

Hygiène des mains et bactéries multirésistantes en réanimation

À propos de l'expérience de deux services au CHU d'Angers

Dr M. Eveillard

Introduction

- Hygiène des mains (HM) souvent présentée comme la mesure la plus efficace pour la prévention des infections nosocomiales et la transmission des BMR.
- Importance particulière au CHU d'Angers :
 - Choix de ne pas appliquer les précautions complémentaires (PC) pour la prévention de la diffusion des BMR.
 - Rationnel : les précautions standard (PS) sont suffisantes si elles sont appliquées correctement.
 - Donc, absence de dépistage.

Objectif

- Décrire les caractéristiques de l'HM en réanimation et des pistes d'amélioration à partir d'études réalisées dans deux services de réanimation du CHU d'Angers :
 - Service de réanimation médicale : 3 unités de 8 lits (+ 8 lits de post-réanimation non inclus).
 - Service de réanimation chirurgicale A : 12 lits.
- **La démarche :**
 - Évaluer localement la relation HM et prévention de la transmission des SARM.
 - Comment améliorer l'observance ?
 - Signalisation des patients porteurs, facteur d'amélioration ?
 - Rôle du mésusage des gants ?
 - Exploration des aspects sociologiques des pratiques d'hygiène.

Méthodes

1. Comparaison de l'évolution de l'ICSHA et de la transmission croisée des SARM dans le service de réanimation médicale (2004 – 2007)

Méthodes (1)

- Transmission croisée exprimée par l'incidence des SARM **acquis et isolés de prélèvements cliniques** pour 1000 jours d'hospitalisation.
- Acquisition : si délai entre l'admission en réanimation et le premier prélèvement clinique positif > 48 h.
- ICSHA exprimé en pourcentage par rapport à la consommation théorique pour des services de réa.

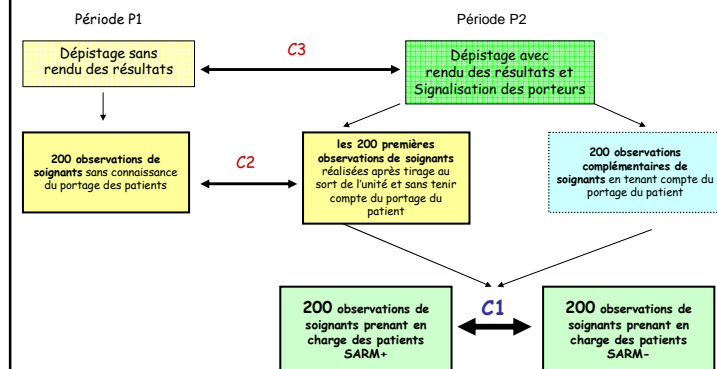
Méthodes

2. Évaluation de l'impact de la mise en place d'une politique de dépistage et de signalement des patients porteurs de SARM sur l'observance de l'HM et la transmission croisée des SARM dans les 2 services.

Méthodes (2)

- **Objectif principal** : comparer l'observance de l'HM en cas de contact avec des patients porteurs de SARM (SARM +) identifiés vs. avec des patients non porteurs de SARM (SARM-) (C1).
- **Objectifs secondaires** : évaluer l'impact du couple « dépistage - signalisation » sur :
 - L'observance de l'HM (C2)
 - L'intensité de la transmission des SARM (C3)

Principes des comparaisons C1, C2 et C3



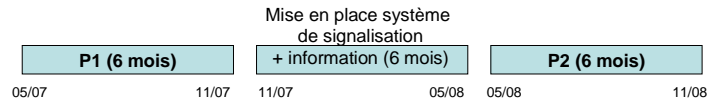
C1: comparaison de l'observance des soignants pour le critère de jugement principal
 C2: comparaison de l'observance des soignants pour l'évaluation de la politique de dépistage (critère secondaire)
 C3: comparaison des incidences entre P1 et P2 (taux de SARM acquis pour 1000 JH ou pour 1000 JH de patients porteurs à l'admission)

Méthodes (2)

- **Calcul du nombre de sujets nécessaires** (pour C1).
 - Hypothèse de départ : observance de base de l'HM : 45 à 50%.
 - Risque $\alpha = 0,05$
 - Risque $\beta = 0,20$
 - Hypothèse sur la différence d'observance : amélioration de 30%.

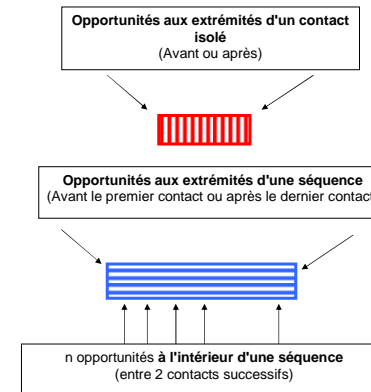
=> 200 observations dans chaque groupe.

- **Calendrier de l'étude :**



Méthodes (2)

Différenciation des opportunités d'HM en fonction de leur contexte



Méthodes

3. Évaluation des pratiques de port et de retrait des gants à usage unique non stériles dans les deux services.

Méthodes (3)

- Observation
 - du port de gants avant tout contact.
 - du retrait des gants après tout contact ayant occasionné le port de gants.
- Justification du port de gants :
 - Justifié en cas d'opportunité de contact avec des matières biologiques ou si peau des mains lésée.
 - Non justifié dans tous les autres cas.
- Recherche de facteurs indépendamment associés au retrait des gants par analyse univariée, puis analyse multivariée (régression logistique).

Méthodes (3)

- Données recueillies pour l'analyse :
 - Réanimation médicale ou chirurgicale
 - Catégorie professionnelle
 - Période d'observation (jour ou nuit)
 - Portage de SARM
 - Contact unique ou série de contacts successifs.
 - Port justifié des gants.
 - Hygiène des mains avant contact.

Méthodes

4. Pratiques d'hygiène en réanimation – analyse sociologique

Méthodes (4)

- En collaboration avec l'Institut de Psychologie et de Sociologie Appliquées de l'Université Catholique de l'Ouest (Angers).
- Financement par le C-CLIN Ouest.
- L'étude sociologique réalisée en 2007-2008 a compris deux parties distinctes mais complémentaires :
 - Une phase d'observations.
 - Une phase d'entretiens.

Méthodes (4)

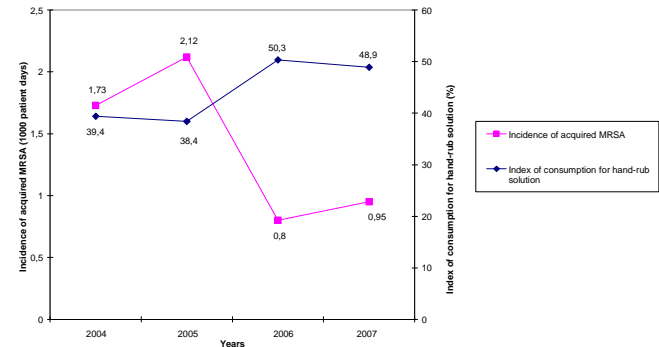
- Phase d'observation.
 - **Par qui ?** Étudiante en M1 « Sociologie appliquée au développement territorial », également IDE (secteur privé).
 - **Comment ?**
 - Observation des pratiques et comportements dans chaque unité (au moins 3 jours par unité).
 - Rôle de personnel supplétif en cas de besoin.
 - **Exemple de différentes dimensions observées.**
 - Organisation du travail
 - Conditions de travail
 - Division du travail
 - Interactions entre catégories et à l'intérieur d'une catégorie professionnelle.
 - Relations au patient.

Méthodes (4)

- Phase d'entretiens.
 - **Entretiens semi directifs** auprès de toutes les catégories de personnel.
 - Réalisés par étudiante M1 + enseignants chercheurs.
 - **Objectif** : étudier la composante individuelle des pratiques d'hygiène
 - En déterminant ce qui dans le travail est « importé » de
 - L'histoire individuelle
 - La socialisation reçue (éducation, études...).
 - Par l'abord des thématiques suivantes :
 - Formation
 - Socialisation
 - Rôle, fonction et représentation au sein du travail.
 - Pratiques d'hygiène au quotidien : sphères privée et professionnelle.

Résultats (1)

Evolution of the index of consumption of hand-rub solution (%) and the incidence of acquired MRSA (/1000 patient days)



Résultats (2)

- 663 contacts, soit 1326 opportunités d'HM (OHM) dont 1320 analysables.
 - 43% d'actions sans contact direct avec le patient.
 - 57% de contacts directs avec le patient, dont :
 - 29,9% de soins de KT ou injections.
 - 11,6% de soins respiratoires.
 - 7,1% de contacts avec la peau lésée.
- 88% des observations sur personnel paramédical.
- 14,4% des observations sur personnel de nuit.

Résultats (2)

Observance globale : 47,5% ... mais variable en fonction du moment...

Contact unique

Observance avant : 42,7% Observance après : 64,0%

Contacts multiples

Observance avant 53,3% ... Observance après 79,5%

Observance intra-série de contacts = 32,2%
46% des OHM étaient incluses dans des séries de contacts successifs

Résultats (2) (C1)

- Observance de l'HM si contact avec patient
SARM + : 42,5%
 - Signalisation bien visible dans 87% des cas.
 - Observance en fonction de la signalisation :
 - Bien visible : obs. = 41,7%
 - Peu visible ou absente : obs. = 48,2%
- Observance de l'HM si contact avec patient
SARM - : 43,1%
- De même, absence de différence si l'on ne considère que les opportunités après un contact unique ou une série de contacts successifs.

Résultats (2) (C2)

Comparaison de l'observance entre les deux périodes

- Avant : 41,2% | P1 : 200 contacts
 - Après : 48,3% |
- Différence NS
- Avant : 44,5% | P2 : 200 premiers contacts observés
 - Après : 52,6% |

Résultats (2) (C3)

Paramètres et indicateurs	P1	P2
Nombre de SARM acquis	2	6
Nombre de SARM importés	15	12
Nombre total de journées d'hospitalisation	2804	3006
Incidence des SARM acquis / 1000 jours d'hospitalisation (tous patients pris en compte)	0,7 [0,68 – 0,72]	2,0 [1,97 – 2,03]
Journées d'hospitalisation des patients ayant importé leur SARM	125	526
Incidence des SARM acquis / 1000 jours d'hospitalisation des patients ayant importé leur SARM	16,0 [14,0 – 18,0]	11,4 [7,4– 15,4]

Résultats (3)

- Port de gants : dans 48,9% des cas.
 - Justifié dans 63,2% des cas.
- Retrait immédiat après contact : dans 65% des cas.
- Identification de facteurs prédictifs de retrait des gants :

Variables	β	SE	Ods ratio ajustés	P
Intercept	-0.472	0.288	0.623	0.101
Contact unique	2.151	0.635	8.592	0.001
Réanimation médicale	0.742	0.282	2.100	0.009
Port justifié des gants	0.665	0.286	1.945	0.020
Hygiène des mains avant contact	0.171	0.311	1.186	0.583

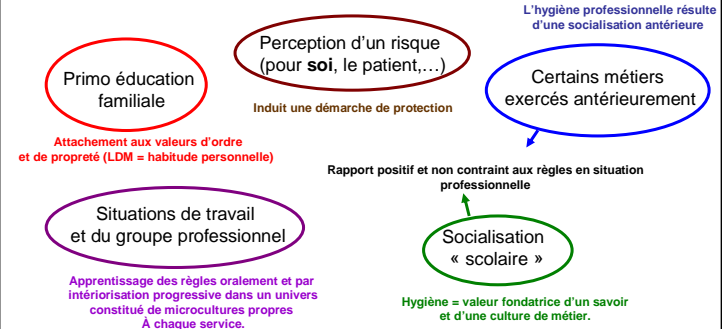
Absence d'association avec le portage de SARM, la catégorie professionnelle, la période de travail (jour ou nuit).

Résultats (4)

- **Étude de la dimension professionnelle.**
 - La fonction détermine les représentations et les pratiques en hygiène.
 - AS :
 - termes énoncés par chaque professionnel rencontré : « rigueur », « discipline », « ordre ».
 - Plutôt les dimensions relatives à la « propreté » de la chambre et du patient (permettre aux IDE et médecins de faire leur travail dans un environnement maîtrisé).
 - Expliquent le rejet de certaines pratiques (gants, masques) parfois par un ressenti d' « agressivité » pour le patient.
 - IDE :
 - Hygiène renvoie à la notion d'asepsie
 - Évocation immédiate du « lavage des mains » (?)
 - Freins au respect des règles d'hygiène liés au travail
 - Urgences : les PHA nécessitent un temps de « séchage » (?) : absence de friction.
 - Interruptions fréquentes du travail : non retrait des gants et masques car crainte d'oublier de les remettre si besoin.

Résultats (4)

- **Analyse anthropologique :** approche de l'hygiène comme notion, valeur, représentation.
Plusieurs socialisations participent à la construction d'un rapport particulier à l'hygiène



Résultats (4)

Influence des situations de travail et du groupe professionnel.

Construction progressive et collective d'habitudes de travail permet de faire face aux urgences et aux difficultés du travail.

Tout changement risque d'entraîner

→ Une perturbation d'un ordre local générateur d'efficacité et de « confort »

↓
 L'ébranlement d'un système de croyances fondé sur la légitimité reconnue de certains professionnels « leaders »

→ résistances au changement, même si reco. validées scientifiquement

Résultats (4)

Perception du risque : importance de valeurs subjectives

- Apparence du patient peut influencer le choix de porter des gants, un masque ou non.
- Absence de perception de risque peut déboucher sur une absence de suivi des règles d'hygiène

La notion subjective du risque peut aboutir à une démarche d'autoprotection qui peut contribuer à la prévention sans que cela ne soit le but premier recherché.

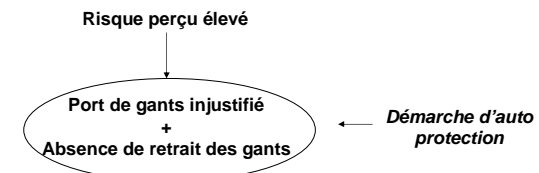
Ainsi, les pratiques d'hygiène hospitalière résultent également d'une tension entre allo protection et autoprotection.

Discussion

- Importance de l'HM dans la maîtrise de la diffusion des BMR.
- Absence d'impact de la signalisation sur l'observance de l'HM, même après un contact ou une série de contacts avec un patient.
- Cependant, influence de l'absence de culture PC / BMR dans ces services ? **BMR jamais évoquées dans l'analyse sociologique...**
- La faible observance de l'HM pour les opportunités intra-série peut s'expliquer en partie par une méconnaissance du personnel (entretiens lors de la restitution des résultats d'observance).

Discussion

- L'importance du rôle de la perception du risque souligné par l'analyse sociologique pourrait expliquer e partie :
 - La plus forte observance après une série de contacts successifs vs. après un contact unique.
 - L'association du port justifié des gants avec le retrait immédiat après contact



Discussion

- L'analyse sociologique a mis en évidence deux déterminants importants des pratiques d'hygiène :
 - L'influence des situations de travail et du groupe professionnel à l'échelle du service, en particulier en réanimation (protocoles particuliers).
 - La perception du risque et le rôle majeur des comportements autoprotecteurs.et sur lesquels il serait possible d'agir.
- Attente de l'analyse sociologique complète et de réunions avec les sociologues afin d'interpréter plus finement les résultats.