

Prévention des IAS : freins comportementaux.

S. Arzac (CDS Réanimations), A. Lepape (PH Réanimation).

Service de soins critiques, CHU Lyon Sud, 69495 Pierre-Bénite

sylvie.arsac@chu-lyon.fr, alain.lepape@chu-lyon.fr.

INTRODUCTION

La prévention des infections nosocomiales en réanimation a la réputation certainement injustifiée d'être complexe, alors que le travail des spécialistes de terrain a tout fait pour la rendre facilement réalisable (1).

LES TECHNIQUES

La description des techniques de prévention des IAS ne sera pas effectuée ici, le sujet étant la mise en perspective des difficultés rencontrées à partir d'un état des lieux de l'observance des précautions standard qui va reposer en particulier sur les pratiques d'hygiène des mains, le port des gants et les difficultés à faire respecter l'application de mesures barrières lors des précautions complémentaires. La prévention des IAS passe aussi par la mise en place et le respect de techniques spécifiques à la réanimation.

La plupart des études d'observation mettent en évidence une mauvaise observance du lavage des mains pour les personnels médicaux et non médicaux, dans tous les secteurs de soins, y compris les secteurs considérés à risque d'infections nosocomiales tels les services de réanimations (2).

- L'utilisation des solutions hydro-alcooliques, dont l'efficacité est démontrée constitue une réponse aux inconvénients du lavage des mains. Elle permet aussi une amélioration de l'observance en proposant une technique d'hygiène des mains simplifiée, rapide et à proximité du patient, tout en correspondant au contexte réel de l'activité et de la charge en soins.

- Le bon usage des gants est aussi un élément de la politique d'amélioration de l'hygiène des mains. Le port de gants sans changement entre les activités de soins est un facteur limitant

l'observance de l'hygiène des mains et une source de transmission de l'infection. Le risque de transmission croisée est plus important avec des gants que mains nues (3).

Les principaux éléments qui concourent à une mauvaise observance du lavage des mains et du port de gants sont : le manque de temps en raison d'une charge en soins élevée (surtout dans les services de réanimation), la mauvaise perception du risque infectieux manuporté lors des activités de soins, l'intolérance cutanée au lavage des mains, le port inadéquat des gants.

On constate que d'autres facteurs contribuent à une mauvaise observance de l'hygiène des mains (souvent inférieure à 30%) se retrouve dans les établissements où aucune stratégie de promotion n'est mise en place. L'efficacité de cette promotion réside dans l'application d'une stratégie multimodale (utiliser plusieurs moyens pour encourager l'observance des mesures de prévention), les stratégies unimodales étant régulièrement décrites comme inefficaces. De plus, les soignants ont tendance à surestimer systématiquement leur performance. Les connaissances des soignants des indications à l'hygiène des mains sont insuffisantes. En règle générale, les établissements n'accordent pas assez d'importance à l'hygiène des mains et les moyens accordés pour promouvoir les bonnes pratiques sont insuffisants. Les stratégies de promotion efficaces sont toujours associées à une réduction du taux d'infections à condition d'évaluer en continu l'incidence des infections liées aux soins, d'où l'intérêt de la surveillance des taux d'infection.

La mise en place de précautions complémentaires peut permettre l'arrêt des transmissions croisées. Cependant, si la priorité était donnée à l'application rigoureuse de précaution standard, l'on pourrait atteindre deux objectifs : obtenir une bonne observance de l'hygiène des mains et un bon usage des gants.

La prévention des IAS passe aussi par le respect des techniques spécifiques à la réanimation en identifiant les causes et les modes de transmissions et renforcer les mesures connues de prévention (par exemple la position semi-assise dans la prévention PAVM).

Il n'est pas toujours facile de faire respecter les recommandations malgré que tous les soignants sachent que la lutte contre les IAS est une priorité et que les procédures sont des références de soins. Cela ne suffit pas pour changer durablement les conduites et la représentation des professionnels.

PERCEPTION DU RISQUE D'INFECTIONS LIEES AUX SOINS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT (MEDICAL ET PARAMEDICAL)

La perception du risque infectieux est plus difficile que celle d'autres risques du fait de certaines caractéristiques spécifiques (4) :

- Le délai entre la défaillance des actions de prévention et ses conséquences (l'infection) est important en raison de l'incubation normale de tout phénomène infectieux : il se passe souvent plusieurs jours entre la contamination manuportée par exemple et l'apparition clinique de l'infection. De plus, pour les services qui effectuent une surveillance, en raison d'un taux incompressible, la surveillance chiffrée des infections ne montrera une augmentation qu'au moment du rendu des taux, ce qui peut prendre un certain temps chiffrable en mois.
- Il n'y a pas de réponse explicite positive lorsque la prévention des infections est correctement effectuée, à la différence par exemple de la plupart de résolution de problème en réanimation (par exemple, l'aspiration trachéale d'un malade encombré).
- La prise en charge d'un patient de réanimation est une procédure complexe : une étude faisait état de 178 interventions chez un patient de réanimation, allant de l'administration d'un médicament à l'aspiration trachéale. Un taux d'erreur chez les médecins et les infirmières de 1% a été noté, ce qui fait encore 1 à 2 erreurs par jour.
- le manque de temps est également un facteur limitant, lié en France à des ratios de personnel pas toujours adaptés à la charge de travail. Dans les situations d'urgence, les actes de prévention de l'infection acquise passent souvent en arrière plan du fait de l'absence déjà signalée de réponse positive immédiate.
- L'intégration dans un acte de soins n'est pas toujours explicite : il n'y a pas de signal que l'acte doit être effectué. Cet inconvénient est limité par un accès facilité au matériel utile (gants et autres matériels à la porte de la chambre en cas d'isolement).
- l'ergonomie est variable, parfois déficiente (évier, quand il y en a, mal placé dans la chambre).

LES DIFFERENTS FREINS COMPORTEMENTAUX.

L'urgence

L'urgence ressentie ou réelle est fréquemment une cause avancée de non respect des mesures de prévention qui augmentent bien sûr réellement la charge de travail, surtout en cas d'isolement.

La charge de travail

Pour le personnel, l'augmentation de la charge de travail est évidente bien que difficile à quantifier. L'étude classique de F Saulnier (5) quantifiait cette surcharge à 245 mn par patient et par jour en cas d'isolement.

Les connaissances

Très étudié dans le monde anglo-saxon, moins en France, il s'agit cependant d'un obstacle réel. La formation des personnels médicaux et paramédicaux est importante, en particulier la formation des IDE et ASD à leur entrée dans le service. Des recommandations récentes émises par les 2 sociétés comprenant des réanimateurs en France insistent sur cette formation/adaptation à l'emploi. La formation permanente a également sa place autant pour les médecins que pour les personnels paramédicaux.

Le vécu négatif des mesures de prévention : l'exemple de l'isolement

Les réanimateurs sont souvent conscients des effets négatifs de l'isolement, même si cette technique est considérée comme un mal nécessaire. Dans une revue générale de 2010 (6), une quinzaine d'études de qualité acceptable ont été identifiées. La plupart sont des études cas-témoins, le reste étant des études de cohortes et une seule étude un essai clinique comparatif.

Les effets secondaires négatifs relevés sont les suivants :

- un impact psychologique négatif, donc surtout chez des malades conscients. Mais heureusement la plupart des patients de réanimation ne restent pas sous sédation et c'est donc pendant la période de réhabilitation que l'impact psychologique peut se faire sentir.
- le temps passé par le personnel de soins a été souvent retrouvé diminué. Dans une étude, cette diminution est surtout le fait des seniors plus que des internes (7).
- une seule étude a recherché systématiquement les complications somatiques. Elle a montré une nette augmentation des complications telles que les chutes, les escarres et les troubles hydro-électrolytiques (8).

Le rôle de modèle chez les professionnels en contact avec des plus jeunes ou des professionnels en formation. Ceci est aussi bien valable chez les médecins que les paramédicaux, comme l'attestent plusieurs études réalisées ici encore en dehors de la France : si l'encadrement médical et paramédical ne croit pas en l'utilité des mesures de prévention, celles-ci sont nettement moins bien suivies.

COMMENT AMELIORER LA SITUATION

L'amélioration de l'observance passe par un changement de comportement des soignants. Pour réussir à modifier un comportement, il est nécessaire d'appliquer des stratégies multimodales, facilitatrices de changement (2).

- Le soutien institutionnel est indispensable pour développer un climat de sécurité dans la prévention des IAS.
- Afin d'obtenir de bons résultats, le personnel doit disposer de matériel suffisant et accessible sur tous les lieux de soins.
- La mise en œuvre d'intervention éducative (rappel sur l'indication de l'hygiène des mains, port de gants, l'application des précautions complémentaires, les modes de transmissions des micro-organismes), d'informations et de formations des soignants permet une amélioration de l'observance mais celle-ci est généralement de faible et courte durée, d'où la nécessité de prévoir un programme annuel.
- L'évaluation et la restitution de la performance des pratiques auprès des soignants, telle qu'elle est mesurée par des audits répétés est une étape incontournable. De même, il est souhaitable de développer une culture de l'observance chez les soignants.
- Des rappels incitatifs dans les unités de soins par les cadres de santé, en partenariat avec les correspondants en hygiène et l'équipe d'hygiène permettent d'être à l'écoute et au contact des soignants.
- La mesure de l'impact des stratégies développées demeure un défi important, mais toutes les études réalisées ont montré une relation entre observance et fréquence des infections.

CONCLUSION

Les freins comportementaux à la bonne observance des mesures de prévention sont nombreux. Une bonne compréhension du risque est indispensable, donc la formation est essentielle, mais insuffisante. En matière de prévention, le risque « zéro » est difficile à imaginer, on doit par contre pouvoir encore diminuer la fréquence des IAS. Les services de réanimation ont à jouer un rôle essentiel dans la diffusion de la culture du risque au sein du monde hospitalier.

REFERENCES

1. Girou E. Simplification des mesures d'hygiène dans la prévention des infections nosocomiales. *Réanimation*. 2006; 15 193-7.
2. Pittet D. [Hand hygiene: revolution and globalization]. *Rev Med Suisse*. 2009;5:716-8, 20-1.
3. Lingaas E, Fagernes M. Development of a method to measure bacterial transfer from hands. *J Hosp Infect*. 2009;72:43-9.
4. Anderson J, Gosbee LL, Bessesen M, Williams L. Using human factors engineering to improve the effectiveness of infection prevention and control. *Crit Care Med*. United States; 2010. p. S269-81.
5. Saulnier FF, Hubert H, Onimus TM, Beague S, Nseir S, Grandbastien B, et al. Assessing excess nurse work load generated by multiresistant nosocomial bacteria in intensive care. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2001;22:273-8.
6. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2010;76:97-102.
7. Saint S, Higgins LA, Nallamotheu BK, Chenoweth C. Do physicians examine patients in contact isolation less frequently? A brief report. *Am J Infect Control*. 2003;31:354-6.
8. Stelfox HT, Bates DW, Redelmeier DA. Safety of patients isolated for infection control. *JAMA*. 2003;290:1899-905.