissent les premières salles de bain et les toilettes.

² Semmelweis, Thèse de médecine de Louis Ferdinand Céline, édition L'imaginaire Gallimard, 1999

LISTER (1827-1912) comprend que la mortalité opératoire est due aux mauvaises conditions d'hygiène, c'est lui qui introduit la chirurgie moderne.

Une première salle, semblable à celles que nous connaissons aujourd'hui, fut installée vers 1880 par Edmond Delorme, chirurgien au Val de Grâce.

20^e siècle

Des politiques de santé sont élaborées et mises en œuvre et les grandes lois sociales apparaissent.

- 1902 : première loi relative à la protection de la santé publique qui liste les mesures sanitaires générales et celles relatives aux immeubles ainsi que les conditions de l'action et l'administration sanitaire.
- 1907 : mise en place d'un "Comité International d'Hygiène Publique" à Paris, qui deviendra l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946.
- 1941 : ouverture de l'hôpital à toutes les catégories de citoyens et non plus aux seuls indigents
- 1946 : création de la sécurité sociale
- 1958 : création des CHU
- 1972 : création des comités d'hygiène et sécurité
- 1975 : l'hôpital est responsable de ses malades

C'est aussi le moment de la scission entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. De nouvelles institutions voient le jour (IMP, IMPRO, CAT...). Les apports de la psychologie et de la psychanalyse ont permis de nouvelles prises en charge, l'implication des usagers/résidents dans les interventions qui les concerne est demandée par les pouvoirs publics.

Cette dynamique sera accompagnée par un vaste mouvement de professionnalisation des acteurs des champs sanitaire et médico-social.

Des exigences qualitatives apparaissent :

- normes NF, ISO
- certification
- 1988 : création des CLIN
- 1992 : premier texte officiel sur l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

La médecine a plus changé pendant les soixante dernières années du 20^e siècle que pendant les soixante siècles précédents. La révolution thérapeutique commence avec la découverte des sulfamides en 1937, suivent les découvertes des antibiotiques, des neuroleptiques. C'est aussi l'avènement des progrès technologiques, de l'informatique, du numérique.

Les techniques opératoires s'affinent grâce à du matériel de plus en plus performant (imagerie, chirurgie microscopique, endoscopique...) et la maîtrise de l'anesthésie.

Le développement de l'hygiène (passage aux matériels à usage unique, circuits du propre et du sale, qualité de l'eau, isolement...) et la surveillance de sa mise en œuvre, sont des éléments qui vont favoriser un saut qualitatif et une efficacité très importante. L'épidémiologie et l'asepsie, associés au secteur sanitaire, constituent le socle sur lequel repose les techniques opératoires modernes.

La biologie et la génétique n'échappent pas à cet essor de connaissances et permettent de nouvelles avancées : connaissance du génome humain, procréation assistée, travaux sur les cellules souches...

La médecine est rationnelle et efficace.

1.2. Quelques repères historiques sur l'émergence des champs sanitaire et social

On peut repérer très schématiquement trois grandes époques dans la construction de ces champs :

- Le temps de la charité dominé par l'action des confréries religieuses qui créent des institutions hospitalières
- Le temps de l'assistance qui débute avec la Renaissance, s'intensifie et s'institutionnalise après la révolution française à travers la promotion du concept d'égalité entre les hommes et le devoir de la société de porter secours à ceux qui sont dans l'impossibilité de travailler
- Le temps de la solidarité après la seconde guerre mondiale qui s'incarne dans les dispositifs assurantiels

Ce mouvement général est traversé par de grandes tendances :

- Laïcisation qui s'accompagne d'un changement de regard sur les malades, les déviants et les pauvres dont la situation n'est plus associée au jugement divin.
- Rationalisation. On passe progressivement de la pensée magique à des approches scientifiques à travers l'observation, l'objectivation, l'expérimentation...
- Spécialisation. Jusqu'au milieu du 19^{ème} siècle, les hôpitaux recevaient à la fois des malades, des personnes âgées ou handicapées ou encore des indigents. Une distinction est alors opérée entre les missions de l'hôpital qui ne reçoit plus que les malades et l'hospice qui accueille tous les autres publics relevant de l'action sociale. Ensuite cette dynamique de spécialisation se poursuit avec la création du secteur médico-social. Cette distinction est le moment fondateur de la scission entre sanitaire et social.
- Institutionnalisation/professionnalisation. Dès la partition opérée entre sanitaire et social et sous la pression du monde associatif, un vaste mouvement de création d'établissements voit le jour. Des métiers spécifiques émergent dans chaque secteur. Après une longue période qui privilégiait une offre de service conjointe à une offre d'hébergement, un processus d'accompagnement à domicile voit le jour et se développe.

Si le mouvement de spécialisation a favorisé des avancées et permis de développer des compétences pointues dans chaque secteur, il apparaît clairement qu'un processus d'amélioration de l'articulation de ces deux champs est aujourd'hui incontournable.

1.3. Des lignes de partage et des articulations possibles entre sanitaire et social

Des cadres juridiques distincts induisent un clivage entre les institutions des champs sanitaire, social et médico-social, ce qui a freiné initialement les logiques de coopération et renforcé l'identification exclusive des professionnels à leur champ respectif.

Ces “blocs” juridiques et structurels s’ancrent d’une part dans la loi hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et d’autre part, sur les lois du 30 juin 1975 (75-534 loi d’orientation en faveur des personnes handicapées et 75- 535 sur les institutions sociale et médico-sociale). «L’état ayant constaté l’absence de savoir-faire de l’établissement hospitalier en matière d’accueil social des enfants de l’aide sociale à l’enfance (ASE) et des enfants handicapés, des personnes âgées et des adultes handicapés, lui demande de se limiter aux soins et externalise ce qui deviendra les structures sociales et médico-sociales en 1975 »³.

Les évolutions des problématiques sanitaires comme sociales (et leurs représentations) ont fait apparaître le caractère incontournable de l’articulation de ces différents champs, où se mêlent acteurs publics et privés, autour notamment des problématiques suivantes : précarité/souffrance psychique, accès aux soins/personnes en grande difficulté sociale, psychiatrie/insertion sociale et professionnelles des malades mentaux, problématiques des addictions, accompagnement des personnes atteintes de démence sénile ou de la maladie d’Alzheimer, accompagnement en fin de vie/soins palliatifs.

Des lois récentes ont proposé des ouvertures vers des logiques de décloisonnement :

- Pour le médico-social on identifie notamment, les lois du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale et la loi du 11 février 2005 pour l’égalité de droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Pour le sanitaire, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, mais aussi la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique qui intègre la maladie, le handicap et la dépendance dans une même préoccupation.

Le Conseil Supérieur du Travail Social (CSTC, document cité note bas de page n° 3) met en avant un autre élément qui vient introduire une relative confusion dans le positionnement des institutions et acteurs du sanitaire et du médico-social. Celui-ci est relatif à la signification plus ou moins large qui est donnée au concept de “social” et de “santé”, qui sont des références majeures dans l’ensemble des structures de ces deux domaines.

- Le social peut en effet renvoyer :
 - o dans une acception restreinte, au champ des pratiques et des politiques sociales en références à des problématiques liées à des populations identifiées ainsi qu’aux réponses apportées ou encore à l’action concrète des travailleurs sociaux.
 - o Dans une dimension plus large, à ce que « recouvre les sciences sociales : le politique, l’économique, le travail, l’éducation, la santé, les modes de vie... ». C’est le social au sens anthropologique (l’articulation individu/collectif, l’homme acteur social, l’organisation sociale...).
- La santé peut être associée :
 - o Dans un sens restreint, à la lutte contre les maladies
 - o Dans un sens plus large aux « réponses politiques à un besoin de soins » (Organisation du système de soins).
 - o De manière extensive et en référence à la définition qu’en donne l’OMS dans la “Charte d’Ottawa”, comme « un état de complet bien-

³ Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social. Rapport du CSTS, page 30. 2007. Edition ENSP.

être physique, mental et social ». « De ce point de vue, la santé ne relève pas seulement de la responsabilité du secteur sanitaire ».

Un enjeu majeur sous-jacent à la pluralité des interprétations des concepts de santé et de social est lié à leur caractère plus ou moins englobant. En effet, d'après les conseillers techniques de L'Union Régionale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociales du Languedoc-Roussillon (URIOPSS LR), fédération d'associations du secteur social, médico-social et sanitaire à but non lucratif, membre d'un réseau national (UNIOPSS), il existe une vigilance des acteurs du médico-social à ne pas voir les références issues du sanitaire, s'imposer à eux comme autant de normes qui viendraient modifier les spécificités de leur approche (crainte d'une "sanitarisation" du médico-social et du social).

Il ne faudrait pas néanmoins que cette légitime vigilance fasse obstacle au déploiement d'une réflexion éclairée s'agissant de la place du soin dans l'accompagnement des personnes prises en charge. Comme nous le suggérons dans le titre de ce mémoire, il est possible d'envisager que la question de l'hygiène puisse servir de médiateur, voire de révélateur, relançant de manière positive les interrogations du point de vue éthique et pratique autour de l'articulation du soin et du prendre soin dans les établissements médico-sociaux (EMS). Ceci impliquerait de ne renoncer à rien, du point de vue de la rigueur liée au soin, exigence forte du sanitaire, tout en s'interrogeant sur les modalités de sa mise en œuvre en s'appuyant sur les principes, valeurs et pratiques défendues dans le médico-social.

Ainsi, il nous semble que le débat éthique, ancré sur les pratiques liées à l'hygiène peut favoriser une interrogation et des évolutions s'agissant des représentations que les professionnels du sanitaire comme du médico-social peuvent avoir de leurs champs respectifs.

1.4. le médico-social, un secteur en pleine mutation *(éléments issus de la réflexion sur l'accompagnement autour du positionnement stratégique des associations du secteur, par les conseillers techniques de l'URIOPSS LR, alimenté par le travail de Céline MARIVAL⁴).*

On doit noter tout d'abord que l'action publique est elle-même en mutation et qu'elle s'inscrit dans une logique accrue de rationalisation des dépenses. Cette dynamique est marquée par ce qu'il est coutume de nommer la « Crise de l'Etat Providence ». Celle-ci serait à la fois une crise financière, d'efficacité et de légitimité.

Le niveau européen pèse également sur la structuration du secteur à travers des questionnements et incertitudes s'agissant de la transposition (dans le droit français) de la directive service (directive BOLKESTEIN) ainsi que la reconnaissance des Services Sociaux d'Intérêt Généraux (SSIG)

Par ailleurs on assiste à une modernisation de l'Etat qui s'inscrit dans une logique d'efficacité, impliquant une recherche de rationalisation de son fonctionnement, ainsi qu'une maîtrise des coûts. L'Etat repense ses missions et son organisation :

- Recentrage des politiques sur des publics ou des territoires jugés prioritaires (logement, emploi, formation professionnelle, politiques de la ville...)

⁴ MARIVAL.C 2007 : Associations de solidarité et action publique. Communication au colloque « ESS, territoire et politique » Sciences Po Bordeaux, 29-30 novembre 2007.

- Réorganisation des directions d'administration centrale et fusion de certaines missions et agences
- Affirmation du niveau régional comme niveau pertinent pour l'Etat
- Réorganisation des directions régionales et départementales

La réforme des collectivités territoriales peut également avoir un impact sur le secteur MS. Des évolutions importantes sont en effet à prévoir pour les années à venir et des questions restent ouvertes :

- Faut-il supprimer ou pas un niveau de collectivité territoriale et si oui lequel ? :
 - Les communes ?
 - Les départements ?
 - Les régions ?
- Faut-il spécialiser les collectivités par cœur de métiers ?
 - Exemple : le département avec l'action sociale

1.5. Les évolutions règlementaires récentes et la pression budgétaire

La décentralisation, induite par la loi particulière de 1986, redéfinit les compétences en matière de tutelle et de financement des structures du médico-social. Je vous rappelle que ce nouveau contexte a initié en partie la révision de la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Ainsi, depuis cette date se définit une nouvelle répartition des « compétences ».

L'histoire du réseau UNIOPSS URIOPSS permet d'éclairer notre problématique : « Paradoxe d'une institution qui, au moment où se crée la sécurité sociale, qui se traduit par un "rejet de la charité privée aux marges du champ d'action de l'Etat providence en France"⁵, va réussir à faire reconnaître tout l'intérêt et l'importance de la bienfaisance privée et de son action. La réflexion des fondateurs de l'UNIOPSS sur les politiques sociales permet l'expression d'idées à contre courant de la pensée dominante de l'époque, porteuse d'étatisation, de progrès centralisés, de nationalisations. Elle favorise la mise en avant d'une vraie modernité autour de la subsidiarité, de l'autonomie, et de la capacité à agir des œuvres, des individus et de la société ». « L'année 1947 est vécue comme une année dramatique, une année de tous les risques écrit Colette BEC "c'est pourquoi la sécurité sociale s'impose comme un élément d'une politique d'ensemble beaucoup plus vaste, voire comme un élément de coordination d'une politique économique, d'une politique d'équipement sanitaire et social, d'une politique de répartition des revenus". Ces trois ensembles ayant comme objectif prioritaire l'affranchissement des individus de toute situation de dépendance »⁶.

En toile de fond du positionnement des professionnels du champ médico-social vis-à-vis de la problématique de l'introduction/renforcement de l'hygiène dans leurs établissements, peut-être pouvons-nous identifier une trace (non consciente) du positionnement historique du secteur privé (particulièrement sa branche non lucrative) vis-à-vis de la puissance publique. En effet, dans le contexte actuel qui voit se mettre en place une réorganisation du pilotage de l'action sanitaire et médico-sociale (mise en place des ARS) et dans lequel la capacité d'initiative des acteurs associatifs est largement bridée par un encadrement réglementaire et budgétaire drastique, l'accent mis sur l'hygiène dans les établissements, peut alors être

⁵ La charité en pratique, chrétiens français et allemands sur le terrain social : 19^{ème} et 20^{ème} siècle. Presses universitaires de Strasbourg, Les mondes germaniques, 1999, article de Denis PELLETIER et Isabelle Von BUELTZINGSLOEWEN.

⁶La pensée en matière de politique sociales des fondateurs de l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociales (UNIOPSS). DEA d'histoire religieuse, septembre 2000, Université Lumière, Lyon II.

appréhendé par les dirigeants du secteur, comme un signal supplémentaire de la volonté de contrôle de l'état et autres autorités de tarification (CRAM et Conseils généraux).

1.6. La réorganisation des dispositifs de pilotage avec la mise en place des ARS (URIOPSS LR/ C. MARIVAL)

Un nouvel acteur : les agences régionales de santé (ARS), dont le rôle sera prépondérant pour l'avenir du secteur.

Les ARS sont instaurées par la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (loi dite HPST), du 21 juillet 2009.

Ces agences ont pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique
- des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles
- des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale (caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ; accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire...).

Une partition est opérée entre un pôle social (DRJCS) et un pôle englobant les secteurs sanitaire et médico-social (ARS) en référence à une définition large de la santé promue par l'OMS.

Une meilleure articulation entre sanitaire et médico-social est espérée mais de nouveaux équilibres / articulations restent à trouver avec le secteur social.

La mise en place des ARS est porteuse :

- D'opportunités :
 - Recherche d'une meilleure articulation dans les politiques et entre les acteurs (en la matière des besoins existent et sont identifiés depuis longtemps par les acteurs associatifs du SMS, notamment avec le secteur psychiatrique).
 - Recherche de cohérence et de continuité des prises en charge (dans le cas d'un accompagnement conjoint par des acteurs de la santé et des acteurs du SMS)
 - Rapprochement des deux secteurs
- D'interrogations :
 - Sur la représentation des différents types de parties prenantes dans les instances de concertation prévues.
 - Sur la compatibilité et l'articulation des différents schémas (analyse et recherche d'adéquation entre l'offre et les besoins sur un territoire donné)
 - Le schéma régional d'organisation médico-sociale de l'ARS qui concernera les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'agence. Il aura pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

- Les schémas départementaux arrêtés par les conseils généraux de la région relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie
 - Les schémas nationaux qui concernent les établissements et services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau (exemple des handicapés rares).
- De risques :
- De limitation à une logique de maîtrise comptable au détriment de la satisfaction des besoins de la personne, que celle-ci soit un malade, une personne âgée, une personne handicapée...
 - De concentration du lieu de décision et la création d'outils forts de régulation
 - De déficit de prise en compte des spécificités du secteur médico-social, en termes de culture, de références ou de pratiques (logique de normalisation, placage de la logique et des pratiques inhérentes au sanitaire vers le médico-social....).

Les champs couverts par les ARS :

- Soins de ville/ambulatoires
- Établissements de santé
- Médico-social – pour sa part financée par l'assurance-maladie
- ESAT
- Certaines compétences de veille et de sécurité sanitaires
- Certaines compétences en matière de formation détenues par l'Etat

D'autres évolutions concernant la régulation du secteur social et médico-social :

Un empilement des réformes et textes réglementaires.

Des politiques publiques de plus en plus territorialisées qui nécessitent de décroquer l'action des associations.

Après un développement extensif, les associations sont aujourd'hui fortement invitées au regroupement.

1.7. Les impacts des mutations dans le champ médico-social : réactions des acteurs associatifs devant les nouvelles références et nouvelles obligations dévolues aux établissements, modifications des pratiques (cf : Céline MARIVAL document cité).

Quelles conséquences pour le secteur associatif ?

L'encadrement accru par la puissance publique à travers des procédures renforcées de contrôle (des investissements et des coûts, de la qualité, des prix ou encore de la "démographie" des équipements). Cet encadrement se traduit notamment par :

- Une exigence de traçabilité très importante, dans un secteur historiquement marqué par une culture de la transmission orale.
- L'introduction de la démarche qualité et de l'évaluation (interne et externe) ainsi que la référence aux bonnes pratiques professionnelles ou encore à la culture de la "bienveillance", dont l'Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) est la garante.

Un changement de logique dans l'allocation des ressources :

Passage d'une logique de besoins à une logique de moyens ou d'enveloppes : dotations limitatives de crédit,

Un mouvement de mise en concurrence des associations, entre elles et avec d'autres opérateurs (logique d'appel à projets)

Les associations subissent une double tension :

- Celle de n'être plus considérées que comme de simples sous traitants des pouvoirs publics qui minimisent leur fonction d'expertise qui leur permettait notamment de contribuer à la définition des besoins et de peser sur les choix et orientations des politiques publiques.
- Celle d'être banalisées dans l'exercice d'activités économiques au même rang que les opérateurs privés lucratifs

Dans ce contexte, les associations sont remises en cause dans leur rôle d'observation des besoins sociaux, leur capacité à proposer des actions innovantes en réponse à ces besoins mais aussi, leur capacité à faire valoir leur rôle d'acteur de la régulation locale.

Les enjeux à prendre en compte pour les acteurs associatifs du secteur médico-social :

- L'urgence de réaffirmer les spécificités et la plus value du secteur associatif,
- Valoriser les réponses originales qu'il apporte aux besoins et sa contribution indispensable aux évolutions sociétales

Les réactions (de résistance ou de vigilance ?) des acteurs du SMS, face à une remobilisation autour des enjeux liés à l'hygiène doivent bien évidemment s'entendre au regard des nombreuses mutations traversant ce secteur d'autant qu'elles sont mises en œuvre à un rythme très (trop ?) soutenu.

Ces changements rendent en effet difficile, l'appropriation par l'ensemble des professionnels, de nouvelles règles, obligations, ou encore de nouvelles références. Les professionnels expriment d'ailleurs fréquemment leurs difficultés à opérer le "maillage" entre références nouvelles et anciennes.

L'hygiène : "Cheval de Troie" du sanitaire ou occasion d'améliorer l'articulation entre les deux secteurs et favoriser une dynamique d'échanges entre leurs cultures professionnelles.

2. DES QUESTIONNEMENTS AUTOUR DE L'ETHIQUE DANS LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

On rappellera en préambule que le débat éthique est une constante dans ces secteurs et que les professionnels sont souvent demandeurs de dispositifs et de temps permettant d'échanger autour des questions soulevées dans le cadre de leurs pratiques. En effet, les tensions structurelles qui traversent ces champs n'appellent pas de réponses définitives, mais impliquent au contraire un débat toujours renouvelé, ouvert aux apports des uns et des autres et s'alimentant à de multiples sources.

L'éthique est relative à l'action humaine en tant qu'elle implique une relation à autrui. La réflexion éthique s'envisage alors comme rapport critique à cette relation à l'autre, dont chacun sait qu'elle est guidée par des objectifs et soumise à des normes. La dimension de l'altérité et le souci de l'autre sont au cœur de l'accompagnement que ce soit autour du soin, de l'éducatif ou du pédagogique. Ceci implique bien évidemment une mise en jeu de nos représentations des publics accueillis et de ce qu'ils peuvent nous renvoyer voire de ce que nous projetons sur eux (questions de l'identification possible, difficile ou impossible, dimensions de l'étrangeté et/ou de la monstruosité...)

Dans le champ de l'action sanitaire et sociale, la question éthique recoupe des questionnements incontournables autour de la "toute puissance" : celle des professionnels, de l'institution, de l'usager/client... Ceci est à articuler avec l'impératif, souvent repris dans les lois récentes, d'implication/participation de la personne accompagnée dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de l'action qui la concerne.

Autre question récurrente rencontrée par ces professionnels, celle de la "bonne distance", vis à vis des personnes accompagnées, de leurs problématiques, de la demande sociale, des représentations... Là aussi le débat éthique est mobilisé comme élément facilitant la prise de recul et l'élaboration individuelle et collective.

Il est possible d'en trouver trace, dans les débats autour des réponses aux comportements de certains enfants qualifiés "d'hyperactifs", où l'on observe un déplacement d'une problématique sociale/éducative, en symptôme s'incarnant dans le corps de ses enfants et appelant un traitement médicamenteux.

On appréhende ici la tension qui peut exister entre l'univers des valeurs et le traitement par le politique d'une question éminemment sociale avec en toile de fond la dimension financière.

Le débat éthique s'appuie sur des références à des savoirs/connaissances/expertises... qui font tiers et sont autant de sources alimentant la réflexion. L'éthique permet ainsi de réintroduire la question de la subjectivité en tant qu'elle est inhérente à la relation à autrui, mais sur un mode distancié qui vient l'interroger là où parfois celle-ci voudrait prendre toute la place.

La dimension du corps et les interrogations autour des conditions de l'action sur celui-ci, partagées par les professionnels des deux secteurs (sanitaire/médico-social), peuvent constituer un support du débat éthique. A titre d'exemple, on évoquera les questions récurrentes autour de l'hygiène corporelle, du linge, du rangement/nettoyage de la chambre de certains résidents. Eléments souvent pris en tension :

- entre d'un côté, la nécessité de prévenir les maladies, infections, désagréments divers, donc d'intervenir de manière assez régulière et/ou précoce,
- et de l'autre, l'écoute et la prise en compte de ce qui est envisagé comme un symptôme à respecter (en ce qu'il correspond à une nécessité interne au sujet) et néanmoins à faire évoluer ou à déplacer.

Des professionnels en formation autour de la lutte contre la maltraitance et l'interrogation autour de la "bienveillance" ont pu mettre en avant la dimension d'hygiène comme une thématique récurrente dans leurs questionnements sur leurs pratiques. Cela pouvait renvoyer à la fois à l'hygiène corporelle, mais aussi, au fait de prendre soin de soi.

Par ailleurs, on peut interroger le refus exprimé par les dirigeants du secteur médico-social de voir transformer les “lieux de vie” que sont les établissements en “lieux de soins”. Ce motif ne tient-il pas à leur identité professionnelle et à leur représentation de la finalité de l’établissement qu’ils gèrent ou dirigent ?

Toutefois cette raison, malgré son intérêt, ne peut masquer un double enjeu éthique et juridique, avec en toile de fond et à terme, un risque véritable pour la sécurité des usagers (et des professionnels) et une interrogation sur le plan de l’équité de traitement : droit de tout citoyen à bénéficier du même niveau de soin, quel que soit son lieu de vie.

En effet, du point de vue éthique, s’il est nécessaire de respecter les libertés fondamentales des personnes accueillies (s’agissant du droit de circuler ou encore des conditions qui viennent le limiter ⁷, du droit à l’intimité, à l’information éclairée, à la participation, au respect des liens familiaux...tels qu’ils sont déclinés dans la “Charte des droits et libertés de la personne accueillie”, outil de la loi du 2002-2, il est tout aussi incontournable de veiller à leur sécurité.

Les enseignements du master font écho au positionnement de l’URIOPSS LR, sur le fait que les EMS sont soumis structurellement à des exigences en tension :

- Promouvoir et respecter les libertés fondamentales en :
 - Favorisant le développement de son autonomie afin que la personne ne soit pas toujours dépendante de l’action ou du bon vouloir des accompagnants (et ainsi pouvoir explorer et exercer ses droits et libertés) : travail autour des apprentissages, du développement de la créativité, d’expérimentation à travers des mises en situation, de la confiance en soi, du travail sur la présence et l’absence, ou encore sur le degré d’aide apportée (Faire faire, faire avec, laisser faire...).
- et protéger l’usager (sécurité) aux niveaux :
 - Des risques encourus par lui (liés à l’action de tiers ou à l’environnement),
 - Des risques pris par lui (exemples : conduites marquées par l’excès ou le déni du danger),
 - Ou encore des risques qu’il engendre (quand son action nuit à des tiers),

Dans un cadre fixé par la loi et le projet d’établissement, c’est l’analyse pluridisciplinaire de la situation et de l’environnement par les professionnels, associant l’usager lui-même quand cela est possible ou sa famille ou encore son représentant, qui permettra à chaque fois de déterminer ce que l’on doit privilégier.

Dans leurs pratiques, les professionnels sont confrontés à la nécessité de faire cohabiter toutes ses dimensions de l’accompagnement, non sans difficultés et interrogations éthiques, exemple s’agissant de la question de la circulation d’un adulte handicapé dans une MAS : le professionnel devra prendre en compte :

- Le souhait/l’intention de cette personne de circuler hors de son unité de vie, à l’intérieur comme à l’extérieur des bâtiments comme peut le faire tout un chacun (respect des libertés),
- Le comportement actuel de cette personne qui peut sortir en plein hiver et rester dehors longtemps sans forcément être couvert (question de la protection/sécurité) et,

⁷ Conférence de consensus de l’ANAES sur le droit d’aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

- La nécessité de l'accompagner vers l'autonomie à travers l'acquisition/réactivation de capacités telles que savoir s'habiller seul et de manière adaptée, s'hydrater régulièrement, savoir alerter en cas de problèmes, mieux appréhender le passage du temps ou encore mieux connaître son environnement avec ses opportunités et ses dangers... (question du travail autour de l'autonomisation afin qu'il puisse, pour une part, se passer des accompagnants).

Les dirigeants et au-delà les professionnels du secteur, face aux priorités identifiées par les représentants des pouvoirs publics (protéger les usagers), mettent l'accent sur la nécessité de prendre en compte ces trois obligations qui fonctionnent de manière dialectique, faute de quoi, la logique sécuritaire risque de prendre le dessus.

Benjamin LILLIER, Conseiller Technique de l'URIOPSS LR, rappelle à ce titre que le risque est inhérent à la vie (pas de risque zéro) et, propose le concept de « droit au risque, accompagné » afin de lier ces missions. L'accompagnement trouvant à s'actualiser à travers une dynamique de prévention/anticipation des risques au niveau de chaque usager et avec son concours, ainsi qu'au niveau de l'établissement et son organisation ».

Si les établissements ont l'obligation de se "mettre dans les clous" du point de vue réglementaire, les modalités de cette mise en conformité ne peuvent faire l'économie d'un débat éthique. Ainsi, ce débat, dans le champ sanitaire et médico-social, ne peut-il que prendre appui sur la dimension clinique, qui implique pour les différents types de professionnels, de se positionner au plus près ("au chevet") de la personne accompagnée.

Les métiers de la santé (sanitaire et médico-social) ne se choisissent pas et ne s'exercent pas comme les autres. Ce sont des professions qui font appel aux savoirs, à la connaissance et qui touchent à l'essentiel : la vie et la mort au sens propre comme au figuré. De ce fait, les comportements des acteurs comme leurs représentations doivent être travaillés pour assurer le meilleur service rendu dans la dignité et le respect que l'on doit aux personnes.

Cette dimension est tellement essentielle qu'elle fait l'objet pour l'Agence Nationale des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ANESMS) d'une réalisation de document portant sur les recommandations en éthique et pour l'HAS cette dimension se trouve interrogée dans la Version 3 de la certification des établissements de santé.

3. LES ENSEIGNEMENTS DES ETUDES PRECEDENTES ET LE POSITIONNEMENT DES ORGANISMES CHARGES DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS (IAS)

- Le dispositif national de la lutte contre les IAS

En France, le dispositif dépend de l'HAS (haute autorité en santé), il est organisé au niveau national par le CTIN (comité technique contre les infections nosocomiales) et mis en place sur le territoire dans 5 régions. Ces cinq régions sont « gérées » par des CCLIN (comité de coordination pour la lutte contre les infections nosocomiales) qui ont pour objectifs :

- l'amélioration de la prévention des infections associées aux soins (formation)
- la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique (outils pour la prévention, réseaux de surveillance)

- de promouvoir une culture partagée de qualité et de sécurité des soins (information, documentation)
- de promouvoir la recherche sur les infections associées aux soins (soutien technique, recommandations, des enquêtes)

Leurs actions se déroulent sous forme de formations, d'accompagnement des établissements, de conseils d'experts, de surveillance épidémiologique, de réalisation de documentation... ils assurent des formations en intra ou en extra « entreprise ». Ces organismes sont force de développement et de recherche dans l'action de l'hygiène et font référence en terme de conseil. Ils dépendent du Ministère de la Santé et travaillent en collaboration avec l'InVs (institut de veille sanitaire), et différents partenaires comme la SFHH (société française d'hygiène hospitalière)...

Enquête PRIAM – prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes- 2005 ⁸

En France, on compte 6460 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), anciennement maisons de retraite, soit 443765 lits. Ces structures particulières, situées entre le domicile privé et l'hôpital, hébergent dans un espace collectif confiné des résidents susceptibles aux infections. Une enquête régionale de prévalence des infections, organisée en 2005, a montré un taux de 14,5 %. Un programme de surveillance et de prévention des infections a été mis en place ; la première étape a consisté en une enquête nationale de prévalence.

Il s'agit d'une enquête nationale, transversale, sur un mois donné, descriptive, prospective, périodique (cinq périodes sont définies, afin de déceler les variations saisonnières). Tout résident de 65 ans et plus présent dans l'établissement au moment de l'enquête est inclus. Ont été prises en compte, toutes les infections avec distinction entre les cas certains (définitions de Mc Geer) et les cas probables (définitions de l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie).

Ces résultats concernent 44895 résidents et 599 établissements. L'âge moyen est de 85,4 ans, le sexe féminin prédomine (75,6 %), la moitié des résidents (49 %) sont très dépendants (GIR 1 ou 2), 4,6 % sont porteurs d'escarres, 2,2 % sont sondés, 93,4 % sont vaccinés contre la grippe et 13 % contre le pneumocoque. Le taux de prévalence des infections est de 11,2 %, soit 5,2 % pour les cas confirmés et 6 % pour les cas probables. Les infections respiratoires basses et hautes représentent le premier site infectieux (41 %), suivies des infections urinaires (24 %), des infections cutanées (10 %) et des gastroentérites (7 %).

L'enquête démontre que le risque infectieux est important dans les EHPAD. Il serait intéressant de connaître la part évitable des infections comptées, celles-ci étant, soit iatrogènes, soit dues à la fragilité des résidents ou à la transmission croisée. Le programme PRIAM est poursuivi sur le plan national.

⁸ K. CHAMI, G. GAVAZZI, F. PIETTE, B. DE WAZIERES, B. LEJEUNE, M. ROTHAN-TONDEUR, Observatoire du risque infectieux en gériatrie, Inserm UMR707, France

4. LES MISSIONS DES CENTRES DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCLIN)

Les CCLIN ont pour objectif de mettre en œuvre le programme national de lutte contre les infections nosocomiales et de coordonner les actions conduites par les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins. Ils proposent de la documentation, de l'information, un soutien technique, un programme de formations, des projets de recherche et des enquêtes, des réseaux de surveillance.

4.1 Expériences des CCLIN SUD EST et SUD OUEST

Il n'existe pas à l'heure actuelle de réglementation définissant l'organisation de la prévention du risque infectieux en EHPAD, MAS ou FAM. Un prochain décret relatif à l'organisation de la lutte contre les infections dans les EHPAD devrait sortir en fin d'année 2010. Cependant de multiples recommandations existent pour la prévention, le repérage ou la gestion des infections dans ces établissements.

Le fonctionnement de ces structures (EHPAD, MAS, FAM) associe de nombreux intervenants souvent non sensibilisés au travail sur l'hygiène. La fragilité de la population hébergée, ainsi que les résultats des différentes enquêtes qui montrent une prévalence des infections importantes, rendent nécessaire de prendre en charge cette problématique. Il s'agit également pour les EHPAD, de se mettre en conformité avec les textes réglementaires existants. (art. 2 de l'arrêté du 17 mai 2006, autoévaluation ANGELIQUE qui prend en compte un certain nombre de critères d'hygiène...).

4.1.1 Le CCLIN SUD EST

Le CCLIN SE a présenté en mai 2009 lors des 5èmes journées d'échange et de mise au point en hygiène hospitalière (JEMAP) un programme pilote de prévention des infections associées aux soins en EHPAD. Ce programme élaboré par le centre hospitalier de Valence a été soutenu et financé par les DDASS de la Drôme et de l'Ardèche et mis en place en mars 2007.

- La cible : les EHPAD non rattachés à un centre hospitalier,
- Le moyen d'action : une équipe mobile d'hygiène, constituée d'un praticien hygiéniste (1ETP) et de 2 infirmières (2ETP), qui se déplace dans les institutions, après qu'une convention ait été signée, au rythme minimum d'une demi-journée par mois.
- Les objectifs sont la surveillance des IAS, l'élaboration et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène, l'information et la formation des professionnels, l'évaluation périodique des actions mises en place, l'aide technique en cas de survenue d'événements infectieux inhabituels.
- 31 EHPAD ont participé à l'expérience sur les 55 éligibles.

Les enseignements de ce travail font apparaître que :

- La lutte contre les IAS (infections associées au soin) n'est pas organisée :
 - pas de CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales, structure interne à l'établissement),
 - pas d'évaluation des mesures d'hygiène appliquées par les professionnels,

- pas de surveillance épidémiologique,
- Quelques protocoles existent et on note l'absence des précautions standards et complémentaires,
- Pour les cuisines, l'HACCP est en place (marche en avant, formation, traçabilité)
- Pour la blanchisserie on identifie une meilleure conformité aux recommandations lorsque celle-ci est externalisée et que le prestataire est certifié,
- Au niveau des DASRI (déchets de soin à risque infectieux), on retrouve des conventions avec le prestataire d'enlèvement de ces déchets mais il y a un écart avec la législation notamment dans la traçabilité et les locaux.
- Pour le circuit de l'eau, le carnet sanitaire est inexistant ou incomplet, la recherche de légionelles est réalisée une fois par an.
- Peu de formation en hygiène pour les professionnels.

Les actions réalisées par cette équipe mobile portent sur :

- L'organisation du travail,
- La formation des professionnels,
- La rédaction de protocoles,
- L'organisation d'un groupe de travail avec les médecins coordonnateurs,
- La création d'un groupe de gestion du risque (changement par rapport au nom « CLIN » utilisé en structure sanitaire).
- L'engagement dans la mission nationale « mains propres » et la participation à l'enquête de prévalence d'octobre 2008,
- une aide technique en matière d'alerte (gestion de cas groupés, d'épidémies, signalement),
- La conduite à tenir lors de la contamination du réseau d'eau chaude sanitaire par les légionelles,
- Des conseils sur l'architecture des établissements en construction et l'achat de matériel.

Monsieur le Professeur B. de Wazières du CHU Carémeau à Nîmes a réalisé un travail sur les « Recommandations de bonnes pratiques en hygiène adaptées aux EHPAD », dont les résultats ont été présentés lors des JEMAP de mai 2009⁹.

Sa recherche met en avant des questionnements éthiques vis-à-vis de l'espace privé réservé au résident. Prenant l'exemple d'une affichette dans la chambre du résident indiquant que cette personne souffrait de troubles de la déglutition (ce qui pouvait constituer un point d'alerte pour les professionnels mais aussi pour les visiteurs), il identifie ici, une tension entre d'un côté, la dimension de sécurité/efficacité et de l'autre, le respect de la confidentialité due au résident.

Il identifie aussi divers problèmes liés:

- au financement de ces institutions,
- aux représentations associées aux soins,
- au ratio soignant,
- à la formation,
- à la faisabilité des actions à mettre en place,
- aux problèmes techniques et organisationnels,
- au questionnement sur la conséquence médiatique des enquêtes de prévalence des infections,
- à l'application des recommandations sur la prise en charge des épidémies,

⁹ Document en annexe

- aux compétences professionnelles dans la politique des antibiotiques.

Pour conclure, il fait émerger des freins éthiques, des difficultés de faisabilité et des difficultés financières auxquels sont confrontés les EHPAD et souligne la nécessité de leur prise en compte pour une implantation correcte des recommandations en hygiène.

Il clôt son intervention sur ces mots « les constats sont là, reste à trouver des réponses !!! ».

4.1.2. Le CCLIN SUD OUEST

Le CCLIN SO est engagé depuis plusieurs années dans la formation en hygiène auprès des EHPAD (pas de FAM, ni de MAS). Son action a été soutenue et relayée par la DASS de Haute Garonne et la DRASS Midi-Pyrénées qui ont été elles-mêmes sollicitées pour des problèmes d'infections.

La demande des EHPAD, en terme de formation, va continuer à croître puisque les autorités de santé leur demandent d'organiser la lutte contre les infections en mettant en place des moyens et des actions pour maîtriser ce risque ainsi que la réalisation d'un tableau de bord (pour l'instant les FAM et les MAS ne sont pas concernés).

Cette demande ressemble à celle faite annuellement aux établissements de santé depuis plusieurs années au travers du bilan standardisé, aboutissant au score agrégé (classement des établissements de santé). Le décret d'application pour les EHPAD est attendu pour 2010.

Victime de son succès, le CCLIN SO a du mal aujourd'hui à répondre à toutes les demandes des établissements de Midi-Pyrénées. Il propose notamment :

- Une formation de trois jours à la prévention du risque infectieux destinée aux cadres, aux médecins coordonnateurs, aux IDE, aux AS. Le coût est, en intra, de 1000 euros et en inter entreprises de 300 euros / participant. Ces tarifs très étudiés permettent à ces structures au budget et au personnel souvent limité de satisfaire leur besoin en formation
- Une formation d'une journée, la plus demandée, est relative à l'entretien des locaux.

D'après leur expérience de terrain, les professionnels de l'instance font remonter la disparité des établissements en terme d'organisation de lutte contre les infections.

En effet, les EHPAD présentent des écarts importants en terme d'hygiène et de pratiques. On trouve des institutions très organisées et d'autres travaillant sans aucun protocole. La formation initiale du dirigeant et/ou du cadre et la sensibilisation à cet aspect du soin et à la qualité de vie sont primordiales dans la mise en œuvre d'actions de prévention et de suivi.

La plus grande difficulté rencontrée est liée aux médecins généralistes qui ne sont pas formés dans ce domaine, ne disposent pas de temps et ne montrent pas un grand intérêt pour l'hygiène.

Ce secteur, incontournable dans la sécurité des soins et la prise en compte de l'environnement, est aussi un secteur dynamique qui organise des actions communes à de nombreux pays. De plus en plus régulièrement des enquêtes sont initiées sur un large territoire dépassant les frontières :

- la journée mondiale de l'hygiène des mains en mai
- une enquête européenne de prévalence des infections dans les EHPAD est prévue pour l'été 2010.

Outre ses missions de formations, le CCLIN SO a réalisé plusieurs documents à destination des EHPAD. Ils sont consultables et téléchargeables sur leur site internet et portent sur les

recommandations de bonnes pratiques et leur évaluation. La prochaine parution sera celle d'un manuel d'autoévaluation des EHPAD. Initiée par le CCLIN SO, ce manuel est à présent pris en main par le GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) pour réaliser un document national.

SECONDE PARTIE

5. ELEMENTS DE POSITIONNEMENT DES ACTEURS DU MEDICO-SOCIAL VIS-A-VIS DE LA DIMENSION HYGIENE, A TRAVERS UNE ENQUÊTE DE TERRAIN

PARTIE INTRODUCTIVE

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Cette enquête a été mise en œuvre dans le cadre d'un stage au sein d'une fédération d'associations gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du Languedoc-Roussillon (URIOPSS LR), elle-même membre d'un réseau national (UNIOPSS). On se situe donc ici dans le cadre d'une recherche appliquée. Le champ de l'enquête et certaines de ces modalités pratiques ont été négociés avec les responsables de ce lieu de stage.

OBJET DE RECHERCHE

La place de l'hygiène dans le secteur médico-social

QUESTION DE DEPART

- « A quelles conditions la dimension de l'hygiène peut-elle être prise en compte dans la “démarche projet” des établissements médicaux sociaux ? ».
- On rappellera que les établissements sociaux et médico-sociaux sont astreints, depuis la loi dite de “Rénovation sociale” du 2 janvier 2002, à formaliser leur projet et à le réactualiser tous les cinq ans. Ils sont également soumis à deux évaluations internes et deux évaluations externes pendant les quinze ans que dure leur “autorisation”.

EFFETS ATTENDUS

- Une meilleure connaissance du secteur médico-social, à travers ses diverses parties prenantes, ses références, ses modes d'organisation, ses pratiques et dans lequel je souhaite transférer mon savoir-faire en hygiène (que je mets en œuvre actuellement dans le secteur sanitaire).
- Une identification de certains des enjeux qui traversent ce secteur, notamment autour de l'articulation entre les dimensions du soin, de l'éducatif et de l'accompagnement au quotidien.
- L'élaboration à terme de recommandations en matière d'hygiène et/ou d'une offre de formation, plus adaptées à ce secteur.

OBJECTIF DE RECHERCHE

- Identifier, du point de vue des dirigeants des établissements médicaux sociaux, quelles sont les principales conditions (opportunités, freins et limites) et modalités pratiques, d'une amélioration de la prise en compte de l'hygiène dans ces structures, tout en respectant leur spécificités.

APPROCHE METHODOLOGIQUE

Distinction entre méthode et technique : La technique représente les étapes d'opérations limitées liées à des éléments pratiques concrets adaptés à un but défini alors que la méthode est une conception intellectuelle coordonnant un ensemble d'opérations, en général plusieurs techniques. 1¹⁰

¹⁰ Méthode des sciences Sociales – Madeleine GRAWITZ – DALOZ – 1986

Mon choix méthodologique est d'articuler deux techniques :

- Une phase exploratoire à travers une série d'entretiens permettant d'identifier différents types de positionnement relatifs aux diverses parties prenantes, mais aussi des pistes s'agissant des freins, éléments facilitateurs ou encore des conditions d'introduction de l'hygiène dans les établissements.

Cette phase nous permettra également de rassembler des informations s'agissant de la meilleure façon d'introduire l'enquête par questionnaire auprès des établissements.

- Une phase d'enquête par questionnaire (à partir des résultats des entretiens) permettant de repérer les positionnements privilégiés des responsables d'établissement, sur cette question et d'identifier comment ils hiérarchisent les types de freins, d'éléments facilitateurs ou encore de conditions d'introduction de la démarche.

LA POPULATION (chapitre décliné dans la partie "entretiens" et la partie "enquête par questionnaire") :

Pour la phase exploratoire, divers types de parties prenantes ont été identifiés :

- Des responsables institutionnels : représentants des autorités sanitaires et des autorités de tarification et de contrôle des établissements visés.
- Des représentants (politiques et techniques) des organismes gestionnaires du secteur privé non lucratif.
- Un expert (niveau national et régional) réputé pour sa connaissance du secteur gérontologique et la qualité de ses accompagnements.

Pour la phase d'enquête par questionnaire :

L'ensemble des établissements adhérents à l'URIOPSS dans la région Languedoc-Roussillon, dans les domaines de la gérontologie (EHPAD) et du handicap (MAS ET FAM).

ZONE D'ENQUETE

La région Languedoc-Roussillon : c'est le territoire d'intervention de l'URIOPSS.

Outre l'intérêt d'interroger un nombre important de personnes, il pourrait être intéressant de pouvoir effectuer des comparaisons des résultats en fonction des différents départements.

PRESENTATION DE L'ORGANISME AU SEIN DUQUEL, ET POUR LEQUEL, L'ENQUETE EST REALISEE :

L'Union Régionale Interfédérale des Œuvres Privées Sanitaires et Sociale du Languedoc-Roussillon (URIOPSS Languedoc-Roussillon) est une fédération d'associations du secteur social, médico-social et sanitaire, association loi 1901 à but non lucratif.

Les adhérents de l'URIOPSS sont tous des organismes de droit privé à but non lucratif : associations (gestionnaires ou non d'établissements ou de services), congrégations, fondations, mutuelles...

Les adhérents de l'URIOPSS interviennent dans le champ de la santé, de la petite enfance, de la protection de la jeunesse, du handicap, des personnes âgées, de l'aide à domicile ou de la lutte contre l'exclusion.

Elle regroupe aujourd'hui 410 adhérents (gérant souvent plusieurs établissements) en Languedoc-Roussillon, soit plus de 8 000 bénévoles, environ 19 000 salariés et quelques 450 millions d'euros de budget.

L'URIOPSS LR intervient sur les 5 départements : Aude, Gard, Hérault, Lozère et Pyrénées-Orientales.

Comme les 21 autres URIOPSS et près de 150 associations et fédérations nationales, l'URIOPSS Languedoc-Roussillon est membre de l'UNIOPSS (Union Nationale créée en 1947 et dont le siège est à Paris). Le réseau ainsi constitué regroupe près de 8 000 organismes non lucratifs en France autour de valeurs communes : *la primauté de la personne - la responsabilité - le respect de la dignité - le "fait associatif" - le sens de la vie associative - la citoyenneté - le désintéressement.*

L'URIOPSS Languedoc-Roussillon se propose d'être auprès de ses adhérents (salariés et bénévoles associatifs):

- Un lieu de représentation (et de défense des intérêts) des associations adhérentes auprès des partenaires publics et/ou privés.
- Un lieu d'animation et de développement sur le devenir de l'action sociale : réflexions interfédérales, intersectorielles et interdépartementales, mise en place d'actions et de concertation.
- Un lieu d'information et de soutien technique sur les évolutions réglementaires et sociales concernant chaque secteur d'activité
- Un lieu de formation auprès des adhérents.
- Un lieu de rencontres et d'échanges : organisation de colloques, de congrès, de journées de réflexion, d'études...
- Un lieu de réflexion au sein de groupes de travail

PHASE D'ENTRETIENS

POURQUOI L'ENTRETIEN ?

L'entretien est de plus en plus utilisé dans les sciences psychologiques et sociales depuis une cinquantaine d'année. En général, l'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (études d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes) ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse de structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation...).

Paradoxe de l'entretien dans les sciences sociales : L'outil, irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique, s'avère être irremplaçable pour accéder à des connaissances dont l'intérêt scientifique est manifeste. ¹¹

Les techniques d'interrogation diffèrent selon leur plus ou moins grande directivité (de "l'entretien non directif", appelé aussi libre ou en profondeur, jusqu'au "questionnaire fermé"). Il est d'usage de réserver le terme d'entretien ou d'interview pour les techniques les moins directives.

Deux caractéristiques restent communes à toutes les formes d'interrogation :

- *la première formulée par BINGHAM et MOORE « l'interview est une conversation avec un but »*
- *la seconde porte sur la situation d'interrogation. En s'inspirant de Carl ROGERS, on peut dire « qu'un entretien ou la passation d'un questionnaire est une*

¹¹ « L'entretien dans les sciences sociales, sous la Direction d'Alain BLANCHET, édition Dunod 1985 ».

rencontre interpersonnelle se déroulant dans un cadre et dans une situation sociale donnée, telle que soit impliquée la présence d'un professionnel et d'un sujet "naïf" » 2¹².

Souhaitant faire émerger des "représentations" autour du thème de l'hygiène dans les établissements médico-sociaux, pour chacune des différentes catégories de parties prenantes que nous avons préalablement identifiée, il nous semble que l'entretien est une technique d'interrogation appropriée.

LE CHOIX DU TYPE D'ENTRETIEN

De manière habituelle, différents auteurs d'ouvrages spécialisés distinguent tout d'abord deux sortes d'entretiens :

- L'entretien à visée de diagnostic, dans le cadre d'une relation d'aide « *Dans ce cas l'interviewer est moins un professionnel de l'entretien qu'un thérapeute, utilisant ce support dans le but de soigner* ». « *Le rapport praticien/patient est ici dissymétrique et peut très généralement être situé dans une relation aide demandée/aide accordée* »
- L'entretien d'étude qui vise une généralisation. « *Dans ce cas l'entretien est demandé par l'interviewer. Les rôles sont très différenciés sans que l'on puisse parler de relation dissymétrique. Dans la plupart des cas l'interviewer n'a d'autre statut que celui de professionnel* » 1¹³

Certains auteurs (2¹⁴) soulignent l'importance de l'origine de la demande dans ces deux types d'entretiens :

- « *L'ENDR (entretien non directif de recherche) vise la connaissance objectivante d'un problème fut-il subjectif. C'est une opération de recherche qui élabore un savoir communicable.*
- *L'entretien thérapeutique a un but quasiment opposé. Il favorise l'élaboration par le patient d'une pensée subjective peu communicable, grâce à la mise en place et au jeu des relations imaginaires envers le thérapeute (transfert).*

Ensuite il est distingué trois types d'entretiens :

- Non directif (ou entretien libre)
- Semi-directif
- Directif ou standardisé (assimilable à un questionnaire avec des questions ouvertes)

Les auteurs, auxquels j'ai déjà fait référence, distinguent également quatre types d'utilisations de l'entretien d'étude : contrôle, vérification, approfondissement, exploration.

¹² « Les enquêtes sociologiques, théories et pratique, Armand COLLIN 1970 - Rodolphe GHIGLIONE, Benjamin MATALON ».

¹ « Les enquêtes sociologiques, théories et pratique » (cf : infra)

² Alain BLANCHET « L'entretien dans les sciences sociales » (cf : infra)

Le tableau ci-dessous propose une adéquation optimale entre un type de recherche et une méthode d'entretien :

Tableau : choix des entretiens

Entretien	Non directif	Semi directif	Directif
Recherche			
Contrôle			*
Vérification		*	*
Approfondissement	*	*	
Exploration	*		

En fonction de ma problématique et de mon objectif, s'agissant de ces interviews, l'entretien semi directif à visée d'approfondissement (la thématique et ses enjeux ne me sont pas inconnus), me semble celui qui est le mieux adapté.

LE CHOIX DES PERSONNES INTERROGÉES

- Trois responsables institutionnels :
 - o Responsable du Comité de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN)
 - o Responsable de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
 - o Responsable de la DDASS de l'Hérault (en cours de restructuration à travers la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS). *Impossibilité d'obtenir un rendez-vous du fait de la réorganisation des services de l'état.*
- Trois représentants des organismes gestionnaires d'établissements médicaux sociaux du secteur privé non lucratif (URIOPSS LR) :
 - o Directrice de l'URIOPSS LR
 - o Conseillère Technique chargée du Pôle personnes Agées/personnes handicapées (URIOPSS LR)
 - o Conseiller Technique chargé du Pôle Projet/qualité (URIOPSS LR)
- Un consultant spécialisé en gérontologie :
 - o Responsable du cabinet "AIRE CONSEIL"

LA CONSIGNE (guidant le déroulement de l'entretien)

« Je m'appelle Dominique LAVAUD, dans le cadre du M1 APSS j'effectue un stage à l'URIOPSS LR où je réalise une enquête, dont le thème est : La place de l'hygiène dans les établissements médico-sociaux.

Sa finalité est d'identifier les positionnements des dirigeants des établissements médico-sociaux vis-à-vis de l'hygiène et faire émerger des conditions et modalités pratiques, d'une meilleure prise en compte de cette dimension dans ces structures.

Il m'a semblé incontournable en préalable, d'interroger un certain nombre de personnes ressources (représentants institutionnels, représentants des établissements et services, experts) afin d'approfondir ma connaissance des enjeux inhérents à cette thématique. Cette

série d'entretiens me permettra de construire un questionnaire, destiné à interroger les responsables des MAS, FAM et EHPAD adhérents à l'URIOPSS LR.

Je vous remercie de m'avoir accordé ce rendez-vous et de bien vouloir répondre à ces quelques questions ».

LE GUIDE D'ENTRETIEN (le choix des questions introductives et des relances)

J'ai fait le choix d'un tronc commun de questions pour les différents entretiens et j'ai ajouté deux questions spécifiques pour la responsable du CCLIN.

Les questions introductives permettent d'amorcer le questionnement et des relances sont prévues si nécessaire.

Cette thématique de l'hygiène dans le secteur médico-social n'est pas forcément très bien repérée par les acteurs. A des fins de productivité et pour permettre aux interviewés de faire des liens avec des préoccupations/des domaines d'actions qui les concernent de manière opérationnelle, je peux introduire une courte phase d'information, sur ce que peut recouvrir l'intervention en hygiène, après les deux premières questions.

Guide (tronc commun)

- Les autorités sanitaires ont constaté au niveau national des problèmes d'infections nosocomiales dans les établissements médico-sociaux et posaient l'hypothèse d'une sous estimation des risques : Qu'en pensez-vous ?
 - o Relance 1 : Avez-vous constaté des situations problématiques du point de vue de l'hygiène dans les établissements avec lesquels vous êtes en relation?
 - o R2 : Des professionnels travaillant dans/avec ces établissements, ont-ils fait état de difficultés dans ce domaine ?
 - o R3 : Pensez-vous qu'il existe des besoins dans ce domaine ?
- De votre place comment intégrez-vous cette dimension hygiène aux actions existantes ?
 - o R1 : Développez-vous/envisagez-vous de développer des actions spécifiques ?

Introduction d'un court temps d'information sur ce que peut recouvrir l'hygiène en établissement si nécessaire : exemple des circuits (linge, déchets, eaux, médicaments), des actions liées aux soins, ou encore l'entretien des locaux.

- Quelles sont d'après vous les conditions qui permettraient aux établissements de mieux prendre en compte cette dimension ?
 - o R1 : Quels sont les freins potentiels ?
 - o R2 : Quels sont les éléments potentiellement facilitateurs de la démarche ?
- Comment réagissez-vous à mon projet de recherche ?
 - o R1 : Sa pertinence ?
 - o R2 : Sa cohérence ?
 - o R3 : Les résultats peuvent-ils vous intéresser ?

Guide CCLIN (questions spécifiques en plus du tronc commun)

- Quelles sont les conditions dans lesquelles vous avez mené votre propre enquête en juin, dans le département du Gard, auprès des EHPAD ?

- R1 : échantillonnage critères et indicateurs
- R2 : Nombre de questions, thématiques abordées
- R3 : Conditions de passation du questionnaire et de la remontée d'information ?
- Quels enseignements tirez-vous de cette enquête?
 - R1 : Taux de retour et implication des professionnels?
 - R2 : et prise de conscience des professionnels sur cette question de l'hygiène ?

ANALYSE DES ENTRETIENS

Choix de la méthode

Les méthodes d'analyse de contenu sont nombreuses et complexes. Leurs sous-basements théoriques semblent poser de nombreuses questions aux chercheurs.

A ce stade de ma recherche, sachant que ces entretiens ne sont pas terminés et qu'ils visent à alimenter la réflexion autour de l'élaboration d'un questionnaire, je me limiterai à une analyse sommaire. Cette analyse fera apparaître les éléments clés du positionnement des interviewés s'agissant de chaque thème abordé. Dans ce premier temps ; la grille d'analyse ne fait pas apparaître de manière formalisée de distinction entre des faits, des postures ou encore des représentations. Ce travail sera fait ultérieurement.

Principaux résultats :

A - Positionnement vis-à-vis du constat réalisé par les autorités sanitaires au niveau national

CCLIN SUD EST	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Agées	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Handicapées	URIOPSS LR Pôle Projet/qualité
Confirmation du constat national	Réalité du constat probable, mais pas de remontées qui le confirmerait		Thématique qui n'émerge pas spontanément des échanges et travaux avec les établissements
Grande disparité dans la prise en compte du risque infectieux par les EHPAD	La dimension du soin est financée et de la responsabilité de la DDASS et l'hygiène est pour eux initialement associée au soin		Certains responsables d'établissement sensibilisés à cette question
Enquête qui révèle un besoin d'accompagnement des équipes (base déclarative)	Pas de données sur ces questions et l'intérêt pour chacun d'en avoir. Des données objectives sur la réalité des infections dans les établissements médico-sociaux constitueraient un argument pour des opérations de sensibilisation.		

B - De votre place comment intégrer vous cette dimension hygiène aux actions existantes ?

CCLIN SUD EST	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Agées	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Handicapées	URIOPSS LR Pôle Projet/qualité
Stratégie de sensibilisation	Des réponses aux interrogations ponctuelles des établissements	Des réponses aux accidents qui surviennent	Participation aux colloques et autres évènements et invitation des adhérents à participer
Soutien technique Par le biais de la formation et du conseil.	Pas de stratégie globale, pas d'anticipation		Suivi de certaines expérimentations (Hygiénosa)
Projet de mise en place d'une équipe itinérante liée à un établissement sanitaire et intervenant auprès des établissements médico-sociaux	Suivi de la démarche HACCP (cuisine) et recherche de légionelles car cela est réglementaire		Intégration de cette thématique dans l'accompagnement de projet ou l'évaluation sur la dimension du soin
Création d'évènements (colloques, rencontres autour d'ateliers...)		Appel aux services vétérinaires (expertises, normes...)	
Démarche d'enquête qui associe les acteurs des EHPAD			

C- Quelles sont d'après vous les conditions qui permettraient aux établissements de mieux prendre en compte cette dimension ?

CCLIN SUD EST	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Agées	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Handicapées	URIOPSS LR Pôle Projet/qualité
Des recommandations adaptées au médico-social	Le manque d'obligation réglementaire est un frein		Que cette dimension ne soit pas présentée et vécue comme une obligation
Freins éthique et culturels	Des recommandations qui privilégient la dimension de lieu de vie		Qu'elle soit intégrée au niveau des pratiques à ce qui se fait déjà (que des liens soient faits)
Faiblesse des moyens financiers	Faiblesse des moyens financiers		Que les différents professionnels soient sensibilisés (au delà des soignants)
Faiblesse des moyens humains	La rigidité de la législation (HACCP) freine la mise en place de certaines activités (exemple atelier pâtisserie)		Que les dirigeants intègrent cette dimension dans une analyse stratégique de leur projet (opportunités et risques)
Pour les EHPAD la démarche d'évaluation peut servir de déclencheur			Que certains personnels soient formés
Le classement des établissements pourrait être un accélérateur			Freins : tension culturelle entre sanitaire et médico-social, moyens et ressources
			Cette enquête qui sert aussi de sensibilisation est un moyen. La diffusion des résultats aussi
			Que des recommandations de l'ANESM intègrent cette dimension.

D- Comment réagissez-vous à mon projet de recherche ?

CCLIN SUD EST	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Agées	CONSEIL GENERAL Pôle Personnes Handicapées	URIOPSS LR Pôle Projet/qualité
Intérêt manifeste et partagé pour cette enquête et ses résultats			
Proposition de stage pour un M2 APSS			

PHASE D'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

POPULATION CIBLE

L'ensemble des établissements de la région, dans les domaines de la gérontologie (EHPAD) et du handicap (MAS ET FAM) se déclinent en 3 sous-secteurs :

- Le privé non lucratif qui se décline lui-même en établissements associatifs, établissements mutualistes et établissements gérés par des fondations.
- Le privé lucratif.
- Le public.

Le choix a été fait volontairement de limiter le champ de l'enquête aux établissements du secteur privé non lucratif associatif, adhérents à l'URIOPSS LR :

- d'une part car cela répond à un élément de négociation avec cet organisme qui m'a accueillie en stage
- et d'autre part car il s'agit ici d'une première approche qui pourrait avoir des développements ultérieurs en fonction des résultats. Il pourrait être par exemple utile et intéressant dans une recherche complémentaire (M2 ?) de pouvoir comparer la situation entre les secteurs privé lucratif, privé non lucratif et public.

Seront donc interrogés : tous les responsables des types d'établissement concernés (MAS, FAM, EHPAD), dans la région Languedoc-Roussillon et adhérents à l'URIOPSS.

NIVEAUX DE QUESTIONNEMENTS

- Données d'identification
- Besoins et pratiques concernant le risque infectieux
- Freins à l'introduction de l'hygiène

CHOIX DES QUESTIONS

J'ai fait le choix de mixer questions fermées et ouvertes, de façon à faciliter le renseignement du questionnaire, mais aussi pour laisser une marge de manœuvre aux répondants.

TRAME DU QUESTIONNAIRE

Cette trame a été élaborée en tenant compte des entretiens qualitatifs et des remarques et suggestions des conseillers techniques de l'URIOPSS LR. Il a été validé par la Direction.

**QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES RESPONSABLES
STRUCTURES (EHPAD, FAM, MAS)
RELATIF A LA PLACE DE L'HYGIÈNE DANS L'ETABLISSEMENT**

Si vous gérez plusieurs structures (MAS, FAM ou EHPAD), merci de remplir un questionnaire pour chacune d'elles.

MERCI EGALEMENT DE BIEN VOULOIR RENSEIGNER LES ITEMS AVEC LA TOUCHE X MAJUSCULE DU CLAVIER . NOUS VOUS RAPPELONS QU'IL EST IMPERATIF DE REpondre À TOUTES LES QUESTIONS.

Abréviations : NSP = ne sait pas, NC = non concerné, RI = risque infectieux

I – Qui êtes-vous ?

- **Nom de la structure/de l'association** :...
- **Département** Aude Gard Hérault Lozère P.O
- **Commune d'implantation** :.....
- **Type de structure** : EHPAD FAM MAS
- **Nombre de lits/places** :...
- **Pour les EHPAD – Nombre de résidents en** : GIR 1..... GIR 2..... GIR 3..... GIR 4..... GIR 5..... GIR 6.....
- **Pour les MAS et FAM - Types de publics accueillis**
- **Nombre total de professionnels** dans l'établissement en ETP :....
- **Nombre d'ETP par profession (intervenants secteur "soin")** :

Médecins :	Psychologues :	AS(aide-soignante) :	Cadres
de santé/IDE référente :		IDE(infirmière-DE) :	
Kinésithérapeutes :	Ergothérapeutes :	Psychomotriciens :	
ASH / Auxiliaire de vie :	AMP :		
- **L'établissement est-il rattaché à un établissement sanitaire** :
Non Si oui, lequel ?
- **Pour les EHPAD uniquement - La convention tripartite est-elle** :
En cours En cours de renouvellement

II - Vos besoins et pratiques concernant le risque infectieux (RI)

- **Avez-vous rencontré un événement ou une difficulté en rapport avec l'hygiène** ?
Non NSP OUI

Si oui, dans quels domaines (plusieurs réponses possibles) :

- Eau (circuit ou légionelles et traçabilité) HACCP (organisation de la cuisine et traçabilité)
- Architecture (aménagement des locaux, restructuration, agrandissement, mise aux normes...)
- Circuit des déchets (organisation dans la structure et dépôt extérieur, élimination des déchets et traçabilité) Circuit du linge (prise en charge du linge de la collectivité et/ou du linge personnel et traçabilité) Circuit du médicament (préparation, distribution et traçabilité) Bionettoyage des chambres (choix des produits, du matériel, plan de nettoyage et traçabilité) La gestion d'épidémie (grippe, diarrhées, gale...) Autre, précisez... :

- **Avez-vous organisé, au sein de l'association/de l'établissement, une formation en hygiène dans les 3 dernières années** ?
Non NSP Oui

**Si oui : A destination de quels types de professionnels ?.....
Autour de quels thèmes ?.....**

- Certains de vos personnels ont-ils participé (hors association) à une formation en hygiène en 2009 ?

Non NSP Oui

Si oui : A destination de quels types de professionnels ?.....
Autour de quels thèmes ?.....

- Avez-vous formalisé des procédures et/ou des protocoles en matière d'hygiène?

Non NSP Oui

Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) :

Hygiène des mains Prévention d'escarre Prise en charge de l'incontinence
 Dénutrition Hygiène corporelle Hygiène bucco dentaire
 Troubles de la déglutition Hydratation Sondage urinaire Oxygénothérapie, aérosolthérapie
 Cathéters périphériques et sous cutanés Gastrostomie
 AES (accidents exposant au sang) Précautions standards Précautions complémentaires
 Port des gants BMR (bactéries multi résistantes) Circuit du linge
 Circuit des déchets Circuit des médicaments HACCP Entretien des locaux
 Autre, précisez :.....

- Existe-t-il une personne plus particulièrement chargée de la surveillance du risque infectieux (RI) dans l'établissement ?

Non NSP Oui

Si oui, de quel type de professionnel s'agit-il ?.....

- Avez-vous déjà réalisé ou fait réaliser une enquête de surveillance des infections?

Non NSP Oui

- De manière plus large, les pratiques en hygiène sont-elles évaluées dans l'établissement?

Non NSP Oui

- D'après vous quels sont les trois principaux freins relatifs à une meilleure prise en compte de l'hygiène dans les établissements (MAS, FAM, EHPAD) ? Après avoir choisi les trois freins que vous jugez prépondérants, merci de bien vouloir ordonner vos réponses en inscrivant 1 devant le frein qui vous paraît le plus important, 2 pour le suivant et trois pour le dernier.

- Absence ou l'imprécision du cadre réglementaire
- Faiblesse des moyens humains
- Absence de compétences adaptées
- Faiblesse des moyens financiers
- Crainte de voir l'établissement (lieu de vie) se transformer en lieu de soin
- Absence de demande sur ce thème
- Capacités cognitives des personnes accueillies
- Autre, précisez...

Avez-vous des remarques, commentaires, interrogations dont vous souhaiteriez nous faire part en complément de vos réponses autour de ce thème de l'hygiène ?

Merci d'avoir bien voulu répondre à cette enquête.

Résultats de l'enquête relative à l'hygiène auprès des établissements adhérents au réseau de l'URIOPSS LR.

Nous avons fait le choix de limiter l'exploitation des résultats aux tris à plat et aux tris croisés, qui permettent d'avoir une vision synthétique des principaux éléments de positionnement des établissements autour de cette thématique.

➤ Considérations relatives à la population enquêtée

On rappellera que la population de référence, c'est-à-dire les établissements adhérents EHPAD, MAS et FAM de l'URIOPSS LR, correspond à la population enquêtée (100% des adhérents ont été sollicités).

Par ailleurs, les données à notre disposition (URIOPSS 2007) sur le poids des adhérents de cette fédération dans les champs du handicap et des personnes âgées, vis-à-vis d'une part des autres acteurs du privé non lucratif ou encore vis-à-vis des acteurs du privé lucratif ou du public, nous donnent des indications sur la représentativité de l'URIOPSS dans le champ du handicap, comme dans celui des personnes âgées :

- Celle-ci est très forte dans le champ du handicap, les adhérents de cette fédération y sont majoritaires. Bien évidemment les MAS et FAM ne sont pas les seuls types d'établissements que l'on y trouve.
- Pour le champ des personnes âgées, où le secteur privé est dominant (55%), les adhérents représentent un tiers des établissements du privé "non lucratif".

Tableau : répartition des secteurs H/PA

	PUBLIC	PRIVE			
		PRIVE LUCRATIF	PRIVE NON LUCRATIF		
			Adhérents URIOPSS	Non adhérents	
Handicap	3%	1%	54%	42%	100%
Personnes âgées	45%	21%	13%	21%	100%

➤ Le taux de retour : 25%.

- Comparativement à une enquête menée par le CCLIN sud est, le résultat est ici plutôt modeste. Cela tient-il à la dimension "officielle" de l'organisme enquêteur dans le cas de l'enquête du CCLIN ? Cela est-il dû au fait que le périmètre de l'enquête y était plus réduit (le seul département du Gard) ? Cela relève-t-il de l'environnement dans lequel cette enquête s'est inscrite, alors que des groupes de travail avaient, en amont, mobilisé des représentants des EHPAD ? Cela tient-il à la pression réglementaire et à l'incertitude sur la médiatisation des résultats ? Il est difficile de le dire aujourd'hui et l'ensemble de ces éléments peut expliquer le succès de l'enquête du CCLIN.
- Du point de vue des conseillers techniques de l'URIOPSS le taux de retour de notre enquête est plutôt satisfaisant comparativement à des enquêtes du même type réalisées auprès de leurs adhérents. En effet, ces établissements sont extrêmement sollicités par les pouvoirs publics, ou différents organismes publics ou privés (dont leurs fédérations et syndicats employeurs).

I – QUESTIONS D'IDENTITE

➤ Répartition des établissements répondants par secteur d'activité

- Sur l'ensemble des établissements sollicités (98), environ 60% relèvent du champ gérontologique et 40% de celui du handicap.
- **Parmi les répondants, 56% relèvent du secteur gérontologique et 44% du handicap.** Il est intéressant de noter que les acteurs du handicap se sont légèrement plus mobilisés, sauf dans le Gard où seuls les EHPAD se sont mobilisés pour répondre à l'enquête. *Ceci est peut-être dû au fait qu'ils ont été sensibilisés à travers l'enquête réalisée l'an dernier par le CCLIN Sud Est ?*

Tableau : répartition des répondants

département type de structure	Aude	gard	hérault	P.O	Lozère	TOTAL
EHPAD	0,0% (0)	28,6% (4)	50,0% (7)	7,1% (1)	14,3% (2)	100% (14)
FAM	20,0% (1)	0,0% (0)	60,0% (3)	0,0% (0)	20,0% (1)	100% (5)
MAS	0,0% (0)	0,0% (0)	16,7% (1)	33,3% (2)	50,0% (3)	100% (6)
TOTAL	4,0% (1)	16,0% (4)	44,0% (11)	12,0% (3)	24,0% (6)	100% (25)

➤ Répartition géographique des adhérents : envois/réponses

Tableau 4 : répartition des adhérents (EHPAD, MAS, FAM) URIOPSS LR

	Aude	Gard	Hérault	Lozère	P.O	total
EHPAD	3	16	28	5	5	57
FAM	1	4	8	3	0	16
MAS	0	2	8	9	6	25
TOTAL	4	22	44	17	11	98

Ce sont les établissements de Lozère qui ont été les plus nombreux à se mobiliser (un tiers des établissements sollicités)
Vient ensuite le département de l'Hérault avec un quart de répondants
Dans l'Aude et les Pyrénées Orientales, un quart des adhérents contactés a répondu contre un peu plus d'un cinquième dans le Gard.

Les valeurs des tableaux sont les pourcentages en ligne établis

➤ Liens avec le sanitaire

Aucun établissement répondant ne déclare être rattaché à un établissement sanitaire. *Ceci n'implique pas une absence de liens, car l'on sait (info Uriopss) que des conventions sont passées par nombre d'établissements avec des acteurs de santé et/ou des établissements sanitaires*

➤ **Conventions pour les EHPAD**

convention	Nb. cit.	Fréq.
en cours	10	40,0%
en cours de renouvellement	4	16,0%
NC	11	44,0%
TOTAL OBS.	25	100%

Le renouvellement de la convention tripartite pourrait constituer une occasion d'introduire des objectifs liés à la politique de lutte contre les infections et de les inscrire dans le projet d'établissement.

II - LES BESOINS ET PRATIQUES CONCERNANT LE RISQUE INFECTIEUX

➤ **Nombre d'emploi temps plein (ETP) / Capacité d'accueil**

- Au regard du nombre de places, le secteur du handicap bénéficie du double d'employés par rapport au secteur gériatrique.
- Pour 12 EHPAD : 462 ETP/785 places
- Pour 9 MAS ou FAM : 537.79 ETP/448 places
- La dépendance des personnes accueillies en EHPAD est pourtant très forte puisque 58.23 % de la population correspond aux GIR 1 et 2 (les plus dépendants), 27.46 % aux GIR 3 et 4, 23.76 % aux GIR 5 et 6
- *Ces résultats viennent confirmer l'écart entre les deux secteurs du point de vue du ratio d'accompagnants.*

Professionnels relevant du soin (en ETP)

Les valeurs des tableaux sont les pourcentages en ligne établis sur 25 observations

<table border="1"> <thead> <tr> <th>type de structure</th> <th></th> <th>FAM</th> <th>MAS</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PSY</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moins de 0,17</td> <td>20,0% (5)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>- (7)</td> </tr> <tr> <td>De 0,17 à 0,33</td> <td>24,0% (6)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>8,0% (2)</td> <td>- (9)</td> </tr> <tr> <td>De 0,33 à 0,50</td> <td>4,0% (1)</td> <td>0,0% (0)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>- (2)</td> </tr> <tr> <td>De 0,50 à 0,67</td> <td>8,0% (2)</td> <td>8,0% (2)</td> <td>8,0% (2)</td> <td>- (6)</td> </tr> <tr> <td>1,00 et plus</td> <td>0,0% (0)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>0,0% (0)</td> <td>- (1)</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>56,0% (14)</td> <td>20,0% (5)</td> <td>24,0% (6)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					type de structure		FAM	MAS	TOTAL	PSY					Moins de 0,17	20,0% (5)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (7)	De 0,17 à 0,33	24,0% (6)	4,0% (1)	8,0% (2)	- (9)	De 0,33 à 0,50	4,0% (1)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (2)	De 0,50 à 0,67	8,0% (2)	8,0% (2)	8,0% (2)	- (6)	1,00 et plus	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (1)	TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)		<p>ETP moyen des psychologues EHPAD < 0.33 / 785 places FAM/MAS < 0.60 / 448 places</p> <p>Les psychologues sont en moyenne deux fois plus nombreux dans le champ du handicap où le nombre de résident est nettement moins important.</p>
type de structure		FAM	MAS	TOTAL																																									
PSY																																													
Moins de 0,17	20,0% (5)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (7)																																									
De 0,17 à 0,33	24,0% (6)	4,0% (1)	8,0% (2)	- (9)																																									
De 0,33 à 0,50	4,0% (1)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (2)																																									
De 0,50 à 0,67	8,0% (2)	8,0% (2)	8,0% (2)	- (6)																																									
1,00 et plus	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (1)																																									
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>type de structure</th> <th>EHPAD</th> <th>FAM</th> <th>MAS</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CADRE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Non réponse</td> <td>0,0% (0)</td> <td>0,0% (0)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>- (1)</td> </tr> <tr> <td>Moins de 0,17</td> <td>12,0% (3)</td> <td>16,0% (4)</td> <td>16,0% (4)</td> <td>- (11)</td> </tr> <tr> <td>De 0,50 à 0,67</td> <td>8,0% (2)</td> <td>0,0% (0)</td> <td>0,0% (0)</td> <td>- (2)</td> </tr> <tr> <td>1,00 et plus</td> <td>36,0% (9)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>4,0% (1)</td> <td>- (11)</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>56,0% (14)</td> <td>20,0% (5)</td> <td>24,0% (6)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL	CADRE					Non réponse	0,0% (0)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (1)	Moins de 0,17	12,0% (3)	16,0% (4)	16,0% (4)	- (11)	De 0,50 à 0,67	8,0% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (2)	1,00 et plus	36,0% (9)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (11)	TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)		<p>ETP moyen des cadres de santé EHPAD < 0.77 / 785 places FAM/MAS < 0.27 / 448 places</p> <p>Les cadres de santé sont en moyenne trois fois plus représentés dans les EHPAD où les résidents sont presque deux fois plus nombreux que dans le secteur du handicap.</p>					
type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL																																									
CADRE																																													
Non réponse	0,0% (0)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (1)																																									
Moins de 0,17	12,0% (3)	16,0% (4)	16,0% (4)	- (11)																																									
De 0,50 à 0,67	8,0% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (2)																																									
1,00 et plus	36,0% (9)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (11)																																									
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)																																										

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
MEDECIN				
Moins de 0,08	4,0% (1)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (2)
De 0,08 à 0,17	12,0% (3)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (5)
De 0,17 à 0,25	12,0% (3)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (4)
De 0,25 à 0,33	16,0% (4)	8,0% (2)	12,0% (3)	- (9)
De 0,33 à 0,42	4,0% (1)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (2)
De 0,42 à 0,50	4,0% (1)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (2)
0,50 et plus	4,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (1)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen des médecins (coordonnateur/psychiatre)
EHPAD < 0.35 / 785 places
FAM/MAS < 0.29 / 448 places
Bien que les tutelles demandent aux médecins coordonnateurs de prendre une place majeure dans la coordination des soins ils ne sont en moyenne présents qu'à tiers temps dans les EHPAD.

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
AS				
Moins de 5,56	8,0% (2)	12,0% (3)	4,0% (1)	- (6)
De 5,56 à 11,12	28,0% (7)	8,0% (2)	8,0% (2)	- (11)
De 11,12 à 16,67	12,0% (3)	0,0% (0)	8,0% (2)	- (5)
De 16,67 à 22,23	0,0% (0)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (1)
De 22,23 à 27,79	4,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (1)
33,35 et plus	4,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (1)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen des aides-soignantes
EHPAD < 14.29 / 785 places
FAM/MAS < 11.57 / 448 places
Elles sont un peu plus nombreuses dans le secteur gériatrique, mais comme nous l'avons déjà identifié, elles ont plus de résidents à leur charge.

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
infirmière				
Moins de 1,17	8,0% (2)	8,0% (2)	0,0% (0)	- (4)
De 1,17 à 2,33	16,0% (4)	4,0% (1)	12,0% (3)	- (8)
De 2,33 à 3,50	20,0% (5)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (6)
De 3,50 à 4,67	4,0% (1)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (3)
De 4,67 à 5,83	8,0% (2)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (3)
7,00 et plus	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (1)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen d'IDE
EHPAD < 3.26 / 785 places
FAM/MAS < 3.44 / 448 places
Les infirmières sont présentes de manière à peu près équivalente dans les deux secteurs

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
ERGO				
Moins de 0,17	32,0% (8)	8,0% (2)	8,0% (2)	- (12)
De 0,17 à 0,33	12,0% (3)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (4)
De 0,33 à 0,50	4,0% (1)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (2)
De 0,50 à 0,67	4,0% (1)	0,0% (0)	8,0% (2)	- (3)
De 0,67 à 0,83	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (1)
De 0,83 à 1,00	4,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (1)
1,00 et plus	0,0% (0)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (2)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen d'ergothérapeute
EHPAD < 0.32 / 785 places
FAM/MAS < 0.52 / 448 places
Les ergothérapeutes sont moins nombreux dans le secteur de la gériatrie.

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
PSY MOT				
Moins de 0,83	56,0% (14)	12,0% (3)	20,0% (5)	- (22)
De 0,83 à 1,67	0,0% (0)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (2)
5,00 et plus	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (1)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen de psychomotricien
EHPAD < 0.83 / 785 places
FAM/MAS < 0.84 / 448 places
Les psychomotriciens sont présents de manière à peu près équivalente dans les deux secteurs

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
KINE				
Moins de 0,33	56,0% (14)	16,0% (4)	4,0% (1)	- (19)
De 0,33 à 0,67	0,0% (0)	0,0% (0)	16,0% (4)	- (4)
De 0,67 à 1,00	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (1)
2,00 et plus	0,0% (0)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (1)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen de kinésithérapeute
EHPAD < 0.33 / 785 places
FAM/MAS < 0.66 / 448 places

Les kinésithérapeutes sont en moyenne deux fois plus employés dans le secteur du handicap

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
AMP				
Moins de 4,83	52,0% (13)	8,0% (2)	0,0% (0)	- (15)
De 4,83 à 9,67	4,0% (1)	8,0% (2)	4,0% (1)	- (4)
De 9,67 à 14,50	0,0% (0)	0,0% (0)	8,0% (2)	- (2)
De 14,50 à 19,33	0,0% (0)	0,0% (0)	8,0% (2)	- (2)
De 24,17 à 29,00	0,0% (0)	0,0% (0)	4,0% (1)	- (1)
29,00 et plus	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (1)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen d'AMP
EHPAD < 5.17 / 785 places
FAM/MAS < 9.66 / 448 places

Les AMP sont en moyenne presque deux fois plus employées dans le champ du handicap

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
AV/ASH				
Moins de 4	8,0% (2)	16,0% (4)	16,0% (4)	- (10)
De 4 à 7	0,0% (0)	0,0% (0)	8,0% (2)	- (2)
De 7 à 11	20,0% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (5)
De 11 à 14	12,0% (3)	4,0% (1)	0,0% (0)	- (4)
De 14 à 18	12,0% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (3)
21 et plus	4,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (1)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

ETP moyen d'AV et d'ASH
EHPAD < 12.86 / 785 places
FAM/MAS < 5.45 / 448 places

Les AV/ASH sont en moyenne environ deux fois plus employées en EHPAD.

Commentaires :

- *S'agissant de la comparaison des ETP moyens de personnels participant au soin, il est nécessaire de prendre en compte la différence de nombre de résidents en EHPAD et dans le secteur du handicap.*
- *Alors que l'on trouve des situations apparentées entre les deux secteurs (même si des spécificités existent), force est de constater que les personnels participants au soin sont la plupart du temps, plus nombreux dans le champ du handicap.*
- *On verra ci-dessous (paragraphe sur la formation et le suivi du risque infectieux) que les EHPAD sont souvent mieux mobilisés autour des questions d'hygiène. Il est notable que ce soit dans ce type de structure que le taux de cadres infirmiers et assimilés (infirmière coordonnatrice, infirmière référente, infirmière hygiéniste) est le plus représenté. Ceci constitue de notre point de vue une condition favorable à la maîtrise du risque infectieux et à son suivi.*

➤ **Formations autour de l'hygiène lors des 3 dernières années (2006, 2007, 2008)**

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
3 dernières années Fo HH				
non	7,1%	20,0%	16,7%	12,0%
oui	85,7%	80,0%	83,3%	84,0%
NSP	7,1%	0,0%	0,0%	4,0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

quels pro	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	5	20,0%
ASH / AV	15	60,0%
IDE	5	20,0%
MEDECIN	0	0,0%
AS	5	20,0%
tout le personnel	2	8,0%
AUTRE	2	8,0%
AMP	2	8,0%
EQUIPE EDUCATIV	2	8,0%
CUISINE	2	8,0%
TOTAL OBS.	25	

- 84% des établissements (EHPAD, FAM, MAS) ont réalisé au moins une formation en hygiène. Les EHPAD sont proportionnellement plus nombreux à avoir réalisé ces formations. *Comment alors interpréter le fait que 7,1% des directeurs d'EHPAD déclarent ne pas savoir s'ils ont ou pas organisé une formation sur l'hygiène dans les trois dernières années ? Le fait de ne pas savoir ne vient-il pas signifier que cette thématique n'a pas pour eux tout à fait la même importance que d'autres ?*

- Les professionnels les plus concernés sont les ASH ou l'équipe logistique (agent d'entretien), suivi par les soignants de proximité (infirmières, aides-soignantes et AMP), ainsi que par le personnel de cuisine. Dans le secteur du handicap, l'équipe éducative semble moins concernée.
 - 24% des établissements ont formé tout leur personnel à l'hygiène générale. Le secteur du handicap est légèrement plus représenté.

➤ **Thèmes des formations**

○ **Cinq thèmes ont été traités :**

- Les deux formations qui ont recueilli le plus de suffrages, sont l'hygiène des locaux et l'hygiène générale.
- Vient ensuite la formation relative à la restauration (HACCP).
- Enfin, on trouve à égalité les formations sur le linge (RABC) et la gestion de la grippe H1N1.

Ces résultats sont à mettre en lien avec les problèmes rencontrés (notamment autour des circuits). Cela vient sans doute signifier une réaction positive à travers le recours à la formation comme levier de changement.

En 2009 : 16% des établissements ont réalisé des formations (hygiène générale/hygiène des locaux/risque infectieux/prévention pandémie grippale).

Notons l'apparition de manière spécifique du thème du risque infectieux (qui fait partie de l'hygiène générale) qui a été introduit dans un établissement. Il est à noter que cet établissement s'est doté d'une IDE hygiéniste. La visibilité de cette thématique serait-elle alors liée à l'introduction de compétences nouvelles, mettant l'accent sur la question centrale en hygiène, de la maîtrise de la transmission des germes ?

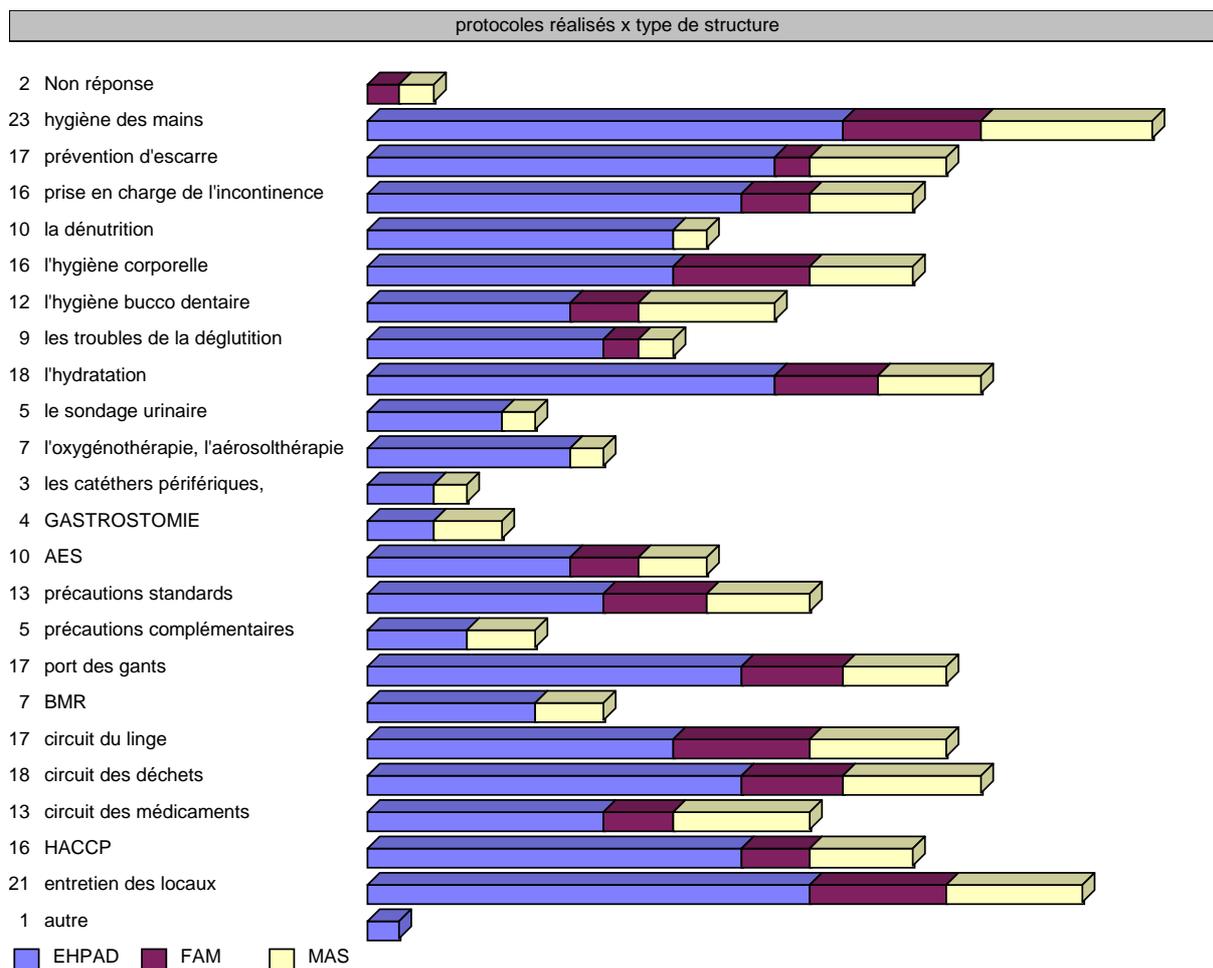
➤ Protocoles réalisés dans les établissements

protocoles/procédures	Nb. cit.	Fréq.
non	2	8,0%
oui	23	92,0%
TOTAL OBS.	25	100%

- Une très grande majorité d'établissements ont mis en place des procédures/protocoles.
 - Ce pourcentage est à mettre en lien avec le fait que 44 % des établissements répondants n'ont pas de personnel chargé de la surveillance du risque infectieux.

Deux commentaires : Il est positif de constater que malgré l'absence de personnel chargé de la surveillance des infections, des actions sont menées (prise de conscience). Néanmoins on peut s'interroger sur la capacité de l'établissement à assurer le suivi de leur mise en œuvre en l'absence de personnel dédié.

- C'est dans le secteur du handicap où l'on trouve des établissements n'ayant mis en place ni protocoles ni procédures.



Dans le secteur du handicap les FAM ont nettement moins fréquemment mis en place des procédures et protocoles, *ce qui peut peut-être s'expliquer par le type de population accueillie.*

De manière générale il est important de noter que l'hygiène des mains est la dimension la mieux prise en compte, d'autant que 85% des infections sont "manuportées". Le port des gants est souvent associé à l'hygiène des mains et dans une moindre mesure, les précautions standards et les accidents exposant au sang. *Ceci nous indique une certaine cohérence dans les mesures prises. Il est toutefois étonnant que ces deux derniers thèmes (AES et précautions standards) ne soient pas mieux pris en compte dans la mesure où ils concernent, pour une large part, la maîtrise des risques pris par les professionnels et la limitation de la transmission.*

L'entretien des locaux est plutôt bien pris en compte, ainsi que l'hydratation, dont on sait qu'elle a fait l'objet d'une campagne nationale de sensibilisation à travers le plan "canicule".

Viennent ensuite la gestion des circuits ; déchets, linge, eaux et dans une moindre mesure celui des médicaments. Au même niveau on trouve aussi l'HACCP, qui est une obligation réglementaire, dont la conformité est contrôlée par les services vétérinaires.

L'incontinence, la prévention des escarres et l'hygiène corporelle sont également bien représentées. *Il est étonnant de constater que l'hygiène bucco-dentaire n'est pas aussi bien représentée que l'hygiène corporelle. Ceci peut peut-être s'expliquer par les pathologies de certains usagers qui rendent ces soins particulièrement difficiles et nécessitant une action très personnalisée (et donc plus difficilement "protocolarisable" ?).*

Il est assez étonnant de constater que la dénutrition et les troubles de la déglutition, qui sont fréquents, soient si peu représentés. Il faut également rappeler, à ce titre, le constat partagé par les acteurs de santé quant à l'incidence de la lutte contre la dénutrition dans la prévention d'escarres.

Enfin, les faibles taux de mise en place de procédures/protocoles concernant les Bactéries Multi Résistantes (BMR) et celles qui concernent les précautions complémentaires (maîtrise de la transmission des germes : contact, gouttelettes, air) sont à mettre en lien avec le fait que la presque totalité des établissements n'a pas réalisée d'enquête s'agissant des taux d'infections : enquête de prévalence, c'est-à-dire photo sur le nombre d'infection à un moment T ou enquête d'incidence, c'est-à-dire nombre de nouveaux cas d'infection sur une période donnée. *Ils ne connaissent donc pas "l'écologie" (identification) des germes présents dans leur établissement. Il est nécessaire de rappeler que ces actions d'évaluation mobilisent des compétences spécifiques et du temps alors que peu de structures disposent de personnel formé et dédié.*

enquête	Nb. cit.	Fréq.
non	20	80,0%
oui	3	12,0%
NON REPONSE	2	8,0%
TOTAL OBS.	25	100%

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
enquête				
non	55,0%	20,0%	25,0%	100%
oui	33,3%	33,3%	33,3%	100%
NON REPONSE	100%	0,0%	0,0%	100%
TOTAL	56,0%	20,0%	24,0%	100%

- **40% des établissements ont déclarés avoir rencontré un évènement ou une difficulté en rapport avec l'hygiène.**

évènement/difficulté	non	NSP	oui	TOTAL
type de structure				
EHPAD	50,0%	0,0%	50,0%	100%
FAM	80,0%	0,0%	20,0%	100%
MAS	66,7%	0,0%	33,3%	100%
TOTAL	60,0%	0,0%	40,0%	100%

- Cette proportion, loin d'être négligeable, vient confirmer les constats faits par ailleurs : **des problèmes existent.**
- C'est majoritairement le secteur gériatrique (70%) qui déclarent avoir rencontré une difficulté. Ils représentent la moitié des établissements du secteur gériatrique répondants.
- Les établissements du handicap qui déclarent avoir rencontré une difficulté (30% des répondants) représentent un peu plus d'un quart des établissements de ce secteur.
- *On pourrait supposer à travers une lecture hâtive de ces résultats, que le secteur gériatrique est plus fréquemment confronté à des difficultés de ce type. Il me semble que l'on peut poser une autre hypothèse : Les EHPAD étant plus sensibilisés à cette dimension, mieux outillés et mieux accompagnés, il n'est pas anormal qu'ils identifient de manière plus importante des difficultés en la matière (selon le principe que l'on ne voit que ce que l'on cherche).*

- **Dans quels domaines ces évènements indésirables/difficultés sont-ils les plus fréquemment rencontrés ?**

domaine	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	15	60,0%
eau (circuit ou légionelles ou traçabilité)	5	20,0%
HACCP (organisation de la cuisine ou équipement ou traçabilité)	3	12,0%
architecture (aménagement des locaux, restructuration, agrandissement, mise aux normes)	4	16,0%
circuit des déchets (organisation du circuit ou dépôt extérieur ou élimination des déchets ou traçabilité)	4	16,0%
circuit du linge (prise en charge du linge de la collectivité ou du linge du personnel ou traçabilité)	5	20,0%
bionettoyage des chambres (choix des produits, du matériel plan de nettoyage, traçabilité)	3	12,0%
la gestion d'épidémie (grippe, diarrhées, gale...)	2	8,0%
autre: lequel	1	4,0%
TOTAL OBS.	25	

- Dans des proportions à peu près équivalentes pour les deux secteurs (handicap/gériatrique), ce sont deux circuits qui sont d'abord identifiés (eau, linge) suivi par le circuit des déchets et l'architecture.
- S'agissant de ce dernier point, les problèmes fréquemment évoqués concernent les locaux permettant de traiter séparément le propre et le sale, la ventilation ou encore leur implantation ou leur superficie...
- A noter, qu'aucun établissement ne déclare avoir rencontré de difficulté en lien avec le circuit du médicament. *Ce résultat est néanmoins à interroger au regard des remontées d'informations émanant des professionnels, qui indiquent des tensions autour des aspects suivants : stockage / sécurité / préparation / distribution / prise effective des médicaments.*

➤ **Chargé de surveillance du risque infectieux**

chargé de surveillance	Nb. cit.	Fréq.
non	9	36,0%
oui	15	60,0%
PAS DE REPONSE	1	4,0%
TOTAL OBS.	25	100%

chargé de surveillance	non	NSP	oui	DE REPC	TOTAL
type de structure					
EHPAD	21,4%	0,0%	71,4%	7,1%	100%
FAM	40,0%	0,0%	60,0%	0,0%	100%
MAS	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	100%
TOTAL	36,0%	0,0%	60,0%	4,0%	100%

PRO	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	11	44,0%
IDE	10	40,0%
CADRE DE SREVICE	1	4,0%
HYGIENISTE	2	8,0%
CLIN	1	4,0%
TOTAL OBS.	25	100%

pratiques	Nb. cit.	Fréq.
non	12	48,0%
NSP	1	4,0%
oui	12	48,0%
TOTAL OBS.	25	100%

pratiques	non	NSP	oui	TOTAL
type de structure				
EHPAD	57,1%	7,1%	35,7%	100%
FAM	20,0%	0,0%	80,0%	100%
MAS	50,0%	0,0%	50,0%	100%
TOTAL	48,0%	4,0%	48,0%	100%

type de structure	EHPAD	FAM	MAS	TOTAL
enquête				
non	44,0% (11)	16,0% (4)	20,0% (5)	- (20)
oui	4,0% (1)	4,0% (1)	4,0% (1)	- (3)
NON REPONSE	8,0% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	- (2)
TOTAL	56,0% (14)	20,0% (5)	24,0% (6)	

- Plus de la moitié des établissements ont nommé une personne chargée de la surveillance du risque infectieux :

- Plus de 70% des EHPAD ont mis en place une personne chargée de la surveillance du risque infectieux
- Pour le secteur du handicap c'est le cas pour seulement 45.50% des établissements

- Il existe une corrélation positive entre la présence d'un professionnel chargé de la surveillance et le nombre de protocoles mis en place.

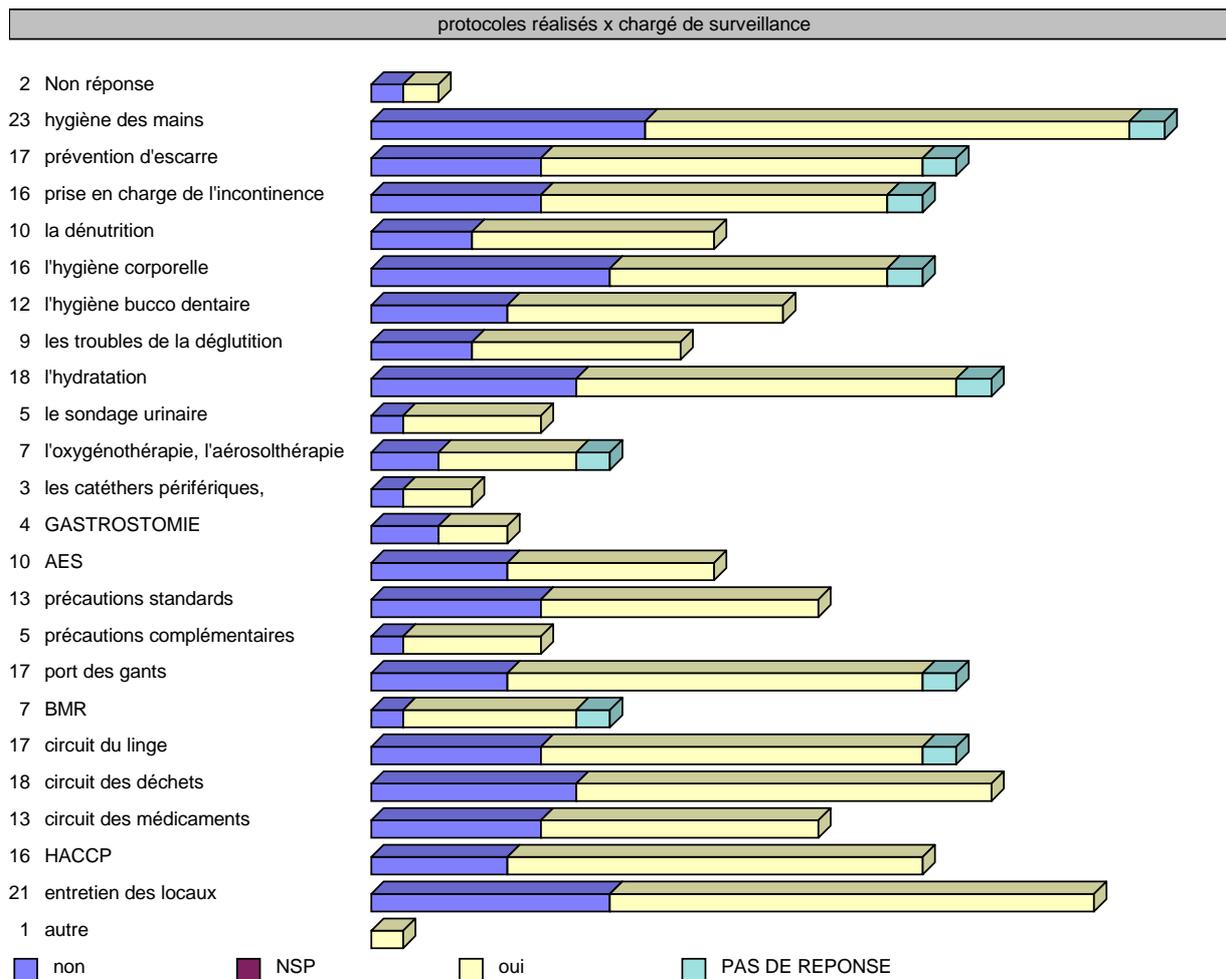
Dans la majorité des cas (plus de 70%), ce poste est occupé par une infirmière.

Les compléments d'information fournis par les responsables d'établissement qualifient cette infirmière de "généraliste", "coordonnatrice", "référente" ou encore "hygiéniste", sans rien évoquer de son statut hiérarchique. C'est uniquement dans le champ du handicap que l'on fait état de compétences spécialisées, à travers l'embauche d'une hygiéniste.

- Un EHPAD dispose d'un CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) donc d'une équipe pour prendre en charge l'hygiène.

- On note par ailleurs que la moitié seulement des établissements déclarent organiser une évaluation des pratiques en hygiène. Ceci est plus fréquent dans le secteur du handicap par rapport au secteur personnes âgées.

- Un peu plus de 10% des établissements ont réalisé une enquête épidémiologique.



➤ **Freins identifiés à la mobilisation autour de l'hygiène** (plusieurs réponses possibles, pourcentages supérieurs à 100%).

freins	Nb. cit.	Fréq.
l'absence ou l'imprécision du cadre réglementaire	5	20,0%
la faiblesse des moyens humains	12	48,0%
l'absence de compétences adaptées	9	36,0%
la faiblesse des moyens financiers	11	44,0%
la crainte de voir l'établissement "lieu de vie" se transformer en "lieu de soins"	15	60,0%
l'absence de demande sur ce thème	8	32,0%
l'état cognitif de vos résidents	6	24,0%
autre, précisez	1	4,0%
REPONSE INCOMPREHENSIBLE	1	4,0%
TOTAL OBS.	25	

De manière transversale et sur la fréquence des citations : C'est comme on pouvait s'y attendre (cf : analyse des entretiens), la crainte de voir leur établissement "lieu de vie" se transformer en lieu de soin, est le frein le plus fréquemment cité. Viennent ensuite la faiblesse des moyens humains et financiers. L'absence de demande sur ce thème arrive après, suivie par l'état cognitif des résidents et l'absence ou l'imprécision du cadre réglementaire.

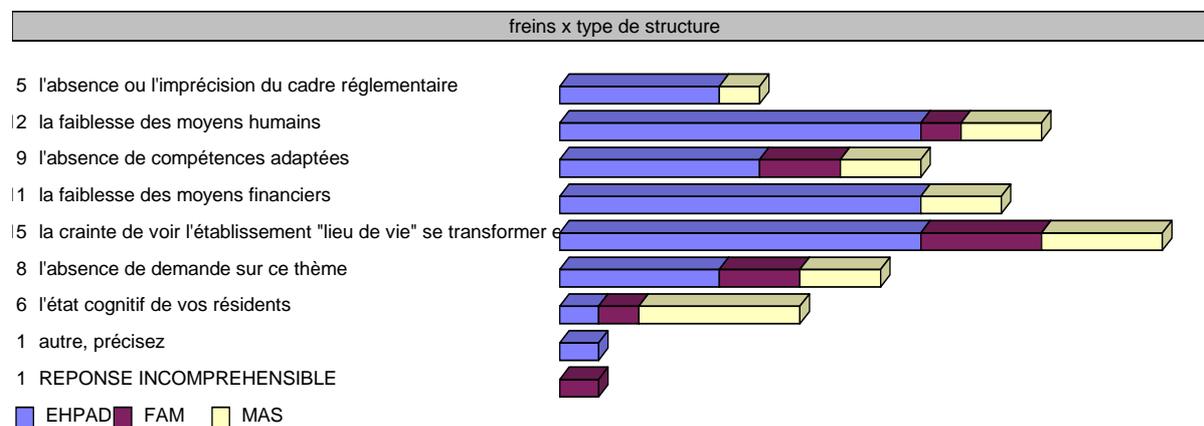
C'est d'abord un motif éthique/philosophique (qui fait écho à la tension historique entre culture sanitaire et culture médico-sociale) qui est mis en avant. Viennent ensuite deux éléments qui évoquent les mutations du secteur qui pèsent sur les établissements, marquées par l'inflation/pression réglementaire et les restrictions budgétaires.

Autour des résultats hiérarchisés et suivant les secteurs :

- Les EHPAD citent en premier et à égalité, la crainte de voir le lieu de vie se transformer en lieu de soin et l'absence de compétence spécialisée. En troisième position c'est la faiblesse des moyens humains qui est citée, et vient ensuite la faiblesse des moyens financiers.
- Les MAS et FAM citent en premier la crainte de voir le lieu de vie se transformer en lieu de soin et en second la capacité cognitive des résidents. En troisième position et à égalité, on trouve la faiblesse des moyens humains et l'absence de réglementation.

Ce que nous indique le positionnement des EHPAD c'est qu'alors qu'ils sont allés souvent plus loin dans la prise en compte effective de cette dimension, ils mettent en avant l'absence de compétence spécialisée comme un frein. L'engagement dans la démarche n'a-t-il pas fait émerger ce besoin de manière plus visible ?

Quant aux MAS et FAM, il est intéressant de noter qu'ils mettent en avant la capacité cognitive des résidents, ce qui va impliquer une approche spécifique de l'hygiène tenant compte de cette dimension. Il est étonnant que les responsables d'EHPAD n'aient pas plus mis l'accent sur cette dimension alors qu'ils sont aussi concernés (démence sénile, alzheimer...).



➤ **Ce que nous enseignent les (rares) commentaires des responsables d'établissement :**

- S'appuyer sur les autorités chargées de la lutte contre les infections (CCLIN)
- Intégrer cette dimension dans la démarche qualité et notamment en terme de traçabilité
- Sensibiliser le personnel et faire des rappels réguliers
- Faire appel à des professions transverses : qualitatifs, hygiéniste, afin de répondre à l'ampleur de la démarche "hygiène"

6 - DYNAMIQUE DE CHANGEMENT DANS LE MEDICO-SOCIAL : ENSEIGNEMENTS (CONSTATS, FREINS, OPPORTUNITES) ET LEVIERS MOBILISABLES

Les principaux enseignements des entretiens et enquêtes, ainsi que de l'étude documentaire

- Force est de constater la grande convergence des résultats de l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire avec ceux des différentes enquêtes existantes (CCLIN, HAS). L'existence de besoins autour de l'hygiène est chaque fois soulignée mais aussi, l'écart entre ceux-ci et la qualité, l'efficacité ou la cohérence des réponses apportées. Notre enquête pointe que la dimension de l'hygiène est aujourd'hui prise en compte dans les établissements médico-sociaux et de manière plus fréquente dans les EHPAD où la demande des autorités est plus prégnante et où le personnel relevant du secteur soin est mieux représenté. Néanmoins, malgré la mise en place d'actions, de procédures, de protocoles, on trouve rarement de politique globale en matière d'hygiène sauf dans les établissements où sont embauchés des personnels spécifiquement formés. Ces derniers font partie des nouveaux métiers transversaux (qualité, projet, hygiène) et sont en capacité d'élaborer les orientations, en assurer la mise en place et le suivi. Ce qui expliquerait le faible suivi des pratiques (limitées le plus souvent au bionettoyage des locaux) et la quasi inexistence de suivi épidémiologique. Cela interroge alors que de nombreux établissements déclarent avoir eu des incidents ou difficultés dans ce domaine (légionellose, gestion d'épidémie...). On peut noter enfin que tous nos interlocuteurs soulignent le manque de personnel, ce déficit étant particulièrement criant dans les EHPAD au regard des difficultés des résidents.

- L'étude documentaire a permis de souligner les réelles avancées dues à l'introduction de l'hygiène que ce soit au niveau sociétal ou des pratiques liées au soin (augmentation de l'espérance de vie, lutte contre la contagion, prévention des pathologies, qualité de vie...). Nous avons identifié également des connotations négatives qui colorent encore les positionnements actuels des acteurs du secteur médico-social à travers la dénonciation de "l'hygiénisme" stigmatisant historiquement les classes défavorisées. Par ailleurs, la séparation historique des champs sanitaire et médico-social constitue un élément déterminant qui continue à avoir des répercussions négatives sur la cohérence des réponses aux besoins de la population à travers des problèmes de :
 - Continuité des prises en charge
 - Coordination des actions
 - Cohésion des acteurs
 - Lutte contre les infections
 - Prévention en santé
 - Qualité et rigueur dans le soin
 - Suivi des soins

Des lois distinctes régissant les pratiques de chaque secteur renforcent ces difficultés. Ces logiques distinctives ne sont pas sans impact sur les processus concourant à l'identité

professionnelle des acteurs concernés. Elles irriguent et pèsent sur les représentations que ces derniers ont de leurs secteurs respectifs et de leurs pratiques. A ce titre, il existe une crainte majeure que les logiques de rationalisation/normalisation mises en place dans le sanitaire s'appliquent sans prise en compte des spécificités du médico-social. D'un côté on intervient prioritairement dans le registre curatif et de l'autre dans l'accompagnement pluridimensionnel. Logiques et temporalités sont distinctes. Néanmoins, les lignes de partages en terme de représentations bougent depuis quelques années à travers les évolutions des pratiques notamment autour des affections de longues durées ou chroniques (SIDA, cancers, diabète...), de l'accompagnement de la perte d'autonomie (handicap, personnes âgées) ou encore de l'accompagnement en fin de vie (soins palliatifs).

- La mise en place des ARS peut avoir un effet positif dans le rapprochement des secteurs. Il est donc important de travailler sur tout ce qui peut être mutualisé (professionnels, formations, locaux, équipements...)

Nous avons repéré également des éléments transversaux relatifs aux mutations dans le secteur médico-social, notamment :

- restriction budgétaire (passage d'une logique de besoin à une logique de moyens, convergence tarifaire),
- encadrement réglementaire accru.

De manière plus large, nous avons soulevé les modifications des relations entre associations et pouvoirs publics (glissement progressif d'une logique partenariale en référence aux missions d'intérêt général menées par les associations, à une logique de prestation de service fondée sur la notion de participation au service public).

Les évolutions de l'organisation des dispositifs de pilotage des politiques sanitaire et sociale sur les territoires participent à ces mutations. La mise en place des ARS qui inclus dans le champ de la santé, au sens de l'OMS, les établissements sanitaires et médico-sociaux est porteuse d'opportunités, de risques et d'interrogations.

Bien évidemment, ces mutations ne sont pas sans incidences sur le positionnement des acteurs du médico-social vis-à-vis des enjeux liés à l'hygiène, en ce que celle-ci est associée de manière restrictive à la seule dimension du soin et du sanitaire. Il est dommage que ces freins aient empêché les acteurs du MS de s'approprier pleinement les progrès réalisés dans le sanitaire à travers la rigueur de l'antisepsie et de l'asepsie. Ces constats sont d'ailleurs confirmés par les résultats de l'enquête menée auprès des EMS du Languedoc-Roussillon.

Sans doute que la spécificité des publics accompagnés dans le champ médico-social, marqués historiquement par l'exclusion (personnes isolées/enfermées/stigmatisées), a alimenté une posture de repli et de mise à distance du sanitaire.

Il est important de préciser que les champs sanitaire et médico-social ne sont pas des entités homogènes où l'ensemble des professionnels partagerait le même type de positionnement. La réalité est fort heureusement plus contrastée ce qui est un facteur d'appui au changement des mentalités.

Enfin, il nous semble que la dimension de débat éthique, réactivée par les tensions qui traversent les pratiques professionnelles, dans un environnement mouvant et incertain, constitue un levier essentiel. L'hygiène est un élément incontournable de ce débat en ce qu'elle joue un rôle de révélateur des enjeux liés à l'articulation du sanitaire et du médico-social.

Au-delà des actions déjà réalisées dans de nombreux établissements et en prenant en compte l'implication des professionnels, il est possible de résumer schématiquement les principaux enjeux identifiés autour de plusieurs points :

- Déficit d'informations et de connaissances sur le risque infectieux et les conditions favorisant la lutte et la prévention
- Début de prise de conscience sur la réalité des infections et des risques dans les établissements médico-sociaux
- Faible attraction de l'objet "hygiène"
- Incertitude quant aux motivations pour agir
- Organisation qui commence à intégrer la dimension hygiène mais pas de véritable politique d'hygiène
- Déficit de moyens et interrogation sur la mobilisation des ressources existantes
- Manque de souplesse dans les représentations et les postures professionnelles
- Question sur la prise en compte de la pluralité des identités/origines professionnelles dans les logiques de changement

Les leviers mobilisables.

Sans préjuger d'éventuelles futures évolutions réglementaires, favoriser une meilleure prise en compte de l'hygiène dans les EMS n'implique-t-il pas de favoriser un "métissage des cultures professionnelles" entre les références et pratiques sanitaires et médico-sociales (au sein des EMS et entre ceux-ci et les établissements sanitaires) ?

Trois grands types d'objectifs nous semblent pouvoir guider cette stratégie de changement :

Faire connaître

Il s'agira d'améliorer le niveau d'information et de connaissances des différentes parties prenantes (professionnels, personnes accompagnées, proches, bénévoles...), sur l'hygiène et ses apports et sur ce qui est partagé/partageable par les professionnels des deux secteurs...

Actions possibles :

- Formation (certaines structures gérant les fonds destinés à la formation, tel qu'UNIFAF, en proposent déjà).
- Journées d'étude, colloques...
- Echanges d'expériences
- S'appuyer sur l'expertise des autorités chargées de coordonner la lutte contre les infections (CCLIN)
- Veille réglementaire (s'appuyer sur les fédérations existantes)

Faire apprécier/valoriser

Il s'agira de travailler sur les représentations, à la fois de l'hygiène mais aussi du sanitaire et du médico-social, ou encore sur les postures et identités professionnelles en favorisant la réflexion et le débat

Actions possibles :

- Analyse des pratiques
- Réflexion éthique

- Réflexion autour des conditions nécessaires à une véritable pluridisciplinarité de façon à dépasser les logiques sectorielles
- Objectivation de la dimension hygiène dans les projets d'établissements/services et les évaluations internes et externes (démarche qualité)
- Solliciter les conseils d'administration des organismes gestionnaires afin qu'ils prennent en compte cette dimension dans leur projet institutionnel (projet associatif)
- Maillage de la dimension hygiène dans les modalités existantes d'accompagnement éducatif
- Elaborer des procédures et protocoles adaptés au secteur, à la réalité des personnes accompagnées comme des modalités concrètes d'accompagnement (prise en compte des contradictions et tensions évoquées dans ce mémoire)
- Valoriser les effets positifs pour les usagers et les professionnels

Faire agir

Il s'agira d'inciter les acteurs à agir dans le sens du changement attendu et en prenant en compte le déficit de moyens (notamment financier) déjà identifié.

Actions possibles :

- Elaborer une politique d'hygiène (orientations)
- Repenser son organisation afin qu'elle soit adaptée à ces nouvelles orientations
- Objectiver la réalité des risques infectieux et sensibiliser sur l'implication des résultats
- Intégrer l'hygiène dans sa politique de recrutement (personnel formé et qualifié à l'hygiène)
- Mutualiser des moyens humains avec d'autres acteurs du médico-social ou du sanitaire (groupement d'employeurs, personnel mis à disposition, convention de partenariat avec un établissement sanitaire...)
- Solliciter l'appui des autorités (CCLIN)
- Intégrer la dimension hygiène dans la réponse aux futurs appels à projet

CONCLUSION

Hygiène, soin et accompagnement participent de la cohésion sociale et de la création/recréation du lien social. Ils ont de ce fait un caractère intégratif en ce qu'ils travaillent à réguler/limiter/restreindre les clivages et les situations d'exclusion liées à l'âge, la maladie ou le handicap.

Ces trois dimensions de la santé oeuvrent au mieux être, à la qualité de vie, à une augmentation de l'espérance de vie...et sont à mettre en lien avec la présence ou l'absence de volonté politique, aux niveaux international, national régional ou plus local (au plan géographique comme organisationnel).

Elles renvoient à des champs de pratiques qui ont été historiquement séparés et réglementés de manière distincte et mal articulée. Elles sont néanmoins portés par des professionnels et des bénévoles le plus souvent largement impliqués et défendant des valeurs humanistes et travaillant dans le sens de l'intérêt général. Ces clivages historiques continuent d'avoir des effets négatifs sur les logiques de coopération intersectorielles et d'amélioration des pratiques.

Nous avons identifié qu'elles sont toutes trois traversées de tensions :

- Risque de déshumanisation face à la recherche d'efficacité et d'efficacité ou encore à la place de la technologie
- Risque de renforcement du contrôle social sous couvert de bienfaisance
- Nécessité de faire place aux personnes accompagnées dans les démarches qui les concernent (l'utilisateur/le patient au cœur des préoccupations des intervenants) tout en prenant en compte leur difficultés / pathologies
- Exigence croissante de qualité et moyens limités
- Cadre réglementaire qui borde les pratiques (garde fou) et leur donne sens (direction et signification), mais qui peut aussi stériliser la créativité, déresponsabiliser les acteurs et freiner l'innovation...
- Défaut d'articulation préjudiciable entre les secteurs au repérage des besoins et à la construction de réponses adaptées aux différents publics...

Ces tensions sont d'autant plus vives pour les acteurs concernés, qu'elles se déploient dans un environnement incertain et mouvant :

- Mutations importantes (économiques, culturelles, réglementaires)
- Réorganisation de l'état et décentralisation
- Lois récentes posent de nouvelles orientations (avec certains points de convergence entre les secteurs)
- Société mondialisée et projet collectif moins fédérateur
- Montée de la précarité
- Progression des besoins liés aux progrès de la science et au changement de regard sur la maladie, le handicap et le vieillissement
- ...

Ce que nous proposons dans le cadre de ce mémoire constitue une première approche à travers laquelle des constats ont pu être confirmés. L'enquête de terrain auprès des responsables d'établissements (MAS, FAM, EHPAD) de la région Languedoc-Roussillon, nous indique que des difficultés existent, que la prise de conscience est réelle et que des

pratiques évoluent, même si les marges de progression restent encore importantes. Elle fait également émerger des éléments permettant d'alimenter des stratégies de changement.

L'enquête et la diffusion de ses résultats dans le cadre du réseau UNIOPSS/URIOPSS (et au delà) vont participer d'une sensibilisation des acteurs concernés à la problématique de l'hygiène et à ce qu'elle soulève comme enjeu pour le secteur médico-social mais aussi pour le champ sanitaire.

A ce titre, la question de l'articulation de ces deux secteurs et le "métissage culturel" qu'elle appelle, trouveront peut-être à s'actualiser à travers la mise en place des ARS, ou encore dans les logiques de coopération portées par les acteurs de ses deux champs.

Les formations initiales et continues dans les deux secteurs constituent un vecteur à mobiliser : introduction des dimensions sciences sociales et humaines dans le cursus des soignants et inversement une approche scientifique du soin et de la prévention en santé pour les professionnels éducatifs.

Les nouveaux métiers transversaux (qualiticien, hygiéniste) peuvent renforcer ces passerelles entre les différents secteurs.

Le débat éthique et l'analyse des pratiques, rendus incontournables par la complexité des interventions, constituent également le socle d'un travail d'interrogation des pratiques, de prise de recul et de dépassement des clivages.

Il reste bien évidemment, de nombreuses interrogations, sur les conditions d'introduction/amélioration de la place de l'hygiène dans le médico-social. Ceci ne sera pas possible sans une réelle appropriation de cette problématique par les responsables d'établissement et les équipes de terrain et sans une réflexion partagée autour des modalités de cette intégration.

Enfin, il nous semble, que l'hygiène peut constituer une réelle opportunité à saisir par les acteurs en ce qu'elle constitue un objet "médiann" ou "médiateur" à même de favoriser des évolutions dans les positionnements individuels et/ou institutionnels.

Les professionnels de chacun des secteurs qui partagent plus que ce qui est censé les partager, n'ont-ils pas plus à gagner qu'à perdre dans les évolutions engagées ?

BIBLIOGRAPHIE

- Article d'août 2009 « Prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : analyse régionale, Enquête PRIAM, France », 2006-2007
- Article de Mme le docteur Claude BERNET, médecin coordonnateur CCLIN Sud Est Lyon, « Stratégie de prévention du risque infectieux en EHPAD »
- Méthode des sciences Sociales – Madeleine GRAWITZ – édition DALOZ 1986
- L'entretien dans les sciences sociales, sous la Direction d'Alain BLANCHET, édition DUNOD 1985.
- Les enquêtes sociologiques, théories et pratique, Rodolphe GHIGLIONE, Benjamin MATALON, édition Armand COLLIN 1970.
- Politiques sociales et de santé, « comprendre et agir », sous la direction de Y. RAYSSIGUIE, J. JEGU, M. LAFORCADE, édition EHSESP, 2008
- Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, édition EHSESP, 2007
- Cours d'éthique, D. TAILLEFER, UPV Montpellier 3, Master 1 AP2S, 2010
- Ethique et travail social, une recherche du sens, B. BOUQUET, édition DUNOD 2003
- Revue "hygiènes" Programme PRIAM, 2010, volume XVIII- n°1-ISSN 124960075- SFHH
- Semmelweis, L-F CELINE, édition l'Imaginaire Gallimard, 1999
- La trame conjugale, analyse du couple par son linge, J-C KAUFMANN, édition Pocket, 2001
- XIX Congrès de la SFHH-SIIHHF 5 juin 2008, Bilan d'un an de fonctionnement d'un projet pilote de prévention des IAS en EHPAD, N. ARMAND, C. FAURE, C. COMTE, J. HAJJAR
- Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Direction Générale de la Santé Direction Générale de l'action Sociale Société Française de gériatrie et gérontologie, Quelques recommandations, octobre 2007
- Pratiques d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées, DRASS Midi-Pyrénées, CCLIN SO, Commission de coordination régionale des vigilances, 2007, (diaporama)
- Les infections respiratoires aiguës en EHPAD, InVs, collection « maladies infectieuses », novembre 2007,
- Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, guide de prévention, Direction générale de la Santé, janvier 2006,
- L'accès aux soins courants pour les personnes en situation de handicap, E. ZUCMAN, Les cahiers de l'actif – n°402/403, 2010

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	p 2
INTRODUCTION	p 6
PREMIERE PARTIE	p 7
<u>1 - LES RELATIONS ENTRE LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL</u>	p 8
1.1 Repères historiques s'agissant de la médecine et du médico-social	p 9
1.2 Quelques repères historiques sur l'émergence des champs sanitaire et social	p 13
1.3 Des lignes de partage et des articulations possibles entre sanitaire et médico-social	p 13
1.4 Le médico-social, un secteur en pleine mutation	p 15
1.5 Les évolutions règlementaires récentes et la pression budgétaire	p 16
1.6 La réorganisation des dispositifs de pilotage avec la mise en place des ARS (URIOPSS LR/ C. MARIVAL)	p 17
1.7 Les impacts des mutations dans le champ médico-social : réactions des acteurs associatifs devant les nouvelles références et nouvelles obligations dévolues aux établissements, modifications des pratiques (cf : Céline MARIVAL document cité)	p 18
<u>2 - DES QUESTIONNEMENTS AUTOUR DE L'ETHIQUE DANS LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL</u>	p 19
<u>3 - LES ENSEIGNEMENTS DES ETUDES PRECEDENTES ET LE POSITIONNEMENT DES ORGANISMES CHARGES DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS LIEES AUX SOINS (IAS)</u>	p 22
<u>4 - LES MISSIONS DES CCLIN</u>	p 24
4.1 Expériences des CCLIN SUD EST et SUD OUEST	
4.1.1 Le CCLIN SUD EST	
4.1.2 Le CCLIN SUD OUEST	p 26
SECONDE PARTIE	p 28
<u>5 - ELEMENTS DE POSITIONNEMENT DES ACTEURS DU MEDICO-SOCIAL VIS-A-VIS DE LA DIMENSION HYGIENE, A TRAVERS UNE ENQUETE DE TERRAIN</u>	p 29
Partie introductive	
- L'objectif de recherche	
- Les effets attendus	
- Approche méthodologique	
- La population	p 30
- La zone d'enquête	
- La présentation de l'organisme qui m'accueille (URIOPSS LR)	
Phase d'entretiens	p 31
- Pourquoi l'entretien	
- Le choix du type d'entretien	p 32
- Le choix des personnes interrogées	p 33
- La consigne	
- Le guide d'entretien	p 34
- L'analyse des entretiens	p 35
o Le choix de la méthode	
o Les principaux résultats	

Phase d'enquête par questionnaire	p 38
- Questionnaire	p 39
- Résultats de l'enquête	p 41
- I- questions d'identité	P 42
- II- besoins et pratiques concernant le risque infectieux	p 43
<u>6 - DYNAMIQUE DE CHANGEMENT DANS LE MEDICO-SOCIAL : OPPORTUNITE, FREINS, LEVIERS MOBILISABLES</u>	p 53
CONCLUSION	p 57
BIBLIOGRAPHIE	p 59
TABLE DES MATIERES	p 60
ANNEXES	p 62

ANNEXES

- Des données sur le poids de la population enquêtée au regard de l'ensemble des types d'établissements sur la zone d'enquête
- Projet de programme national de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé 2009-2012
- Programme pilote de prévention des infections associées aux soins en EHPAD, N. ARMAND, pharmacien hygiéniste, centre hospitalier Valence, 5^{ème} JEMAP, Nîmes 28 mai 2009
- Recommandations de bonnes pratiques en hygiène, adaptées aux EHPAD, M. le Pr Benoit de WAZIERES, service gériatrie CHU Carémeau, 5^{ème} JEMAP, Nîmes 28 mai 2009.
- Prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes/ analyse régionale, enquête PRIAM, France, 2006-2007, K. CHAMI, G. GAVAZZI, B. DE WAZIERES, B. LEJEUNE, F. PIETTE, C. LIETARD, C. MOUALA, M. ROTHAN TONDEUR
- Affiche « notre EHPAD est un lieu de vie »
- Illustration de l'importance de l'hygiène des mains par le signalement des infections nosocomiales – actualisation au 1^{er} mars 2010, B. COIGNARD
- Place de l'hygiène des mains et des produits hydro-alcooliques dans la prévention de la transmission des infections : argumentaire scientifique, M. ERB, B. GRANDBASTIEN, R. GIRARD, O. KEITA PERSE, J. HAJJAR et les membres du Conseil Scientifique de la SFHH

**« La place de l'hygiène dans les institutions médico-sociales.
Entre risques et opportunités »**

Ce mémoire vise à interroger la situation actuelle de l'hygiène dans les établissements médico-sociaux du Languedoc-Roussillon, hébergeant des personnes âgées (EHPAD), et des personnes handicapées (Maisons d'Accueil Spécialisées et Foyers d'Accueil Médicalisés).

Une enquête régionale auprès des responsables d'établissements, vient confirmer le déficit de prise en compte de l'hygiène dans les EMS, même si un début de prise de conscience et des évolutions des pratiques, sont identifiés.

Par ailleurs, des entretiens avec les représentants des autorités en charge de la lutte contre les infections liées aux soins, des résultats d'expériences ou encore une appréhension des enjeux historiques, éthiques, organisationnels, réglementaires ou financiers qui traversent le secteur médico-social, ont été riches d'enseignements.

Ces différentes "portes d'entrées" sur la question de l'hygiène, nous rappellent que son appréhension par les acteurs médico-sociaux, reste marquée par le clivage historique entre secteurs sanitaire et médico-social. Ceci met à mal les logiques de mutualisation et de coopération indispensables à une cohérence des réponses aux besoins des personnes âgées, comme handicapées.

Ces différentes approches nous renseignent également sur la place médiane qu'occupe l'hygiène, entre le soin et l'accompagnement psychologique / social / éducatif. Elle vient nous signifier qu'au-delà de leurs légitimes spécificités, les professionnels issus de ces deux champs, partagent des objectifs de qualité de vie des résidents, de prévention des risques ou encore de respect de la dignité des personnes .

Ce positionnement singulier de l'hygiène représente une opportunité dont tous les acteurs pourraient se saisir afin de leur permettre de dépasser ces clivages et se rassembler autour de valeurs communes où le débat éthique prendrait alors toute sa place et jouerait un rôle majeur.

MOTS CLES : hygiène / enquête / EHPAD FAM MAS / médico-social