

Hygiène World *for the*

Cutting-edge expertise in hygiene and infection control

Numéro 2/Juillet 2014

ÉDITORIAL

Peut-on prendre l'amusement au sérieux ? Absolument ! Il y a un certain temps, sur le site thefuntheory.com, 2 500 euros ont été offerts en récompense à la meilleure idée permettant d'améliorer le comportement des gens de manière ludique. L'instigateur n'était pas un nerd, mais la société Volkswagen. Son motif ? Le lancement de la technologie BlueMotion en Suède.



On peut en effet avoir de nombreuses raisons de conduire une voiture écologique, mais s'amuser n'en fait pas forcément partie. Ou plutôt : cela n'en faisait pas partie jusqu'au début de la collaboration entre Volkswagen et l'agence de publicité DDB, qui s'est refusée à créer un slogan du style « Une idée sensée peut également être ludique ». Le concept, en revanche, a plu aux publicitaires : ce n'est pas la raison qui change le monde, mais le plaisir de découvrir de nouvelles idées ! Le directeur de l'agence a alors proposé à Volkswagen : « Let's not make advertising, let's test it ». La « Fun Theory » avait vu le jour. Les utilisateurs devaient prouver eux-mêmes sa véracité. Cette initiative date de 2010 et son impact sur les ventes de Volkswagen n'est pas établi, mais une chose est sûre : la « Fun Theory » a fait des vagues. Considérée comme l'une des meilleures campagnes virales, elle a beaucoup apporté à Volkswagen en termes de relations publiques. L'amusement contribue également de manière essentielle au bien-être

sur le lieu de travail. Lorsque les gens s'amuse en travaillant, ils sont performants, parfois plus que leurs supérieurs ne l'auraient cru. Toutefois, pour y parvenir, il faut prendre les collaborateurs au sérieux, comme l'a fait le Dr. Michael Gardam avec son équipe. Celui-ci n'a pas recouru à la « Fun Theory », mais développé une méthode tout aussi efficace : la « Front Line Ownership (FLO) ». En résumé : dans les hôpitaux, les instructions et directives de travail en matière de sécurité hygiénique ne manquent pas. Le problème est qu'elles ne sont généralement pas appliquées. Pourquoi ? Michael Gardam a constaté que l'hygiène des mains, notamment, fonctionnait mieux lorsqu'on ne l'imposait pas aux collaborateurs mais qu'on laissait ces derniers assumer librement la réalisation de l'objectif pris dans son ensemble. Le chef commande, les collaborateurs exécutent – en théorie, mais pas en pratique, comme l'ont démontré Michael Gardam et ses collègues dans cinq hôpitaux canadiens.

L'alternative : laisser les personnes que l'on veut influencer développer elles-mêmes le concept requis. Une compagnie d'assurance américaine a elle aussi constaté l'efficacité de ce principe. Elle collabore avec « IGNITE Consulting », le cabinet de conseil de Michael Gardam, qui appartient à l'université de Toronto (Canada). L'interview de Michael Gardam sur cette page montre à quel point cette collaboration s'est révélée fructueuse. Et je parie qu'ils se sont bien amusés !

Cordialement,
Markus Braun

Prise de décision « en première ligne »

En prévention des infections, le manque de conformité des collaborateurs, c'est-à-dire le respect insuffisant des directives, est l'un des plus grands obstacles à leur application. Le médecin-hygiéniste canadien Michael Gardam est convaincu que ce problème n'est pas dû à une mauvaise compréhension ou un manque de formation, mais plutôt à un manque de motivation. Il est également d'avis que le personnel soignant est beaucoup trop souvent submergé d'instructions qui ne lui semblent pas sensées dans son environnement de travail. Afin d'améliorer l'acceptation et la motivation du personnel soignant, le Dr. Gardam recourt fréquemment à la méthode du « Front Line Ownership » (appropriation par le personnel de première ligne) ou FLO. Nous nous sommes entretenus avec lui du FLO, d'approches pédagogiques alternatives en milieu hospitalier et des hiérarchies si caractéristiques des hôpitaux.



Avec son équipe, le Dr. Michael Gardam a découvert comment renforcer l'hygiène en stimulant l'engagement du personnel soignant au lieu de le démotiver.
Photo : source privée

Question :
Dans cinq hôpitaux canadiens, vos collègues et vous-même avez tenté de déterminer s'il ne serait pas plus sensé de permettre au personnel de première ligne – le personnel soignant – de dévelop-

per ses propres stratégies pour la sécurité des patients. Ce faisant, vous avez constaté que les collaborateurs s'approprièrent alors l'objectif général et identifiaient les points faibles avec précision avant de mettre au point leurs propres solutions. Le problème des infections nosocomiales est-il suffisamment préoccupant pour parvenir à la suppression des instructions descendantes ?

Michael Gardam :
C'est une bonne question. Nous avons opté pour cette approche pour la simple raison que la méthode descendante ne fonctionnait pas. Les infections nosocomiales jouent un rôle important, mais notre façon de procéder à cet égard n'avait apporté aucune amélioration significative dans la plupart des domaines.

Dictier sans cesse leur conduite aux collaborateurs au lieu de leur demander comment procéder a fini par les démotiver. Ils ne voyaient plus le rôle qu'ils jouaient en matière de sécurité. Au Canada, l'approche prédominante en contrôle des infections est de dicter aux gens ce qu'ils doivent faire. Et lorsqu'ils ne le font pas, on attri-

bue le non-respect des directives à un manque de formation. L'expérience nous a montré que les gens savaient ce qu'ils devaient faire, mais ne le faisaient pas.

L'encadrement par une équipe de direction reste néanmoins très important, mais au lieu de dire aux gens de qu'ils doivent faire, cette équipe devrait, d'une part, leur faire comprendre qu'ils doivent s'améliorer – notamment en fixant des objectifs et en surveillant leur mise en œuvre – et de l'autre les autoriser à atteindre ces objectifs par des moyens adaptés à leur domaine d'activité particulier.

Ce n'est donc pas l'objet des améliorations qui a changé, mais la manière d'y parvenir.

Question :
Les Européens abordent le sujet des changements comportementaux sous un autre angle. Andreas Voss, de l'hôpital universitaire de Nimègue (Pays-Bas), a déclaré dans une interview à notre journal que l'installation de caméras de surveillance dans les salles d'opération pour l'évaluation de la performance ne lui semblait pas une

Suite à la page 2

SOMMAIRE

- [1] **Front Line Ownership : car en fait, ils savent exactement ce qu'ils font (ou devraient faire).** Dans son interview, Michael Gardam explique pourquoi les instructions descendantes au sein de la hiérarchie stricte des hôpitaux ne fonctionnent pas vraiment, en particulier au niveau de l'hygiène et de la sécurité des patients
- [3] **La « Bedpan Queen » Gertie van Knippenberg-Gordebeke** a présenté les résultats de son enquête sur la manipulation des ustensiles de soins dans le cadre de la présentation par affiche de l'IFIC. Nous nous sommes entretenus de ces résultats avec l'experte néerlandaise.
- [4] **S'il pouvait faire trois vœux...**
... Jim Gauthier souhaiterait plus de standardisation de la part de son gouvernement provincial au Canada – du moins en ce qui concerne le système de santé. Découvrez en page 4 les autres préoccupations de cet expert en hygiène, également chargé de cours et conférencier.
- [4] **Mentions légales**

Questions et réponses

Question :
Qu'appelle-t-on « l'ère post-antibiotiques » ?

Réponse :
L'Organisation mondiale de la santé (OMS) vient de publier son premier rapport sur les résistances aux antibiotiques. Lors de sa présentation à Genève, Keiji Fukuda, sous-directeur général en charge de la sécurité sanitaire au sein de l'OMS, a mis en garde contre les conséquences de la résistance croissante des bactéries pathogènes aux antibiotiques : « Si nous n'agissons pas rapidement et avec discernement, le monde se dirige vers une ère post-antibiotiques, où des infections banales et des blessures bénignes, soignables pendant des décennies, pourraient redevenir mortelles ». Le développement de nouveaux antibiotiques prenant beaucoup de temps, l'OMS propose les mesures immédiates suivantes :

- Avant de prescrire un antibiotique, vérifier si celui-ci est vraiment indispensable. Préférer les principes actifs ciblés aux antibiotiques à large spectre.
- Prévenir les infections plutôt que les guérir.
- Développer d'urgence de nouvelles classes de substances actives.
- Examiner de manière critique l'utilisation des antibiotiques dans les élevages de bétail.

Suite de la page 1

Prise de décision « en première ligne »

mauvaise idée. Est-ce que deux mondes entrent ici en collision ou est-ce que ces deux approches ont leur raison d'être – la sanction comme la motivation intégrative ?

Michael Gardam :

Ces approches ont chacune leur raison d'être pour autant qu'elles fonctionnent dans leurs environnements respectifs. Le principal est de ne pas adopter une approche simplement parce qu'elle a fonctionné ailleurs. Le fait que la surveillance vidéo donne des résultats dans un établissement néerlandais particulier ne signifie pas forcément qu'elle en donnera ailleurs. Bien entendu, le contraire est vrai également. La société néerlandaise est très différente de celle d'autres pays. Chaque pays a ses spécificités et doit choisir ses méthodes en conséquence.

Pour autant que je sache, Andreas n'est pas chirurgien. En ce qui nous concerne, nous incluons l'équipe chirurgicale dans la décision et lui demanderions si elle est favorable à la surveillance vidéo. L'idéal serait que l'idée vienne d'eux. Je peux vous raconter d'innombrables anecdotes sur des concepts de ma création dont je voulais convaincre les autres. Ça n'a pas marché. En revanche, si ceux que j'essaie d'influencer développent le même concept de leur propre chef, soudain, ça marche – parce que c'est leur concept justement. Au final, cela signifie que la sur-



veillance vidéo doit changer et les laisse trouver elles-mêmes les solutions.

Question :

Ne pourrait-on pas dans ce cas s'inspirer de la pédagogie alterna-

ce qu'il doit faire. On peut être pratiquement certain qu'il ne le fera pas.

En revanche, quand on permet aux gens de participer au développement des stratégies d'optimisation, ils mettent au point une foule de concepts, puis les testent. Et lorsqu'une méthode ne fonctionne pas, ils l'abandonnent et en essaient une autre. Ce système est similaire à celui employé avec les enfants, lorsqu'on les laisse chercher les solutions par eux-mêmes plutôt que de les leur imposer.

Question :

Actuellement, on commence également à s'inspirer de l'aviation en recourant à des listes de contrôle pour renforcer la sécurité. Mais ne s'agit-il pas de deux choses fondamentalement différentes, le pilote étant à bord de l'avion alors que le médecin ne se trouve pas dans le lit d'hôpital ? Trouvez-vous sensé de suivre ce genre d'exemple ?

Michael Gardam :

Il y a un livre fantastique à ce sujet, intitulé « Beyond the Checklist: What Else Health Care Can Learn from Aviation Teamwork and Safety » (ce qui équivaut en français à « Au-delà de la liste de contrôle : tout ce que le secteur santé peut apprendre de l'aviation en matière de travail d'équipe et de sécurité »). Les auteurs démontrent dans cet ouvrage que le secteur de la santé a raté le chapitre le plus important de la révolution vécue

Le personnel en contact direct avec les patients est souvent plus compétent et plus créatif qu'on ne l'aurait cru lorsqu'il s'agit de renforcer la sécurité des patients. Le secret pour motiver les collaborateurs : leur donner le sentiment qu'ils sont à l'origine du concept – ils se chargeront alors automatiquement de sa réalisation. Photo : drubig-photo – fotolia.com

dans l'aviation, en l'occurrence le fait que le personnel navigant a dû apprendre à vraiment faire équipe en appliquant le système du « Crew Resource Management » (gestion des ressources de l'équipage). Il aura fallu 30 ans d'apprentissage mais aujourd'hui, les équipages des avions agissent vraiment en équipe.

En fait, j'ai posé la même question à l'un des auteurs, Suzanne Gordon. Elle a répondu qu'avant, les pilotes n'acceptaient pas les changements méthodologiques,

plus simple sans nous préoccuper des changements d'habitudes. Il est dans la nature humaine de chercher des solutions techniques, telles que les listes de contrôle ou les caméras dans les salles d'opération, plutôt que des solutions impliquant des changements de comportement ou d'habitudes, qui sont beaucoup plus difficiles à mettre en place.

Question :

Si vous donnez plus de responsabilité au personnel de première ligne, a-t-il besoin d'autres qualifications ? Quelles en seraient les conséquences ?

Michael Gardam :

Nous n'avons pas été confrontés à de tels cas de figure. Les collaborateurs ont assumé la responsabilité de procédures dans la limite de leurs attributions. Les compétences en contrôle des infections, et par conséquent la définition des objectifs, reste l'affaire du service de contrôle des infections. Le personnel « de première ligne » se charge uniquement de la réalisation des mesures.

Question :

Vous avez constaté que le savoir n'entraînait pas automatiquement un changement comportemental, raison pour laquelle le FLO fait appel à la « déviance positive » (positive deviance) et aux « structures libératrices » (liberating structures). Comment parvenez-vous à les implémenter compte tenu de la hiérarchie stricte des hôpitaux ?



Qu'il s'agisse de surveillance vidéo dans la salle d'opération pour améliorer l'hygiène des mains ou de toute autre mesure pour renforcer la sécurité des patients, Michael Gardam pense que chaque établissement doit trouver sa propre solution. Le principal est qu'elle fonctionne ! Photo : Wikimedia

veillance vidéo peut fonctionner chez Andreas en raison de la culture d'entreprise dans son établissement ou en raison des chirurgiens avec qui il travaille. Et avoir la possibilité de réaliser ce genre de contrôle me semble vraiment une bonne chose – mais on ne peut pas partir du principe que cela fonctionnerait aussi bien ailleurs. À mes yeux, mon rôle est de signaler les améliorations requises et de collaborer avec l'équipe de direction ainsi que d'autres personnes pour m'assurer que le sujet sera traité en priorité. Ensuite, je mets à contribution les personnes dont la manière d'agir

veille ? Le FLO en variante du concept de Maria Montessori « Aide-moi à le faire moi-même » ?

Michael Gardam :

Oui. Il semble vraiment souhaitable de laisser les personnes concernées développer des stratégies d'optimisation de manière autonome plutôt que de leur imposer des procédures spécifiques. D'expérience, je dirais que, dans le cas de problèmes complexes tels que les infections nosocomiales, on aurait plutôt tendance à ne pas suivre les consignes imposées. C'est un peu comme lorsqu'on dit à un adolescent

Il est dans la nature humaine de chercher avant tout des solutions techniques.

malgré tout ce que ce concept pouvait leur apporter en termes de sécurité, et que les subalternes n'informaient toujours pas les pilotes d'erreurs manifestes, par exemple même s'ils constataient que l'avion approchait d'une montagne et risquait de la frôler.

C'est pourquoi je pense que des comparaisons avec d'autres secteurs et groupes peuvent toujours s'avérer utiles, mais on ne peut pas se contenter de dire : « Ça a marché chez eux, alors ça marchera aussi chez nous ». Dans le cas des listes de contrôle, nous nous sommes appropriés la mesure la

Michael Gardam :

Les hiérarchies représentent un défi en ce sens que, dans l'idéal, les équipes dirigeantes doivent comprendre le travail de première ligne et accepter que leur rôle soit de soutenir le personnel dans la réalisation de ses objectifs plutôt que de lui dicter sa conduite. Les cadres supérieurs doivent être capables de s'effacer pour laisser d'autres tenir la barre. Cela vaut également pour les cadres moyens car ce sont eux, en fait, qui sont le plus à même de soutenir ou d'entraver ce processus.

Et en fin de compte, nous sommes parvenus à de bons résultats même là où le personnel de direction était plutôt hostile. Dans le nord de l'État de New York, nous n'avons

IGNITE Consulting, appartient maintenant à l'université mais ses activités de conseil ne se limitent pas aux hôpitaux universitaires dans lesquels vous travaillez, elles s'étendent également à des hôpitaux américains. Leurs services administratifs connaissent le coût des infections nosocomiales. Avez-vous déjà calculé les économies réalisées avec votre aide ?

Michael Gardam :

Oui, mais je n'ai pas ces données ici. Aux États-Unis, nous collaborons avec une compagnie d'assurances américaine qui dispose d'une excellente base de données concernant le coût de différents événements indésirables. La première année de notre collaboration, le nombre de chutes de patients a diminué



Selon le Dr. Michael Gardam, des collaborateurs convaincus de ce qu'ils font se soutiennent mutuellement de manière spontanée, avec un impact positif sur le climat de travail. Photo : Gerald Zörner

reçu qu'un soutien mitigé des équipes de direction et sommes néanmoins parvenus à des améliorations dans tous les domaines où nous sommes intervenus, notamment les chutes de patients, les escarres, la transmission des patients ou l'hygiène des mains.

Question :

La résilience (la capacité psychologique à surmonter l'adversité) joue un rôle essentiel dans le cadre de votre projet. Est-il possible de l'acquérir par apprentissage ? D'où vient la résilience d'un établissement et comment peut-on l'influencer ?

Michael Gardam :

La résilience est un effet secondaire de l'engagement. Elle survient chez les collaborateurs lorsqu'on leur permet de réaliser des changements eux-mêmes. Il y a une grande différence entre imposer à quelqu'un le respect d'un certain protocole pour résoudre un problème lié à la sécurité des patients et mettre à contribution un collaborateur motivé en le laissant trouver une solution qui lui semble sensée. Dans le second cas, les collaborateurs sont convaincus de ce qu'ils font et se soutiennent mutuellement de manière spontanée.

Question :

La société que vous avez fondée,

d'environ 15%. D'après la compagnie d'assurances, cela équivaut à une économie de 0,5 million de dollars. Dans le cas des infections urinaires associées aux cathéters, des infections vasculaires, des infections de plaies post-opératoires et des escarres, le recul est encore plus significatif. En principe, le coût de nos conseils est déjà largement amorti.

Ce genre d'évaluation est plus difficile au Canada, où les événements indésirables n'ont aucune influence sur les sommes remboursées aux hôpitaux. Au Canada, les hôpitaux reçoivent le même montant, qu'ils aient causé le dommage ou non. L'incitation financière n'y est donc pas aussi manifeste qu'aux États-Unis.

Le Dr. Michael Gardam

Michael Gardam (MSc, MD, CM, FRCPC) dirige le service de prévention des infections de l'Ontario Agence de protection et de promotion de la santé. Il est également directeur médical du contrôle des infections et du service de tuberculose du Réseau universitaire de la santé ainsi que professeur assistant à l'École de santé publique Dalla Lana de l'université de Toronto/Canada.

Le bassin est un facteur de risque auquel personne ne pense.

Dans le domaine de l'hygiène hospitalière et de la prévention des infections, Gertie van Knippenberg-Gordebeke est également connue sous le nom de « Queen of Bedpans » et ce, dans le monde entier ! Après avoir exercé la profession d'experte en hygiène, cette Néerlandaise originaire de Venlo dirige aujourd'hui sa propre société de conseil « KNIP Cosult » et est une oratrice très appréciée des conférences et congrès internationaux. Elle conçoit également des plans d'hygiène pour des hôpitaux sud-américains et réalise ses propres enquêtes afin de promouvoir sa cause : l'élimination sûre des excréments des patients et la manipulation correcte des ustensiles de soins.



À la dernière conférence de l'IFIC (International Federation of Infection Control) à Malte, Gertie van Knippenberg a présenté de nouveaux résultats d'enquête dans le cadre de la présentation par affiche. Il s'agissait de la poursuite de l'une de ses études sur l'utilisation des ustensiles de soins de par le monde et les résultats indiquent un manque d'information persistant.

Aujourd'hui encore, ce n'est pas la mise en pratique des formations et directives, mais les habitudes et rituels qui déterminent la pratique quotidienne. Dans son compte-rendu, Gertie van Knippenberg a été forcée de constater que beaucoup de ses collègues du domaine des soins ne savaient pas que la manipulation de bassins et urinaux présentait de nombreux risques.

Vous trouverez l'affiche de Gertie van Knippenberg en encart de ce numéro de « Hygiene for the World ». Nous avons interrogé l'experte sur le résultat de ses recherches et les expériences qu'elle a vécues :

Question :

Vous vous battez depuis longtemps contre la classification de Spaulding, où les ustensiles de soins sont considérés « non critiques ». Pourquoi est-ce si important ?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke :

Les bassins entrent en contact avec la peau des patients. Or, chez des patients âgés pouvant souffrir d'escarres et chez les patients présentant des plaies d'opération, la peau n'est pas intacte – et ce, dans la région qui entre en contact avec le bassin. La différence entre les bassins et d'autres dispositifs médicaux non critiques tels que les tensiomètres ne s'arrête pas là : le bassin est utilisé dans la zone périnéale, qui abrite un nombre exceptionnellement élevé de bactéries et, le cas échéant, de pathogènes multirésistants. Ces différents facteurs sont autant de raisons de classer les bassins dans la catégorie des dispositifs semi-critiques. En outre, la classification de Spaulding ne tient pas compte du fait que les bassins doivent

être vidés – une procédure qui ne s'applique pas aux autres dispositifs non critiques.

Question :

Si vos arguments ne sont pas entendus, quelle conséquence cela aurait-il ?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke :

Si les choses restent telles qu'elles sont, la situation présente de grands risques pour les patients, d'autant plus que le nettoyage manuel pourrait alors être considéré comme non problématique. Du moins la norme ISO 15883 est-elle un peu plus avancée, puisqu'elle prescrit de reconditionner les bassins mécaniquement – si possible.

Question :

Pourquoi n'existe-t-il aucune réglementation sur la gestion des ustensiles de soins au niveau mondial ?



Gertie van Knippenberg-Gordebeke plaide pour le classement des ustensiles de soins en tant que dispositifs médicaux semi-critiques. Le nettoyage mécanique (voir photo) serait alors incontournable. Photo : Meiko

Gertie van Knippenberg-Gordebeke :

Il faudra vraisemblablement attendre que la nécessité de reconditionner les bassins dans un appareil de nettoyage et de désinfection en cas d'infection au Clostridium difficile ou à d'autres agents pathogènes se soit « ébruitée » dans le monde entier. Il se peut aussi simplement que personne n'y pense. Vous savez, il a également fallu très longtemps pour que l'hygiène hospitalière et l'hygiène des mains connaissent l'importance qu'elles ont aujourd'hui. Mais les choses bougent. Le Canada et le Chili, par exemple,

ont imposé légalement l'usage d'appareils de nettoyage et de désinfection ou de macérateurs. En Hollande, nous avons des directives strictes pour les lave-bassins, particulièrement en ce qui concerne les épidémies causées par des agents pathogènes multirésistants. Mais le fait qu'il existe une foule de bassins différents ne facilite pas les choses...

Question :

Quelles sont les difficultés que cela entraîne ?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke :

Il existe notamment des bassins sans poignée, à bord concave, qui obligent le personnel de soins à mettre un doigt dans le bassin rempli. Ce qui soulève une autre question : quand faut-il changer de gants ? Après le contact avec le patient mais avant d'emporter le bassin ? Avant d'ouvrir l'appareil

de nettoyage et de désinfection ? Ou après...

Question :

Sur votre affiche, vous indiquez que 4 à 21% des infections nosocomiales sont dues à une utilisation incorrecte des ustensiles de soins. D'où tirez-vous ces chiffres ?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke :

Du sondage que j'ai mené en 2010. J'avais écrit à des collègues dans des hôpitaux du monde entier et leurs réponses m'ont permis d'établir ces chiffres alarmants.

« Un abandon progressif du traitement manuel des ustensiles de soins est à prévoir. »

Jim Gauthier mène une carrière de spécialiste de l'hygiène qui ne passe pas inaperçue ! Expert en contrôle des infections (Infection Control Practitioner) au Providence Care de Kingston, Ontario (Canada), il est également responsable de la formation continue, de la surveillance et de la gestion des épidémies. Depuis 2007, il est aussi chargé de cours à la Queen's University. Sur la scène internationale de l'hygiène hospitalière, Jim Gauthier n'est pas non plus un inconnu. Il est intervenu tout récemment lors de la dernière conférence de l'IFIC (International Federation of Infection Control) à Malte, avec un exposé sur le thème suivant : la trop faible attention accordée à l'élimination des excréments humains. Dans notre entretien avec Jim Gauthier, nous avons parlé de la place des spécialistes de l'hygiène au Canada, des directives en la matière et de ses vœux pour une hygiène hospitalière sûre.

Question :

Quelle est la situation au Canada ? Est-il difficile de trouver du personnel soignant qualifié ?

Jim Gauthier :

En général, ce n'est pas très difficile. Le Canada manque plutôt de médecins. Mais il y a une exception : les spécialistes de l'hygiène sont extrêmement rares. En principe, tout aide-soignant, infirmier et assistant médico-technique peut se présenter comme spécialiste de l'hygiène s'il occupe un poste de ce type. Dans la mesure où ils maîtrisent les bases et suivent des formations, ils sont considérés comme tels. Il existe une certification appelée CIC (Certified in Infection Control), reconnue dans toute Amérique du Nord, qui valide les connaissances de base dans le domaine du contrôle des infections.

Question :

Cette situation est-elle liée au fait qu'être spécialiste de l'hygiène n'apporte pas d'avantages réels dans le travail quotidien ?

Jim Gauthier :

Tout à fait. Les infirmiers ne sont pas mieux rémunérés s'ils effectuent des tâches d'infirmiers hygiénistes. Le seul avantage, ce sont les horaires de travail plus confortables : généralement en journée et non pas le week-end. Cependant, certains hygiénistes sont d'astreinte après leur travail.

Question :

L'exposé que vous avez présenté lors de la conférence IFIC à Malte (« VRE and CDI...soiling of the environment... time to stop ») était consacré à l'élimination des excréments des patients, qui sont régulièrement source de contamination dans le milieu médical. Le Canada a différentes solutions à ce problème : des macérateurs pour l'élimination des ustensiles de soins à usage unique ou bien des appareils de désinfection thermique pour les ustensiles réutilisables. Dans certains endroits, les ustensiles sont même nettoyés à la main. Pourquoi n'est-ce pas standardisé ?

Jim Gauthier :

Une standardisation serait certainement très pertinente, je ne peux

malheureusement pas vous dire pourquoi cela n'est pas fait depuis longtemps. Si l'on regarde de plus près comment l'Association canadienne de normalisation (CSA) évolue dans ses décisions, on peut en déduire un abandon progressif très probable du traitement manuel des ustensiles. Voici les normes pour les salles de soins :

« (o) Des tuyaux de projection ne doivent pas être utilisés pour rincer les pièces. Les équipements utilisés pour retirer les plus grosses salissures doivent générer une aérosolisation minimale de particules.

(r) Des équipements d'élimination des déchets des patients doivent être fournis (ex : macérateur, évier de clinique avec rebord de chasse d'eau). Si des vidoirs coniques sont utilisés, ils doivent être conçus de manière à éviter toute éclaboussure. Les éléments



Pour Jim Gauthier, ce n'est pas au personnel soignant de nettoyer. Ces tâches devraient être réservées aux équipes de nettoyage.
Photo : iStockphoto.com

de commande doivent être placés à un endroit évitant toute contamination du personnel.

(s) Un appareil de lavage et de désinfection doit être fourni conformément au processus fonctionnel. »



J'estime par ailleurs que les tâches de nettoyage ne font pas partie des compétences premières du personnel soignant.

Question :

Qui décide de la méthode de traitement à appliquer tant qu'il n'existe pas de directives de la CSA ?

Jim Gauthier :

Les provinces canadiennes ont chacune leurs méthodes, c'est bien là le problème.

Question :

En tant que spécialiste de l'hygiène, vous êtes régulièrement sollicité par les administrations locales, régionales ou nationales pour intervenir sur les questions de prévention et de contrôle des infections. Vous travaillez également avec les autorités provinciales et régionales pour la formation et la certification professionnelle. Est-ce là un signe que l'on accorde davantage d'importance au contrôle des infections ? Comment en êtes-vous arrivé à proposer vos services dans ce domaine ?

Jim Gauthier :

Il est difficile d'influencer la politique fédérale de la santé en restant spécialiste de l'hygiène sur le terrain. Je ne pense donc pas que quelque chose ait changé quant à l'importance accordée au contrôle des infections. En revanche, les mesures de prévention

et de contrôle des infections ont été revues par tous les niveaux de gouvernement après l'apparition du SRAS. J'exerce cette profession depuis 25 ans et j'anime des formations. Apparemment le bruit s'est répandu que je connais mon

métier. Et grâce à mon humour, les gens se souviennent de ce que je leur raconte...

Question :

Si vous pouviez formuler trois vœux concernant le secteur de la santé, quels seraient-ils ?

Jim Gauthier :

Je souhaiterais que le gouvernement de notre province normalise davantage. Il faudrait donner plus de poids aux recommandations exprimées par les sous-commissions des différents ministères. Compte tenu du vieillissement de la population, il est important de disposer d'un budget bien supérieur pour embaucher du personnel à temps plein. Et ce que je souhaite surtout, c'est que nous disposions de moyens suffisants pour renouveler notre infrastructure en partie très ancienne.

Question :

La résistance aux antibiotiques augmentant, nous sommes de moins en moins armés pour lutter contre les maladies infectieuses. Qu'est-ce que cela signifie pour vous, spécialiste de l'hygiène ?

Jim Gauthier :

Nous avons besoin de meilleures stratégies pour une utilisation raisonnée et responsable des antibiotiques (en anglais : antibiotic stewardship). De plus en plus d'organismes canadiens disposent de programmes spécifiques et de personnel spécialisé dans ce domaine, mais il faudrait des mesures mondiales. Actuellement, il y a un gouffre à combler !

Nous devons également réduire la quantité d'excréments de patients aboutissant dans l'environnement, car c'est là que se trouvent le plus souvent les agents pathogènes résistants. Enfin et surtout, pour la sécurité de chacun, l'hygiène des mains ne doit pas être négligée.

DATES À RETENIR

07-09/06/2014
Conférence de l'APIC, US-Anaheim

13/06/2014
Journée de l'hygiène Vorarlberg AT-Feldkirch

09-13/07/2014
Design & Health World Congress, CA-Toronto

10-11/07/2014
40e anniversaire du FKT, DE-Wurtzbourg

23-25/07/2014
ExpoHospital, CL-Santiago

23-25/07/2014
Panamericana Infection Control, EC-Guayaquil

30/07-02/08/2014
International Infection Control Conference, CN-Hong Kong

11-13/08/2014
Congrès AMEIN, MX-Mexico City

12-15/08/2014
Meditech, CO-Bogotá

11-12/09/2014
Congrès d'hygiène hospitalière pratique, DE-Hambourg

23-26/09/2014
PIR Expo, RU-Moscou

MENTIONS LÉGALES

MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG
Englerstrasse 3, 77652 Offenburg, Allemagne
Téléphone : +49 781 203 1204
Fax : +49 781 203 1356
E-mail : hygieneworld@meiko.de

Représenté par :
MEIKO Beteiligungs GmbH
Directeur : Dr.-Ing. Stefan Scheringer
Tribunal compétent :
79098 Freiburg i. Br., Allemagne
Numéro de registre de commerce :
HRB 471532

Inscription au registre :
Inscrit au registre de commerce.
Tribunal compétent :
79098 Freiburg i. Br., Allemagne
Numéro de registre de commerce :
HRA 470603

N° TVA intracommunautaire :
Numéro TVA intracommunautaire selon l'art. 27a de la loi allemande relative à la taxe sur le chiffre d'affaires : N° TVA : DE 142540206

Responsable du contenu (selon l'art. 55 (alinéa 2) du traité national allemand sur la radiodiffusion « RStV ») :

Editeur : MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG,
Englerstrasse 3, 77652 Offenburg, Allemagne

Rédaction : Doris Geiger

Directeur de publication : Regine Oehler
Conception graphique/Mise en page :
Mathias Klass, Klass-Design

Imprimeur : Dinner-Druck GmbH,
Schlehenweg 6, 77963 Schwanau, Allemagne