

Dans quelle mesure l'infirmière peut-elle adapter les bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie dans la prise en soin d'un patient à domicile ?

MaëliSS PETITJEAN

Travail de **RaisonnEment Scientifique** appliqué au **soin**

Promotion 2022-2025

Sous la direction de Sandra ROGER

Mai 2025



**PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE
DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier-e

Travail de fin d'études : TRAVAIL DE RAISONNEMENT CLINIQUE APPLIQUÉ AUX SOINS

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier-e est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel. Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 04/05/2025

Signature de l'étudiant :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, un grand merci à ma directrice de mémoire, Sandra ROGER pour m'avoir encadrée, orientée et conseillée tout au long de ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à toute l'équipe pédagogique du PFPS du CHU de Rennes pour la qualité de leur enseignement et les connaissances qu'ils m'ont transmises durant ces trois années d'études. Merci aux intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions.

Merci à tous les professionnels de santé rencontrés sur le terrain pour la richesse de nos échanges.

Un merci à mes camarades de classe et à mes amis pour leurs encouragements, nos échanges et pour tous les moments partagés.

Un merci spécial à mon amie Enora Le Douarin, étudiante infirmière, pour son soutien constant durant ces trois années de formation.

Enfin je tiens à remercier ma mère, Isabelle Delamarche pour m'avoir soutenue dans ce projet d'études.

Je suis profondément reconnaissante envers tous ceux qui m'ont accompagnée dans ce travail.

Sommaire

Remerciements.....	3
Sommaire.....	4
Liste des sigles et acronymes utilisés.....	5
Introduction.....	6
Méthode de recherche documentaire.....	11
Lecture critique approfondie de l'article sélectionné.....	14
Discussion.....	21
Conclusion.....	26
Bibliographie.....	27

Liste des sigles et acronymes utilisés

CSI : centre de soins infirmiers

DPC : développement professionnel continu

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPI : équipement de protection individuelle

HAS : haute autorité de santé

IAS : infection associée au soin

MeSH : Medical Subject Heading

OMS : organisation mondiale de la santé

RBP : recommandations de bonnes pratiques

SFHH : société française d'hygiène hospitalière

SHA : solution hydro alcoolique

Depuis de nombreuses années, nous constatons un vieillissement général de la population. De plus, nombre de chirurgies sont réalisées en ambulatoire. Ceci induit une augmentation des besoins en soins à domicile. Pour répondre à ces besoins croissants, l'ensemble des professionnels de santé interviennent au domicile du patient pour leur permettre de continuer à vivre chez eux dans les meilleures dispositions. Ils regroupent les infirmiers, les aides soignants, les podologues, les kinés et de nombreuses autres professions. Je vais ici concentrer mon travail de recherche sur le domaine des soins infirmiers à domicile.

J'ai rencontré les soins infirmiers à domicile au début de ma deuxième année d'école d'infirmière à l'occasion d'un stage de 9 semaines dans un cabinet libéral à Rennes.

Une infirmière libérale exerce son métier en autonomie en dehors d'un établissement de santé, seule ou à plusieurs. Elle prodigue des soins qui répondent à une prescription médicale. Dès le premier jour, nous sommes allées au domicile d'une patiente pour y réaliser ses soins. C'était une femme d'une quarantaine d'années, qui avait eu une chirurgie de réduction mammaire. La patiente présentait une intolérance au fils résorbables. La plaie était fibrineuse, de la taille d'une pièce d'un euro. Les infirmières libérales prenaient en charge cette plaie depuis déjà quelques semaines. Le protocole avait été validé par le chirurgien qui avait revu la patiente en consultation. Il était convenu d'un nettoyage de la plaie au sérum physiologique puis une mèche hydrofibre (aquacel) et un hydrocellulaire (mepilex).

Jusqu'ici j'avais réalisé mes stages dans des structures hospitalières ou dans un EHPAD. Dans ces lieux j'y ai appris le respect des précautions standard. L'HAS a défini les précautions standards comme étant :

l'ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine. Elles s'appliquent à tout professionnel, pour tout soin, en tout lieu et pour tout patient quel que soit son statut infectieux. Elles constituent les premières mesures barrières. Elles comprennent : l'hygiène des mains ; les équipements de protection individuelle ; l'hygiène respiratoire ; la gestion des excréta ; la prévention des accidents d'exposition au sang ; le bionettoyage. (HAS, 2022, p. 2)

Ces précautions ont pour but de prévenir la transmission d'infections. Elles sont au cœur de nos pratiques quotidiennes et garantissent la sécurité du patient et des soignants. Elles sont d'autant plus importantes à domicile que nous avons parfois peu de maîtrise sur

l'environnement du patient, son hygiène personnelle ainsi que celle de son lieu de vie. De plus, certains éléments peuvent s'y ajouter comme la présence d'animaux de compagnie ou de proches.

Ce premier jour de stage, j'ai été interpellée par les manquements aux mesures d'hygiène et d'asepsie pratiquées lors des soins à domicile. La friction des mains avec une solution hydroalcoolique n'était pas systématique, que ce soit avant ou après le soin. Toutes les infirmières ne portaient pas de gants lors de la réfection du pansement. Nous n'avions à disposition qu'un seul set à pansement durant toute la durée des soins, soit plusieurs semaines. La pince qui se trouvait dans ce set n'a jamais été changée, même après qu'elle ait été utilisée pour faire une détersion. Elle était nettoyée avec des compresses sèches puis utilisée les fois suivantes de la même manière.

L'asepsie est définie par le Larousse comme étant l' "absence de germes microbiens susceptibles de causer une infection" (Larousse, n.d.), regroupant ainsi l'antisepsie, la désinfection et la stérilisation. Dans le cas que j'ai pu observer, il s'agit d'une plaie aiguë qui nécessite une cicatrisation dirigée. Le maintien d'un milieu favorable à la cicatrisation est indispensable. Cela passe entre autres par une hygiène et une asepsie rigoureuses. Je me pose donc la question sur les normes d'hygiène et de bonnes pratiques à appliquer à ces soins. Y-a t-il à domicile des protocoles stricts à respecter ou des règles de bonnes pratiques à appliquer ?

Afin de prévenir les infections associées aux soins, la SFHH a mis en place un guide de recommandations des bonnes pratiques en hygiène à destination des professionnels de santé en soins de ville. Ce guide récapitule les principales mesures d'hygiène à respecter (hygiène des mains, port de gants, traitements des surfaces, éliminations des déchets..). Il reprend point par point chaque précaution et énumère les pratiques à adopter et dans quel cas (Baradelle et al., 2015).

Dans la suite de mon cursus j'ai réalisé des stages en chirurgie orthopédique, viscérale puis mammaire et cutanée. Chaque pansement était systématiquement réalisé de manière stérile, de sorte à n'apporter aucun germe extérieur à la plaie. La stérilité en post-opératoire immédiat permet de limiter le risque d'infections nosocomiales et contribue à un environnement favorable à la cicatrisation de la plaie.

Lors de mon stage en chirurgie au centre Eugène Marquis, j'ai assisté aux consultations en soins externes. Ces consultations sont réalisées en présence d'un chirurgien, d'un interne, d'un infirmier et du patient. Elles ont pour but d'assurer le suivi de la cicatrisation des plaies, et de répondre aux interrogations des patients. La majorité de ces rendez-vous concernaient des patientes présentant des retards de cicatrisation, qui revenaient souvent sur un même type de cicatrice. Je me suis demandée si ces problèmes pouvaient être dûs à une asepsie et/ou à une hygiène peu rigoureuse, aux pathologies associées des patientes (tabagisme, obésité, diabète..) , à leur mode de vie ou au type de cicatrice. Nous réalisons les pansements de manière stérile à l'hôpital mais dès le lendemain à domicile, ceux-ci ne seront pas toujours réalisés dans ces conditions.

L'hygiène hospitalière regroupe l'ensemble des pratiques, individuelles ou collectives, destinées à prévenir les maladies infectieuses. L'hygiène est une clé essentielle dans la prévention des infections car en tant que soignants, nous sommes vecteurs de transmission de germes. En effet, nous côtoyons de nombreux patients, issus d'environnements tous différents. Elle doit être au cœur de nos préoccupations lors de chaque soin. Les actes que nous pratiquons peuvent présenter des risques en cas de transmissions d'agents pathogènes. Cela peut entraîner des infections dites associées aux soins.

Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. On parle d'infection nosocomiale lorsque l'IAS a été contractée à l'hôpital. (HAS, 2022, p.2).

Particularité pour les IAS survenant à la suite d'une chirurgie "Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention." (Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et al., 2007, p. 3

Mais les soins à domicile ne respectant pas les mêmes normes rigoureuses d'hygiène et d'asepsie qu'à l'hôpital, je m'interroge alors sur les conséquences de ces pratiques sur la cicatrisation des plaies. Cela m'a mené vers une question de départ : Chez les patients ayant subi une chirurgie, en quoi les soins infirmiers à domicile peuvent-ils influencer la cicatrisation et le risque d'infections ?

J'ai constaté que peu d'articles de recherches scientifiques font un état des lieux de l'impact potentiel d'un non-respect des bonnes pratiques. Toutefois, une étude suédoise a exploré un grand nombre d'événements dits sensibles, survenus dans des prises en soin à domicile. L'article met en avant les événements indésirables survenus à domicile. Environ 700 dossiers ont été inclus dans cette étude. "Parmi tous ces événements : 393 étaient associés aux soins à domicile" (Nilsson et al., 2023, p. 4)

Les résultats de cette étude présentent également les types d'événements sensibles les plus récurrents ainsi que leur évitabilité.

Le type le plus fréquent était celui des chutes (n = 138 ; 27,9 %), dont moins de la moitié étaient évitables (n = 64 ; 46,4 %) et la majorité classées comme incidents sans dommage (n = 97 ; 70,3 %). Les 62 escarres (12,5 %), deuxième type le plus fréquent, ont toutes été classées comme événements indésirables, tout comme les 58 infections associées aux soins (11,7 %), troisième type le plus courant. Ces deux types ont été jugés évitables dans 83,9 % et 69,0 % des cas, respectivement. (Nilsson et al., 2023, p. 4)

Cette étude montre que des infections associées aux soins sont une réalité de la pratique à domicile. Cependant elle n'établit pas de lien de cause à effet. Je ne peux pas tirer de conclusion sur le lien entre l'application correcte des bonnes pratiques et les retards de cicatrisation ou le risque infectieux. Je n'ai pas trouvé d'étude qui le démontre.

Après réflexion et face au manque de ressources sur le sujet, je me suis rendue compte que le véritable intérêt n'est pas tant d'établir un lien mais d'en comprendre les raisons. J'ai observé ces manques d'hygiène de la part des infirmières libérales lors de mon stage. Mais y-a-t-il une seule ou plusieurs raisons à cela ? Peut-on expliquer ces écarts ?

J'ai pu observer que l'environnement du domicile est très éloigné de celui du monde hospitalier. L'infirmière doit s'adapter à chaque domicile, qu'il soit ou non un lieu favorable à prodiguer des soins. J'ai pris conscience que certains éléments dans la prise en soin à domicile ne sont pas favorables au respect strict des bonnes pratiques d'hygiène notamment. Je souhaite savoir si les recommandations hospitalières sont réellement applicables dans le milieu du soin à domicile ou si elles ne sont qu'un idéal éloigné de la réalité du terrain. J'ai pour objectif de mieux comprendre les pratiques exercées à domicile, les contraintes auxquelles se confrontent les infirmières et l'impact sur leurs soins.

Ces réflexions m'ont permis d'aboutir à une question de recherche : **Dans quelle mesure l'infirmière peut-elle adapter les bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie dans la prise en soin d'un patient à domicile ?**

Méthode de recherche documentaire

1. Méthode utilisée

1.1 PICO

Je vais maintenant vous exposer la méthode que j'ai utilisé dans mon travail de recherche. La première étape a été d'identifier les mots clés de ma question de recherche. Pour cela je me suis aidé de la méthode PICO. Qu'est ce que la méthode PICO et en quoi consiste-t-elle ?

C'est un outil utilisé en recherche scientifique notamment pour formuler une question de recherche claire et précise. Elle me permettra de trouver les mots clés les plus adaptés et précis afin de faciliter mes recherches d'articles scientifiques. PICO est un acronyme dont chaque lettre représente un élément de la question. P pour population, I pour intervention, C pour comparaison, et O pour outcome autrement dit résultat attendu.

Pour rappel ma question de recherche est la suivante : Dans quelle mesure l'infirmière peut-elle adapter les bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie dans la prise en soin d'un patient à domicile ?

La population (P) correspond aux patients pris en charge à domicile.

L'intervention (I) est l'application conforme des bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie.

La comparaison (C) est le parallèle avec les bonnes pratiques hospitalières.

Enfin, l'outcome (O) est la sécurité des soins.

1.2 Mots clés

Pour chaque élément, j'ai ensuite défini une liste de mots clés, de synonymes qui en découle. Je les ai déterminés en français puis j'ai fait le choix de les traduire en anglais pour élargir ma recherche d'articles et avoir accès à plus de données. J'ai également cherché à utiliser des termes MeSH (Medical subject headings). Les MeSH sont un répertoire de termes dans la recherche scientifique, ils permettent d'uniformiser la recherche en regroupant les différents termes employés. Pour cela je me suis aidée du site HeTOP qui répertorie et traduit mes mots clés en ces termes universels.

Je me suis d'abord concentrée sur la prise en soins à domicile. J'ai obtenu les termes suivants : home care services, home nursing, home care, home healthcare, nursing.

Les bonnes pratiques d'hygiène m'ont donné les termes hygiene, aseptis, guideline, hand hygiene, personal protective equipment.

La sécurité des soins quant à elle sous-entend dans ma question la prévention des infections. Je me suis donc penchée sur les termes qui suivent : infection control, infection prevention, cross infection, healthcare associated infections.

1.3 Equation de recherche

Pour rédiger mon équation de recherche j'ai utilisé les opérateurs booléens suivants : AND et OR, ainsi que des guillemets. Les guillemets permettent de prendre en compte les quelques mots en tant qu'expression et non chaque mot séparément. Les opérateurs booléens m'ont permis de combiner les mots clés. Le terme OR (ou) est utile pour élargir ma recherche en reliant plusieurs synonymes ou mots de la même famille. AND (et) quant à lui m'a permis d'affiner mon équation en croisant les différents termes.

La formulation de mon équation de recherche est la suivante : ("home care" OR "home nursing" OR "home healthcare" OR "home care services" OR nursing) AND (hygiene OR aseptis OR guideline OR "personal protective equipment") AND ("healthcare associated infections" OR "infection control" OR "infection prevention")

J'ai sollicité la base de données Pubmed. Elle permet de trouver un large choix d'articles fiables et pertinents dans le domaine de la santé.

2. Critères d'inclusions et d'exclusion :

L'équation de recherche seule m'a donné un trop grand nombre d'articles. Dans le but d'affiner ma recherche j'y ai donc ajouté des critères d'inclusions.

Tout d'abord, j'ai décidé de réduire mes recherches aux cinq dernières années. En effet, je souhaite avoir un article plutôt récent pour coller au mieux à la réalité de la profession libérale. Ensuite, j'ai ajouté la langue. Mon choix s'est porté sur l'anglais pour un meilleur niveau de preuve et un plus grand nombre de résultats. Enfin, en cherchant de nombreux articles sur mon sujet j'ai premièrement voulu un article montrant un haut niveau de preuves, synonyme de résultats fiables. J'ai commencé par me pencher vers des revues systématiques, des méta analyses, des essais contrôlés randomisés ou des revues de littérature. Mais les études proposées ne répondaient pas réellement à ma problématique. En élargissant mes recherches, j'ai trouvé que les articles qui se rapprochaient le mieux de

mon sujet étaient des études observationnelles. J'ai pris la décision d'orienter mes recherches sur ce type d'études. Cela a donc été un critère d'inclusion de mes articles.

3. Argumentation du choix de l'article

J'ai choisi l'article suivant intitulé : "Exploring infection prevention practices in home-based nursing care: A qualitative observational study" (Wendt et al., 2022), publié dans *International Journal of Nursing Studies* en 2022. C'est un article qui étudie les pratiques de prévention des infections dans les soins infirmiers à domicile et en identifie les freins et les leviers.

J'ai choisi cet article car il apporte des éléments de réponse à ma question de recherche. En effet, cet article se concentre sur les soins infirmiers à domicile et explore les pratiques de prévention des infections. Cela rentre dans le cadre de l'adaptation des bonnes pratiques puisqu'il y détermine les obstacles et les facteurs facilitants. Il propose également des pistes d'amélioration.

L'article que j'ai choisi a utilisé une méthode qualitative observationnelle qui met l'accent sur la compréhension. J'y reviendrai plus tard lors de la partie lecture critique.

Enfin, cet article publié en anglais ce qui renforce son niveau de preuve, vient d'une source fiable et reconnue. Il a en effet été publié dans la revue *International Journal of Nursing Studies* qui est une revue reconnue dans le domaine des soins infirmiers. Il est de plus répertorié dans la base de données Pubmed qui est une source scientifique fiable.

Pour finir, l'article est récent. Il a été publié en 2022 et reflète donc un état des lieux actuel des pratiques infirmières sur le terrain.

Lecture critique approfondie de l'article sélectionné

1. Identification de l'article

L'article s'intitule "Exploring infection prevention practices in home-based nursing care : A qualitative observational study" (Wendt et al., 2022). Il a été écrit par cinq auteurs issus du centre médical de l'université de Radboud aux Pays-Bas. Les auteurs de cet article sont donc qualifiés, cela apporte plus de pertinence et de crédibilité à leurs écrits.

1.1 Objectif de l'étude :

L'objectif principal de l'étude est d'analyser les pratiques de prévention des infections. Elle se concentre sur les soins infirmiers à domicile. Elle identifie les freins et les leviers à la mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie notamment.

1.2 Qualité du journal

Il est publié en 2022 dans l'International Journal of Nursing Studies, une revue scientifique internationale reconnue dans le domaine des soins infirmiers. Elle doit sa fiabilité à plusieurs éléments. Premièrement elle publie des articles relus par les pairs, ce qui est le cas de celui que j'ai choisi. Des experts du domaine de l'article, ici les soins infirmiers, examinent l'article avant sa publication. Cela a pour but de vérifier la qualité et la rigueur scientifique du travail réalisé, ils peuvent proposer des axes d'amélioration et valident ou non la publication de l'étude. De plus, le journal a un facteur d'impact de 7,5 en 2024. C'est un indicateur de l'influence de la revue car il se calcule selon le nombre de fois où il est cité dans d'autres articles. Un facteur d'impact de 7,5 montre une revue fiable et reconnue. Toutefois ce critère a des limites car entre autres il se base sur tout le journal et non sur mon article en particulier. Les auteurs n'ont pas déclaré de conflits d'intérêts.

L'article sélectionné respecte la structure IMRAD. Une introduction, des méthodes, des résultats et une discussion apparaissent distinctement.

2. Critique de la forme :

Le titre de l'article est clair, précis et explicite. Il permet de poser le contexte des soins à domicile d'emblée.

Le résumé suit la structure attendue (Introduction, Méthode, Résultats, Discussion) et permet une lecture facile et rapide de l'étude. Des mots clés apparaissent clairement afin de répertorier l'article dans les bases de données.

L'article cite des références bibliographiques récentes et pertinentes au regard du sujet abordé.

La problématique est clairement énoncée. Elle met en lumière les enjeux actuels de la prévention des infections dans les soins à domicile. L'objectif de l'étude est décrit explicitement en lien avec l'état actuel des connaissances.

3. Critique de l'introduction

L'introduction de l'étude recontextualise de manière pertinente le cadre des soins à domicile. Elle met l'accent sur le développement des soins à domicile provoqué par une population vieillissante et des maladies chroniques plus fréquentes. Le tout entraînant des prises en charges de plus en plus complexes. Elle montre aussi la difficulté d'évaluer les pratiques d'hygiène à domicile, tout en soulignant l'importance fondamentale de celle-ci dans la lutte contre les infections associées aux soins.

La question de recherche est posée et mise en lien avec les ressources scientifiques actuelles. Les objectifs annoncés sont clairs et précis.

4. Critique de la méthode

4.1 Le design de l'étude

La méthode utilisée dans cette étude est qualitative observationnelle. Ce type de recherche permet de comprendre des comportements. Elle repose sur l'interprétation des phénomènes fournis par les participants. Le caractère de l'étude est observationnel car il s'appuie sur l'observation des pratiques soignantes sur le terrain. L'étude s'est également appuyée sur des discussions de groupe et des entretiens. On peut y voir un biais d'observation, en effet sous le regard de quelqu'un d'extérieur, les soignants ont-ils eu leurs pratiques habituelles ? Leurs pratiques ont pu être modifiées afin de ne pas interpellier davantage.

C'est une étude multicentrique, elle a été réalisée dans plusieurs organisations de soins de santé en même temps. Cela permet un plus grand échantillon de participants mais aussi des données plus représentatives.

Ce choix de méthode est cohérent avec le type de problématique posé, il permet d'y apporter une réponse constructive.

L'approbation éthique n'a pas été requise mais les participants ont consenti librement, de manière éclairée et continue sur la base du volontariat. Ce mode de recrutement peut induire un biais de sélection. En effet, les participants volontaires étaient éventuellement plus sensibles aux questions d'hygiène que les autres.

4.2 Critique de la population

Plusieurs types de population ont été inclus dans l'étude. Premièrement des infirmières à domicile. Un premier groupe qui dispense des soins complexes et d'autres des soins quotidiens moins complexes. Des aidants professionnels ont également été inclus ainsi que des patients qui gèrent eux mêmes leur nutrition parentérale à domicile.

Un biais de sélection lié au volontariat a été identifié précédemment, il constitue une limite à l'interprétation des résultats.

4.2 Critique du recueil des informations

Les données ont été recueillies à l'aide d'observations directes, par un infirmier-chercheur formé à la méthode qualitative. L'observation a été réalisée en suivant une liste de pratiques standards de prévention des infections basée sur la littérature existante. L'observateur était libre d'y inclure les pratiques spontanées et les circonstances imprévues. Les observations ont été complétées par des notes de terrain, des entretiens avec des patients et trois groupes de discussion. Ces derniers avaient pour objectif d'identifier les facteurs influençant les pratiques de prévention des infections (barrières potentielles et facilitateurs).

La totalité de la collecte de données a duré 9 mois. La durée de collecte des données me semble adaptée au type d'étude menée. Cela garantit une richesse des données et ajoute de la fiabilité.

Comme mentionné précédemment, l'effet Hawthorne est possible vu la configuration du recueil des données. Les infirmières ont pu changer leur comportement en présence de l'observateur. C'est un biais potentiel à prendre en compte car il peut influencer la validité des observations.

4.3 Critique de l'analyse des données

Les méthodes d'analyse qualitatives sont appropriées : les données ont été codées, regroupées en thèmes et sous-thèmes.

L'interprétation repose sur une analyse thématique rigoureuse, bien que l'absence de validation par les participants (feedback) constitue une limite méthodologique.

5. Critique des résultats

5.1 Présentation des résultats :

A partir des données recueillies, quatre thèmes clés ont été identifiés : l'environnement de travail, l'hygiène des mains et les équipements de protections individuelles, les dispositifs de communication et enfin les politiques, procédures et soutien organisationnels.

Tous les résultats sont appuyés par des exemples/citations d'observations ou de discussions.

5.1.1 Environnement de travail

Concernant l'environnement de travail, l'état du logement est un élément clé. C'est une chose qui varie énormément d'un domicile à l'autre. Une infirmière peut passer d'un logement propre, désencombrée à une habitation insalubre, mal ventilée. Le maintien de l'asepsie est impacté par la qualité de ces derniers. Certains soins sont programmés en fin de tournée afin de limiter les risques d'infections croisée. L'absence d'espace pour poser son matériel ou les surfaces sales sont également mentionnés comme une contrainte à laquelle il faut s'adapter.

Second point concernant ce thème, la tenue vestimentaire des soignants. Les tenues varient d'un professionnel à l'autre. Cela va de tenues de ville quotidiennes à des hauts de tunique soignantes. Les vêtements de ville qui ne sont d'ailleurs pas nettoyés aux températures recommandées par risque de les endommager. Les sacs transportés entre chaque foyer sont aussi notifiés.

Le stockage du matériel est propre à chaque patient : boîtes, sacs, dans un meuble ou sur le sol. Une partie du matériel est parfois manquant ou dépend d'une personne extérieure pour l'approvisionnement.

L'élimination des objets coupants et tranchants est souvent respectée. Des collecteurs sont à disposition des infirmières. Parfois la limite de remplissage est dépassée. Le tri et l'élimination des déchets usagers est la plupart du temps respecté. Cependant quelques situations ont interpellé, comme la présence de déchets alimentaires ou lorsqu'un enfant a été en contact avec un dispositif médical usagé non évacué.

Enfin certaines pratiques interrogent autour de l'utilisation des gants pour la pose des bas de contention : gants réutilisés, non nettoyés, parfois laissés au domicile et friction des mains non adaptée.

5.1.2 Hygiène des mains et équipements de protection individuelle

La friction des mains à la solution hydroalcoolique et le lavage des mains à l'eau et au savon ont ensuite été observés. Les produits hydro alcooliques ou les éviers sont généralement à dispositions. L'hygiène des mains observée sur le terrain s'est révélée variable, incohérente et irrégulière. Les recommandations de l'OMS "5 moments pour l'hygiène des mains" ont été remises en question par certains soignants. Se demandant si ces recommandations étaient adaptées au contexte du domicile.

Les patients qui réalisaient eux-mêmes leurs soins étaient quant à eux plus observants sur l'hygiène des mains.

Les équipements de protections individuelles (EPI) ont été observés. Ils regroupent les gants, les masques, les tabliers, les surchaussures... Quand le matériel est présent ce qui n'est pas toujours le cas. Il en ressort une utilisation parfois inadaptée. Des produits à usage unique sont réutilisés d'autres "nettoyés" avec des désinfectants pour les mains au lieu d'être changés.

5.1.3 Dispositifs de communication

Les outils de communication sont omniprésents dans le métier d'infirmiers. Dans les contextes observés, ce sont des téléphones portables ou des tablettes qui étaient utilisés. Il s'en servent pour programmer les soins, accéder aux dossiers médicaux. Ils s'en servent parfois pendant les soins car ils se sentent obligés de répondre de peur de manquer une information importante. Cette utilisation favorise l'interruption de tâches et peut conduire à des oublis. Ces dispositifs sont rarement nettoyés, pourtant des lingettes désinfectantes sont à leur disposition dans la voiture. Les infirmières reprochent le fait de n'avoir aucune directive ou ressource vers lesquelles se diriger pour connaître les bonnes pratiques.

5.1.4 Politiques organisationnelles et soutien

Les patients qui reçoivent des soins à domicile sont issus d'établissements de santé différents. Les infirmières ont remarqué que les protocoles étaient différents entre chaque établissement hospitalier. Cela crée des confusions entre les pratiques divergentes de chacun. Ces confusions étaient parfois remarquées par les patients eux-mêmes.

Au sein des organisations observées, un référent “hygiène et prévention des infections” ou “qualité des soins” est mis en place au sein de l’équipe soignante. Ce sont des personnes ressources pour l’équipe et contribuent à l’élaboration de politique, à la diffusion de nouvelles informations et au maintien des connaissances.

Cependant, des limites à la mise en œuvre de ces bonnes pratiques ont été relevées par les participants. Le travail seul ne permet pas l’évaluation des pratiques en observant ses collègues ou en discutant par exemple. La charge élevée de travail et le non-paiement des heures consacrées à la formation continue ont été mis en avant comme un frein à la mise à jour des connaissances.

Enfin, le manque de transmissions de certains dossiers médicaux peut mettre à mal la sécurité des soins. C’est le cas par exemple d’un patient porteur d’un germe multi-résistant, dont les infirmières n’ont pas été informées lors de la prise en charge

5.2 Critique des résultats :

Les résultats de l’étude sont présentés de manière claire et pertinente. Les propos sont appuyés par des citations issues d’observations, de discussions de groupe et de notes de terrain. Cela apporte des éléments concrets et favorise la compréhension. Les différents thèmes sont clairement identifiés et cadre la présentation des résultats.

6. Critique de la discussion

La discussion est appropriée et en accord avec les résultats présentés. Elle ne les extrapole pas. Les résultats sont remis en contexte avec la littérature scientifique actuelle. L’analyse apporte une réponse à la question posée. Elle apporte les barrières ainsi que ce qui facilite l’application des pratiques de prévention des infections. Elle met également l’accent sur la nécessité d’adapter les protocoles mis en place au contexte du domicile.

Les limites de l’étude sont évoquées de manière juste, notamment les biais. Comme notifié plus tôt l’effet Hawthorne constitue un biais d’observation à prendre en compte, autant que le biais lié à la sélection de participants. Les auteurs supposent que les pratiques sur le terrain peuvent être encore moins bien respectées que celles observées lors de l’étude. Le manque de données quantitatives pour renforcer les résultats est aussi mentionné.

Dans cette partie, les auteurs soulignent également la question de l’évaluation des pratiques comme les audits afin d’évaluer la prévalence des infections et d’en prendre la mesure.

Des propositions de solutions pour limiter les barrières à la prévention des infections sont suggérées. Cela permet de rendre concret les résultats de l'étude.

7. Critique de la conclusion

La conclusion présente une synthèse claire et concise des résultats de l'étude. Elle lance des pistes de réflexion pour l'amélioration des pratiques. Elle propose d'adapter les lignes directrices dans le cadre des soins à domicile, renforcer la formation sur l'hygiène des mains et l'utilisation des EPI. Elle montre les applications cliniques directes que l'étude peut apporter.

Pour conclure, cette étude a été menée de manière rigoureuse en suivant une méthode bien définie. Malgré quelques limitations liées au type d'étude, il apporte une réponse concrète à une question importante des soins infirmiers à domicile en matière de prévention des infections. Il en tire également des propositions pour améliorer ces pratiques.

Les résultats amenés par cette étude font écho à ma propre question de recherche. Ils apportent des éléments de réponses sur les mesures dans lesquelles une infirmière peut adapter ses pratiques de prévention des infections dans le cadre du domicile.

Discussion

Cette étude a apporté un éclairage pertinent au regard de ma question de recherche. Les résultats montrent que les bonnes pratiques de prévention des infections sont étroitement liées au contexte dans lequel elles sont appliquées. Contrairement au milieu hospitalier, le domicile du patient est un espace privé auquel l'infirmière doit s'adapter. L'état des lieux, la propreté, ou encore la présence d'animaux ont un impact direct sur l'hygiène et l'asepsie. L'étude met aussi en avant l'adaptabilité organisationnelle de l'infirmière. Ainsi, le rôle de l'infirmière ne se limite pas à l'application de protocoles ou de recommandations mais implique une évaluation des risques, une prise de décision autonome, et parfois, une réorganisation de sa tournée pour limiter les risques de contamination croisée.

Les résultats de cette étude peuvent être perçus comme un point d'ancrage pour l'amélioration des pratiques. Ils montrent que la prévention des infections à domicile nécessite des ajustements structurels et humains. Des solutions sont évoquées comme adapter les recommandations existantes au contexte du domicile, former les professionnels sur les réalités du terrain, s'accorder sur des protocoles communs entre établissements.

1. Les limites structurelles du domicile

Ce travail a confirmé que certains facteurs propres au domicile sont immuables. Bien que l'environnement du domicile complexifie la prévention des infections, certains éléments relèvent de contraintes sur lesquelles les professionnels n'ont que peu ou pas de marge d'action. C'est le cas de l'environnement du patient. Cela comprend l'hygiène du patient, celle de son foyer (encombrement, ventilation, propreté..) ainsi que son mode de vie (animal de compagnie, proches..) Sur ce point nous n'avons pas le choix que de nous y adapter. En revanche, certaines pratiques peuvent être améliorées comme le lavage des mains.

Même si certains guides ont établi des recommandations, ils ne reflètent pas la réalité du terrain de l'exercice infirmier à domicile. Dans son guide de bonnes pratiques, la SFHH recommande par exemple le "Port d'un tablier plastique à usage unique pour les soins mouillants, souillants" (Baradelle et al., 2015, p 13). Cependant, l'étude montre que la mise à disposition de ce matériel est inégale, et que son usage reste conditionné par des contraintes logistiques ou économiques.

Malgré tout, cette étude identifie de nombreux autres facteurs contribuant à la prévention des infections sur lesquels il est possible d'agir comme l'hygiène des mains ou l'utilisation des EPI par exemple.

2. Impact des ressources matérielles et organisationnelles

Les infirmiers observés dans cette étude néerlandaise provenaient tous d'organisations de soins de santé. Lors de mon stage en cabinet libéral ce sont les infirmières elles-mêmes qui devaient se fournir en SHA, en boîte de gants etc. Tandis que lors d'un stage suivant, je me suis rendue dans un centre de soins infirmiers (CSI) dans lequel les infirmières étaient salariées. Dans cette structure, les gants, les masques et le SHA entre autres étaient fournis par la structure. Dans ce deuxième cas où les équipements étaient fournis j'ai observé beaucoup plus de respect du lavage de mains et du port des gants. Les infirmières respecteraient-elles plus les bonnes pratiques d'hygiène en ayant le matériel fourni ? Il serait intéressant de vérifier, via des études comparatives, si l'accès gratuit et systématique aux EPI favorise effectivement de meilleures pratiques.

3. Responsabilité individuelle dans le respect des pratiques

Selon moi, qu'il y ait ou non un lien entre la disponibilité du matériel et l'application plus rigoureuse de précautions standards, il en va de la responsabilité personnelle de chaque infirmière. Comme le précise le code de déontologie des infirmiers :

L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre son indépendance, la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge. (*Article R4312-32 - Code De La Santé Publique - Légifrance*, n.d.)

Ce même code appelle également les infirmières à faire preuve de respect des pratiques d'hygiène :

L'infirmier respecte et fait respecter les règles d'hygiène, dans sa personne, dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux professionnels. Il s'assure de la bonne gestion des déchets qui résultent de ses actes professionnels, selon les procédures réglementaires. (*Article R4312-37 - Code De La Santé Publique - Légifrance*, n.d.)

Ce code est un recueil de règles qui régit la profession infirmière. Ces articles confirment la

notion de responsabilité. Les soins doivent être exécutés de manière rigoureuse afin de garantir leur qualité. Pour cela, respecter les bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie est une part importante dans la prévention des infections. L'étude présentée montre justement des lacunes dans leurs applications.

4. Formation et mise à jour des compétences

La mise en place de référents hygiène ou qualité des soins est un grand atout. Je pense que cette idée pourrait être généralisée à chaque établissement ou chaque cabinet libéral comme c'est le cas en milieu hospitalier. Cela permettrait d'avoir une personne ressources à qui se référer en cas de questionnement. Je pense en revanche que diffuser de nouvelles informations par mail comme observé dans l'étude n'est pas optimal. La diffusion de nouveaux protocoles sur l'intranet est à mon avis peu efficace si l'on souhaite que chaque professionnel en soit informé. Au sein des petits établissements, il serait préférable de réunir tous les professionnels sur un temps donné pour partager et échanger sur les nouvelles pratiques à adopter. Cela contribuerait à l'harmonisation des pratiques au sein de l'équipe et au maintien des connaissances de chacun.

En matière d'actualisation des connaissances, les infirmières peuvent s'appuyer sur le dispositif de développement professionnel continu (DPC). Au-delà d'être une obligation, il est d'une grande importance. C'est la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a mis le DPC en place. Il apparaît depuis dans le code de la santé publique :

Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. (Article L4021-1 - Code De La Santé Publique - Légifrance, 2022)

Cette mesure permet de mettre à jour sa pratique en accord avec les dernières recommandations. Dans un guide méthodologique, l'HAS aborde l'actualisation des recommandations de bonnes pratiques.

Les recommandations de bonnes pratiques (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien

et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. (BLANCHARD-MUSSET et al., 2023, p. 2)

Selon l'HAS, ces recommandations ont une durée de vie moyenne de 3 à 5 ans. (BLANCHARD-MUSSET et al., 2023, p. 7). Elles sont très régulièrement mises à jour. Ces outils d'information sont mis à disposition des infirmières. Sont-ils suffisamment employés dans le domaine libéral ?

5. Réflexions critiques et ouvertures

Cette étude soulève également une question importante : les risques d'infections sont-ils réellement comparables entre l'hôpital et le domicile ? Si le milieu hospitalier présente des risques liés aux nombreux soins techniques, à la proximité des patients et aux multiples passages soignants, le domicile impose d'autres contraintes, notamment l'absence de supervision continue et la variabilité des environnements. Il ne s'agit pas d'opposer les deux milieux, mais d'accepter que la prévention des infections doit être pensée de façon contextualisée et réaliste.

La qualité et la sécurité des soins ne doivent pas être négligées dans la prise en charge à domicile. Pour cela, une piste d'amélioration concrète réside dans la mise en place d'audits de pratiques. Cela permettrait aux professionnels de bénéficier d'un retour sur leurs pratiques, de discuter de certains écarts, d'identifier collectivement des axes de progrès et de lutter contre l'isolement qu'impose les soins à domicile. Le fait de travailler seul peut être un frein et limiter la remise en question de ses pratiques. Lorsqu'on ne voit pas d'autres soignants exercer ou que l'on est pas observé, prendre du recul est difficile. Les étudiants qui viennent en stage dans ces milieux peuvent être une grande richesse car ils sont en cours de formation et au fait des dernières recommandations.

Ce travail de recherche m'a aidé à mieux comprendre les pratiques infirmières exercées à domicile. Les lacunes mises en avant par l'étude m'ont fait réfléchir, surtout sur les facteurs sur lesquels je peux agir. En effet, ce travail me tient particulièrement à cœur car il s'inscrit pleinement dans mon projet professionnel. J'y serai confrontée dès ma première prise de poste en centre de soins infirmiers à domicile cet été. Je suis convaincue que ce travail aura un impact positif sur ma pratique professionnelle. Il me permettra de me remettre en question professionnellement. Il m'a permis d'identifier les points sur lesquels je peux

directement avoir un impact. J'ai également pu réaliser qu'il ne suffit pas de connaître les recommandations en matière de prévention des infections. Encore faut-il pouvoir les appliquer dans le contexte imprévisible et peu favorable du domicile.

Conclusion

Pour conclure, cette recherche m'a permis d'identifier des facteurs sur lesquels agir en tant qu'infirmière pour prévenir les infections à domicile. Pour respecter les bonnes pratiques d'hygiène et d'asepsie, la mise à jour des connaissances est essentielle. De nombreux outils sont à notre disposition comme le dispositif de développement professionnel continu mais également les recommandations officielles comme celles de l'HAS. Par ailleurs, la curiosité professionnelle de l'infirmière semble être un moteur important pour améliorer continuellement nos pratiques. Un autre enjeu est celui de l'accès systématique à du matériel d'hygiène. En effet, la disponibilité du matériel adapté est indispensable à la mise en œuvre des bonnes pratiques. La littérature étudiée montre que certaines contraintes demeurent : les soins à domicile doivent s'adapter au contexte de vie du patient, levier difficilement maîtrisable par l'infirmière. C'est ainsi que l'enjeu des soins à domicile semble être l'équilibre complexe entre l'hygiène recommandée et l'adaptation aux moyens disponibles.

Bibliographie

Article L4021-1 - Code de la santé publique - Légifrance. (2022, 21 mars).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/2022-03-21

Article R4312-32 - Code de la santé publique - Légifrance. (s.d.).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913936

Article R4312-37 - Code de la santé publique - Légifrance. (2016, 28 novembre).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496680/2016-11-28

Baradelle, O., Debeaupuis, J., & Vallet, B. (Directeurs). (2015). *Bonnes pratiques essentielles en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soins de ville*.

In J. Fabry, V. Surville, H. Boulestreau, N. Sanlaville, S. Yvars, J.-R. Zahar, & P. Barthelot (Éds.), *Hygiènes*, XXIII(5).

https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2015/11/SF2H_recommandations_bonnes-pratiques-essentielles-en-hygiene-a-l-usage-des-professionnels-de-sante-en-soins-de-ville-2015.pdf

Blanchard-Musset, S., Haute Autorité de santé (HAS), Blondet, E., Lefevre, M., Pages, C., Pages, F., Benoliel, S., Dhenain, M., Nouyrigat, E., Pitard, A., Paindavoine, C., Chazalette, L., Pauchet-Traversat, A.-F., Depaigne-Loth, A., Petitprez, K., Zanetti, L., Trepied, V., Mussetta, B., Lafarge, J.-C., ... INESSS. (2023).

Actualisation des recommandations de bonne pratique et des parcours de soins.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/reco436_actualisation_des_recos_synthese_et_organisation_mel.pdf

HAS. (2022). *Certification des établissements de santé - Fiche thématique - Infections associées aux soins - Mise à jour mars 2022*.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_prevention_infection_soins_certification.pdf

Larousse, É. (s.d.). *Définitions : aseptie - Dictionnaire de français Larousse*.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/asepsie/5660>

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, & Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins. (2007).

Définition des infections associées aux soins Mai 2007.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf

Nilsson, L., Lindblad, M., Johansson, N., Säfström, L., Schildmeijer, K., Ekstedt, M., & Unbeck, M. (2023).

Exploring nursing-sensitive events in home healthcare: A national multicenter cohort study using a trigger tool. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104434.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104434>

Wendt, B., Waal, G. H., Bakker-Jacobs, A., Hautvast, J. L., & Huis, A. (2021).

Exploring infection prevention practices in home-based nursing care: A qualitative observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 104130.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104130>