

Place des Produits Hydro Alcooliques dans les soins de ville

Dr David Narbey, Praticien Hospitalier en Hygiène Hospitalière

Contexte de l'étude

- Mains : rôle majeur dans la transmission croisée
→ **rôle primordial de l'hygiène des mains (HdM)**
- Observance de l'HdM à l'hôpital <70 % , souvent < 50 %
- 5,1 % des patients contractent une IN, stable depuis 2006 <-> 750 000 infections/an → 4 200 décès en France
- Centre de contrôle des maladies Etats Unis = HdM mesure dont l'efficacité est la mieux prouvée pour la prévention des IN
- Depuis 2001, FHA privilégiée pour l'hygiène des mains
- Actions menées dans les ES pour favoriser l'observance de l'HdM
- PROPIAS dans les 3 secteurs de l'offre de soins : ES, EMS, **Ville**

Contexte de l'étude

- Il nous est apparu important de s'attarder sur ce dernier volet
- **Constat** que les cabinets libéraux infirmiers ne disposent pas toujours de PHA et souvent recours au lavage des mains au savon
 - **Médecins et IDE en ville exercent seuls ou au sein d'un cabinet**
 - *Quel accès à la formation continue en hygiène?*
 - *Dynamique de ces petits groupes en terme d'amélioration des pratiques en hygiène*
 - *Accès aux nouvelles recommandations ?*
 - *Connaissances et pratiques pour réaliser l'HdM?*

Recommandations ...

- **1992** Lavage des mains = reco n°54 des 100 recos du CTIN
- **1998** PS : lavage ou désinfection des mains
- **2001** CTIN recommande les SHA → reprise par SF2H et OMS 2002
- **2009** HdM au cours des Soins : + importante des mesures
- **2009** Mise à jour des PS par SF2H, réaffirme indications de HdM
- **2007** Bonnes Pratiques, HAS, cabinet médical et paramédical
- **PROPIAS 2015**
 - Axe 1: Développer la PRIAS tout au long du parcours de santé
 - Axe 2: Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins
 - Axe 3: Réduire les RI associés aux actes invasifs tout au long du parcours
- **2015** Recos des Bonnes pratiques essentielles en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soins de ville SF2H

HdM et soins de ville

- **Risque infectieux est moindre qu'à l'hôpital mais présent**
- Patients + vulnérables + exposés au risque infectieux
 - Durée moy de séjour ES diminue, ambulatoire augmente, espérance de vie, soins + en + invasifs en ville
- **Très peu d'études sur les IAS en ville**
- 70 % des profs considèrent le RI lié aux soins de ville peu important ou nul, 55 % savent qu'il existe des réfs d'hygiène adaptés à la ville mais non facilement disponibles, 75 % jugent nécessaire la rédac de recos (DGOS 2013)
- Professionnels amenés à prendre des patients :
 - à *risque faible* : surv thérapeutique, soins de nursing ...
 - à *risque moyen*: plaies chirurgicales, chroniques....
 - à *risque élevé de contamination*: déficits immunitaires, DM invasifs
 - *porteurs de germes pathogènes, de BMR, de BHRe ...*

Quelques études chez les médecins

- **Étude CHU d'Amiens (2010)**

- 72 % des généralistes réalisent une HdM au cabinet et 49 % lors de visites
- 57 % utilisent des serviettes en coton ou tissu enrouleur pour s'essuyer

- **Audit Hygiène au cabinet (Association Confédérale pour la Formation Médicale, 2016)**

- 48 % des généralistes font une FHA à l'arrivée et au départ du cabinet
- 68 % réalisent une FHA entre chaque patient,
- 42 % réalisent une FHA avant et après le port de gants

Quelques études chez les IDE

- **Étude auprès des IDE libéraux (CHU Strasbourg, 2008):**
 - 96 % connaissent les PHA (42% labo, 35% formation continue)
 - 81 % font FHA vs lavage simple, 8 % font FHA sur mains visiblement sales, 20 % sur mains souillées par du sang ou liq biologiques, 38 % sur mains poudrées, 24 % sur mains humides, 43 % ignorent leur inefficacité sur les spores du C difficile et 49 % sur S scabei
- **Enquête Pratiques d'IDE libéraux de Seine-et-Marne (ARS, 2012)**
 - 45 % se lavent les mains avant chaque visite
 - 82 % utilisent uniquement du PHA, 77 % veillent à ce qu'il soit virucide
 - 52 % ont des ongles courts et sans vernis/faux ongles, 37 % aucun bijou
 - 3,4 % satisfont à l'ensemble des recos bonne hygiène des mains

La dynamique de groupes restreints

- **Les infirmières exercent le plus souvent à plusieurs**
 - 1 IDE sur 8 exerce seule, 36 % à 2 et ~50 % sont au moins 3 (2011)
 - ~ 2000 créations/an d'activité en libéral pour les infirmiers, ces nouveaux venus s'installent en association dans des cabinets
 - Travailler à plusieurs permet de répondre à un plus grand nombre de demandes tout en limitant les frais et les contraintes administratives
- **Les médecins travaillent de plus en plus souvent en groupe**
 - 67 % des médecins généralistes sont installés en groupe, 88 % chez les moins de 45 ans (2011).
 - L'exercice en groupe permet : la mise en commun de moyens, la diminution du coût de fonctionnement, la possibilité d'acquérir et partager des équipements performants, améliorer la qualité de vie du professionnel, garantir la continuité des soins

La dynamique de groupes restreints

- **Enquête sur la formation des IDE libérales (2011)**
 - Même activité de formation continue et mêmes besoins exprimés en formation qu'ils exercent seul ou à 2 vs un cabinet de plus de 2
 - Travail en groupe permet favoriser une meilleure dynamique de formation et d'information ?
- **Enquête médecins généralistes (IRDES, 2009)**
 - IRDES, 2009 : médecins travaillant en groupe suivraient davantage de formation et réaliseraient davantage d'EPP
 - Étude, 2011 Pays de Loire : pas de différence de nombre de jours de formations continues en fonction du mode d'exercice

Question de recherche et hypothèses

Objectif : évaluer si l'exercice professionnel en cabinet de groupe a un impact bénéfique sur les connaissances et l'utilisation des PHA par les médecins et infirmiers exerçant en ville

3 hypothèses

- *Médecins/IDE en ville utilisent et connaissent peu les PHA.*
- *L'accès à la formation continue est un élément permettant d'améliorer l'utilisation des PHA*
- *Le travail en groupe peut avoir une influence sur l'utilisation des PHA*

Etude: Enquête empirique

Choix de la population et de l'outil de l'enquête

- Choix de cibler médecins généralistes et IDE
- Comment contacter/réaliser une enquête auprès des libéraux ?
- Pas de base de données disponible
- Selon l'ARS, en 2014:
 - *9003 IDE libéraux en RA ce qui représente 15 % des IDE de RA*
 - *Moyenne d'âge = 45 ans pour IDE libéraux vs 43 ans pour l'ensemble de la profession et 20 % ont plus de 55ans*
- Selon le Conseil national des médecins, 2013
 - *6018 médecins généralistes libéraux en RA*
 - *Âge moyen = 52 ans, 14 % moins de 40 ans et 25 % plus de 60 ans*

Etude: Enquête empirique

- Enquête par questionnaire anonyme du 1er au 30 avril 2016
- Saisi en ligne (WEPI) et de manière volontaire
- Même questionnaire pour médecins généralistes et IDE
 - Caract : profession, sexe, âge, ancienneté diplôme, taille cabinet, lieu
 - Pratiques de l'HdM, connaissances des PHA, freins,
 - Formation sur l'HdM et besoin de formation
- Test : 1 médecin et 2 IDE en ville + info Ordres et URPS
- Le lien pour accéder au questionnaire :
 - page Facebook de l'ARLIN Rhône Alpes
 - URPS IDE de Rhône Alpes
 - Conseils de l'Ordre départementaux des médecins
 - Conseil Régional de l'Ordre IDE de Rhône Alpes via une newsletter spéciale

Etude: Méthode

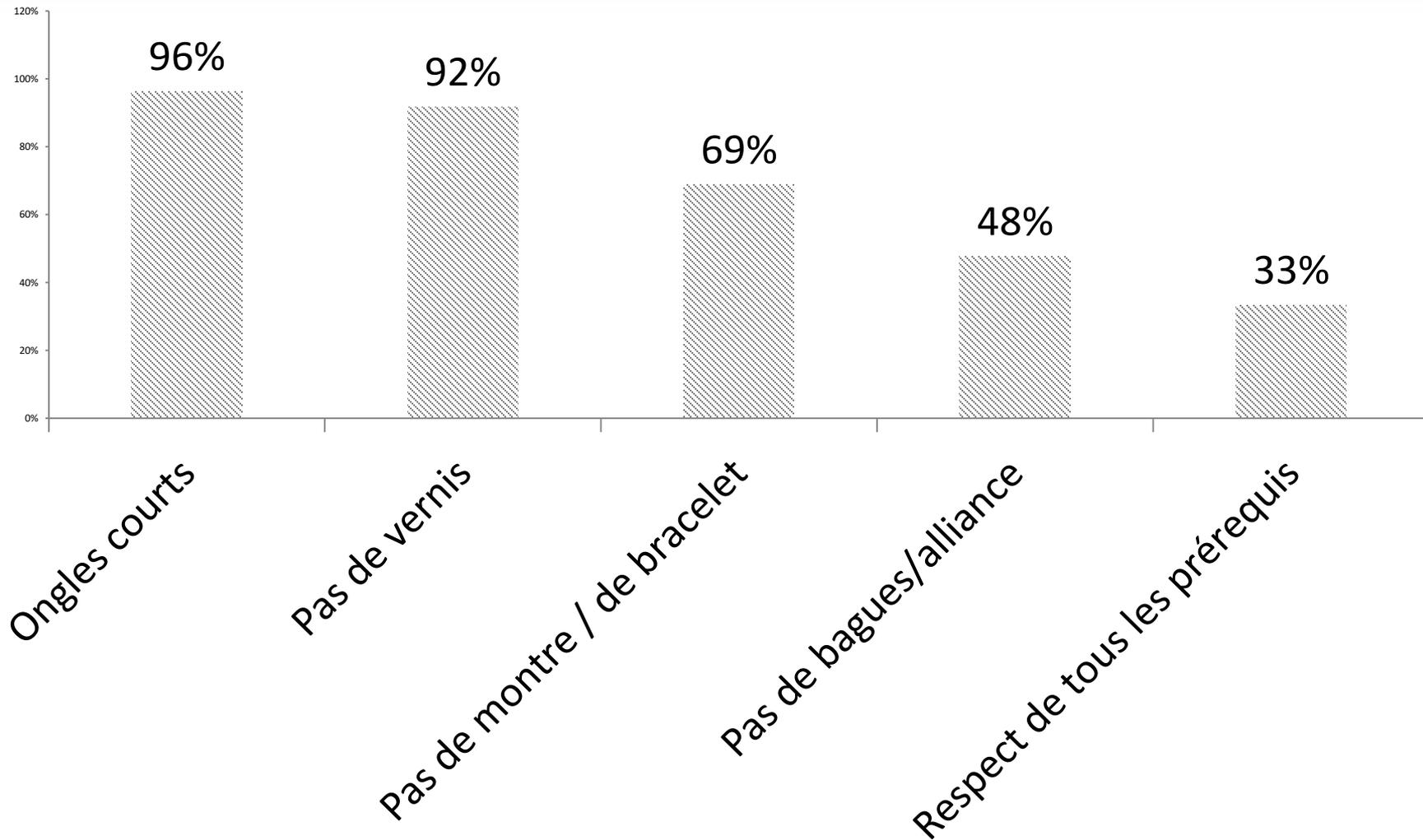
- Cohorte : IDE et médecins en ville en RA
- Étude descriptive : variables qualitatives testées par test du Khi-2
- Étude étiologique : Analyse univariée
 - régression logistique pour identifier facteurs favorisant l'utilisation de PHA
- Étude étiologique : Analyse multivariée
 - 2 catégories de variables incluses dans le modèle: $p \leq 0,05$ et $p \leq 0,20$
 - 6 variables modèle initial : PROFESSION, SEXE, ANCIENNETE DU DIPLOME, SECTEUR D'EXERCICE, TAILLE DU CABINET, DEPARTEMENT D'EXERCICE
 - Méthode de régression logistique automatisée avec la méthode STEPWISE
- Résultats présentés sous forme d'OR Brut et ajustés + IC à 95 %
- $p < 0,05$ considérée comme statistiquement significative

Résultats Analyse descriptive

677 questionnaires enregistrés

- 88 % (n=596) d'IDE
- 12 % (n=81) des médecins
- 82 % (n=555) de femmes
- Ancienneté diplôme
 - 7 % (n=50) moins de 5 ans de diplôme
 - 15% (n=103) 5 à 10 ans de diplôme
 - 78 % plus de 10 ans de diplôme
- Exercice en milieu rural (48 %) que urbain (52 %) ($p > 0,05$)
- Taille du cabinet
 - 39 % (n=263) exercent seul ou à deux
 - 61 % (n=414) exercent dans un cabinet composé de plus de 3 personnes

Résultats Analyse descriptive

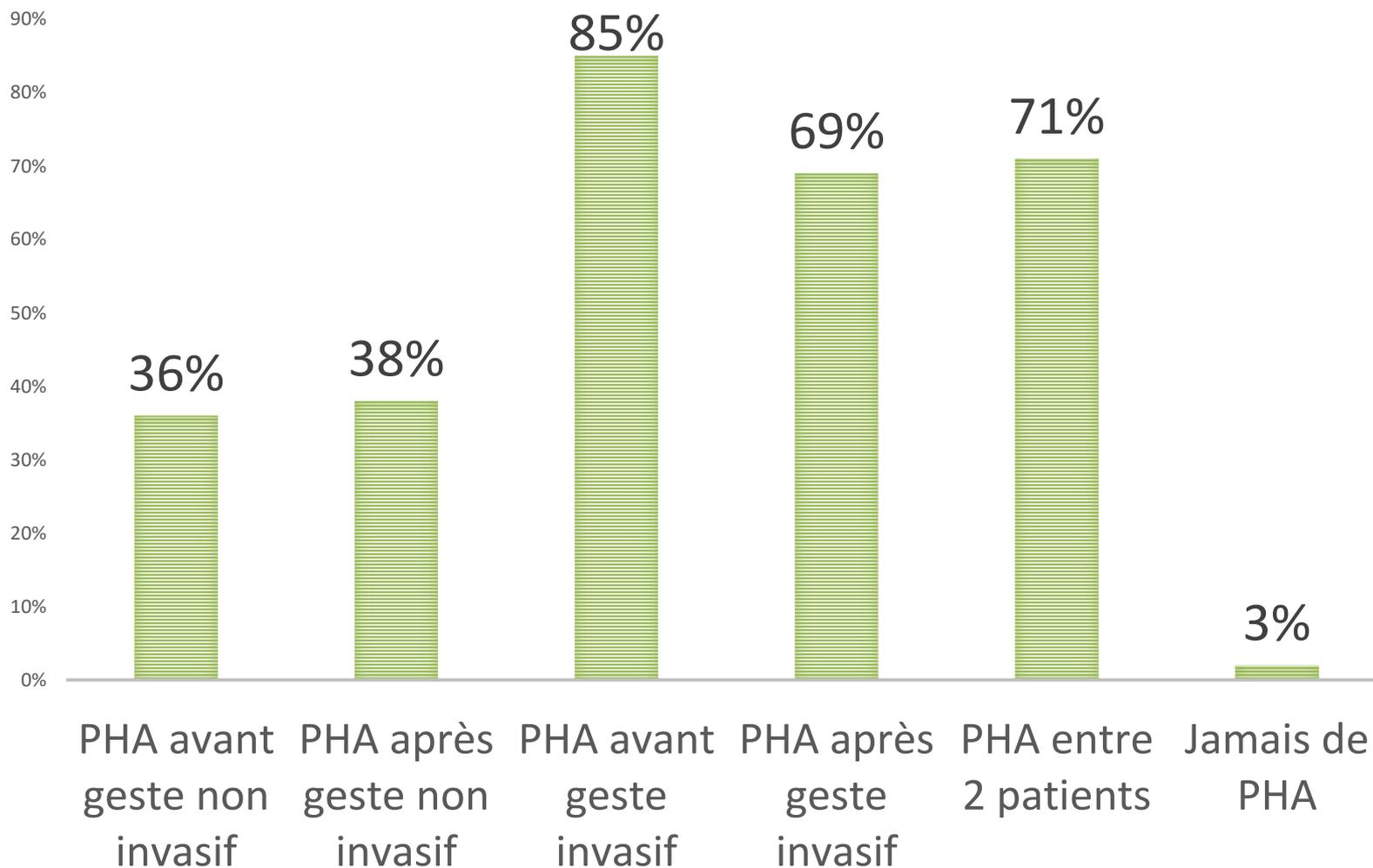


Pré requis à l'hygiène des mains

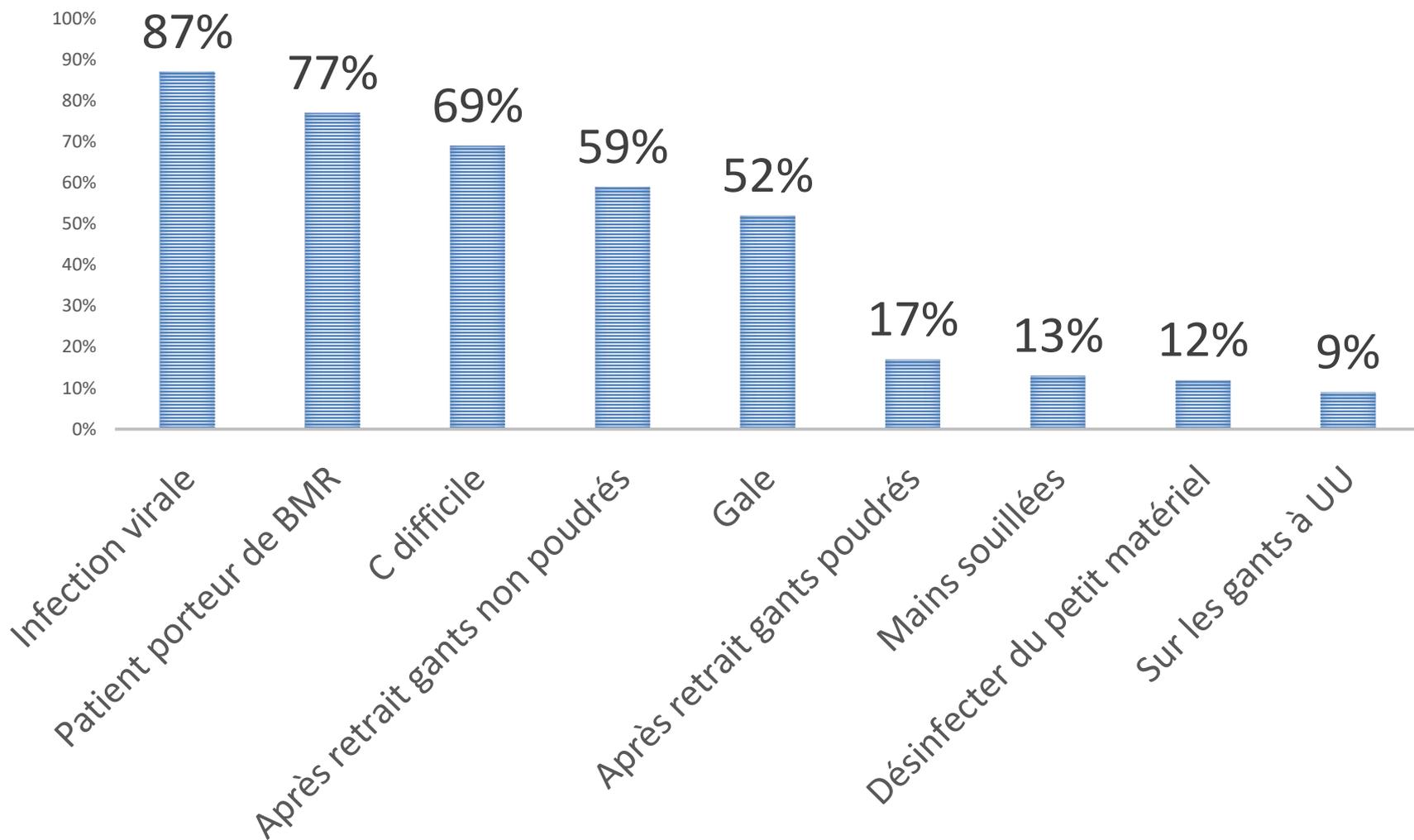
Résultats Influence du non-respect des pré-requis sur l'utilisation des PHA

	N (%)	PHA au cabinet			PHA au domicile			
		Oui N (%)	Non N (%)	p	Oui N (%)	Non N (%)	NC N (%)	p
Cohorte	677 (100)	428 (63,2)	249 (36,8)		568 (83,9)	98 (14,5)	11 (1,6)	
Non respecté								
Ongles longs	25 (3,7)	16 (64)	9 (36)	0,93	20 (80)	4 (16)	1 (4)	0,61
Vernis	56 (8,3)	42 (75)	14 (25)	0,06	49 (87,5)	6 (10,7)	1 (1,8)	0,70
Montre/bracelet	211 (31,2)	132 (57,8)	79 (25,1)	0,81	186 (88,2)	23 (10,9)	2 (0,9)	0,12
Bague/alliance	354 (52,3)	229 (60,5)	125 (39,5)	0,41	314 (88,7)	36 (10,2)	4 (1,1)	0,002

Résultats Utilisation des PHA



Résultats indications / contre indications des PHA



Résultats Freins à l'utilisation des PHA

	Total	PHA au cabinet			PHA au domicile			p
		Oui	Non	p	Oui	Non	NC	
	N	N	N		N	N	N	
	(%)	(%)	(%)		(%)	(%)	(%)	
Lésion cutanée	220 (32,5)	103 (47)	117 (53)	< 0,0001	168 (76,3)	49 (22,3)	3 (1,4)	0,0003
Poisseux/Pique	134 (19,8)	56 (42)	78 (58)	< 0,0001	95 (70,9)	38 (28,4)	1 (0,7)	< 0,0001
Moins efficace	96 (14,2)	29 (30)	67 (70)	< 0,0001	62 (64,6)	32 (33,3)	2 (2,1)	< 0,0001
Toxique	93 (13,7)	37 (40)	56 (60)	< 0,0001	67 (72)	22 (23,7)	4 (4,3)	0,002
Passe circulation	90 (13,3)	48 (53)	42 (47)	0,004	71 (78,9)	14 (15,6)	5 (5,5)	0,006

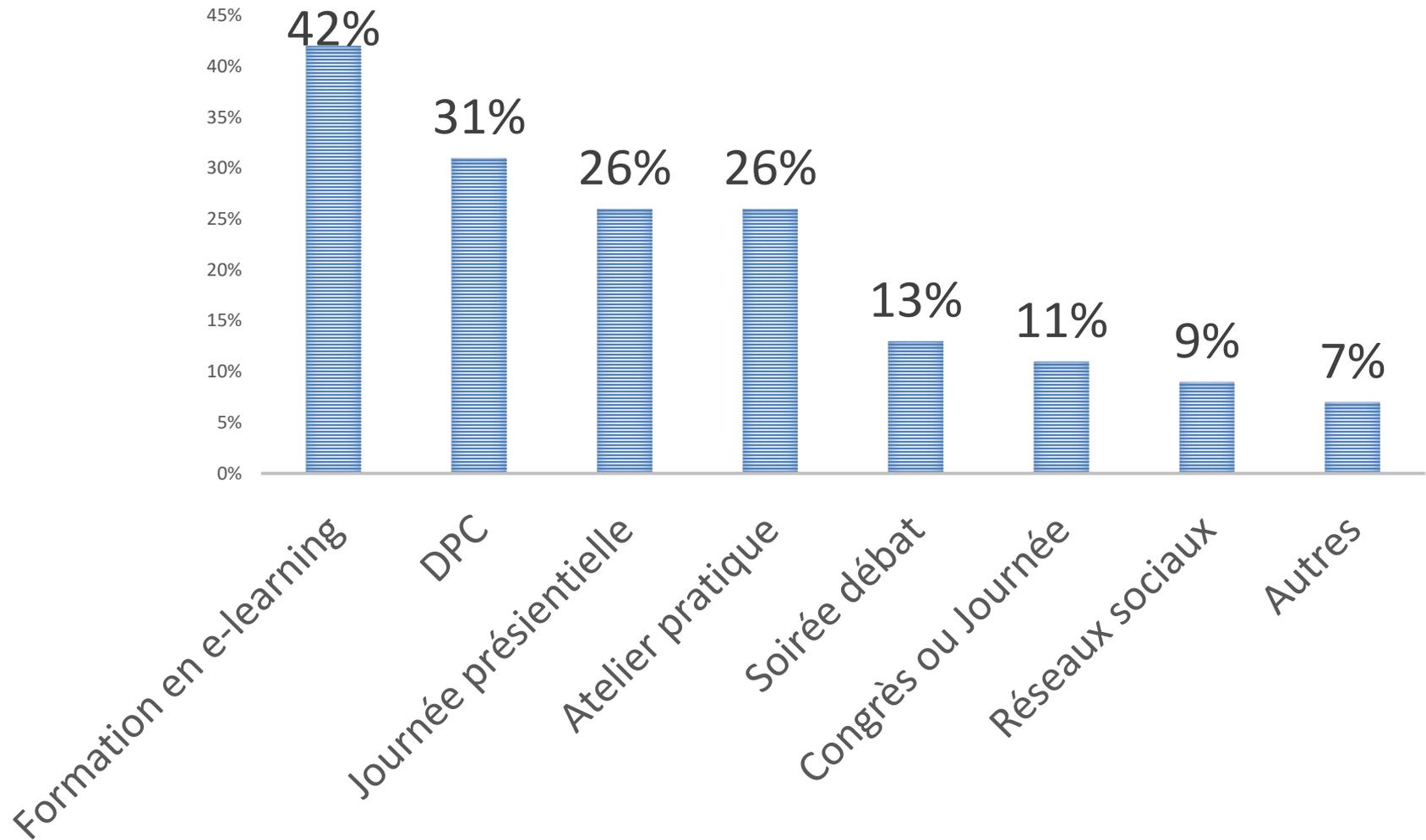
Résultats Freins à l'utilisation des PHA

	Total	PHA au cabinet			PHA au domicile			
		Oui	Non	p	Oui	Non	NC	p
	N	N	N		N	N	N	
	(%)	(%)	(%)		(%)	(%)	(%)	
Cher	62	28	33	0,003	47	13	2	0,25
	(9,2)	(46)	(54)		(75,8)	(21)	(3,2)	
Odeur	48	16	32	< 0,0001	29	16	3	< 0,0001
	(7,1)	(33)	(67)		(60,4)	(33,3)	(6,3)	
Cancérogène	37	18	19	0,06	29	6	2	0,16
	(5,5)	(48,6)	(51,4)		(78,4)	(16,2)	(4,4)	
Manque	17	2	15	< 0,0001	7	8	2	< 0,0001
connaissances	(2,5)	(11,8)	(88,2)		(41,2)	(47)	(11,8)	
Inflammable	16	3	13	0,0002	11	4	1	0,15
	(2,4)	(18,8)	(81,2)		(68,8)	(25)	(6,2)	
Aucun frein	383	298	85	< 0,0001	353	27	3	< 0,0001
	(56,6)	(72,6)	(27,4)		(92,2)	(7)	(0,8)	

Résultats Influence de l'info et de la formation sur l'utilisation des PHA

	Total	PHA au cabinet			PHA au domicile			
	N (%)	Oui N (%)	Non N (%)	p	Oui N (%)	Non N (%)	NC	p
Cohorte	677 (100)	428 (63,2)	249 (36,8)		568 (83,9)	98 (14,5)	11 (1,6)	
Information ou formation reçue	533 (100)	334 (63)	199 (37)	0,56	444 (83,3)	84 (15,8)	5 (0,9)	0,006
Formation depuis moins de 5 ans	163 (100)	108 (66)	55 (34)	0,36	145 (89)	17 (10)	1 (1)	0,11
Intéressé par une formation	414 (100)	260 (63)	154 (37)	0,78	354 (85,5)	53 (12,8)	7 (1,7)	0,30

Résultats Souhait de formation



Facteurs prédictifs d'utilisation des PHA

Variables	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR	IC _{95%}	<i>p</i>	ORa	IC _{95%}	<i>p</i>
Profession*						
Médecin	1			1		
IDE	1,01	[0,63-1,64]	0,96	0,80	[0,48-1,32]	0,37
Sexe*						
Homme	1	-		1	-	
Femme	0,50	[0,32-0,78]	0,002	0,48	[0,30-0,75]	0,002
Ancienneté du diplôme			0,39			
> à 10 ans	1	-				
Entre 5 et 10 ans	0,75	[0,49-1,15]	0,19			
< 5 ans	1,09	[0,59-2,00]	0,79			
Secteur						
rural	1	-			-	
urbain	0,90	[0,66-1,23]	0,51			
Taille						
Seul ou 2	1	-				
> 3	0,98	[0,71-1,35]	0,90			
Connaissance des PHA						
oui	1	-				

Modèle 1:
variable
dépendante
utilisation de PHA
au cabinet
(oui/non)

Test de Hosmer-Lemeshow: chi-square = 0,33 avec $p = 0,85$.
Aire sous la courbe ROC: 0,55 (IC95 % 0,52-0,58, $p = 0,001$)

Facteurs prédictifs d'utilisation des PHA

Variables	Analyse univariée			Analyse multivariée		
	OR	IC _{95%}	p	ORa	IC _{95%}	p
Profession*						
Médecin	1			1		
IDE	1,96	[1,08-3,54]	0,002	0,64	[0,33-1,26]	0,20
Sexe*						
Homme	1	-		1	-	
Femme	1,32	[0,78-2,25]	0,30	1,19	[0,67-2,09]	0,55
Ancienneté du diplôme			0,002			0,01
> à 10 ans	1	-		1	-	
Entre 5 et 10 ans	2,93	[1,24-6,92]	0,01	3,04	[1,28-7,19]	0,01
< 5 ans	0,50	[0,26-0,99]	0,05	0,61	[0,30-1,28]	0,19
Secteur						
rural	1	-				
urbain	0,99	[0,64-1,52]	0,96			
Taille						
Seul ou 2	1	-		1	-	
> 3	1,51	[0,98-2,32]	0,06	1,48	[0,95-2,29]	0,08
Connaissance des PHA						
oui	1	-				

Modèle 2:

variable
dépendante
utilisation de PHA
au domicile
(oui/non)

Test de Hosmer-Lemeshow: chi-square =1,25 avec p =0,94.
Aire sous la courbe ROC: 0,62 (IC 95 % 0,56-0,68, p <0,0001)

Discussion

- **Différence de pratique cabinet/domicile** : PHA lorsqu'un point d'eau n'est pas disponible facilement
- FHA encore vue comme technique de second ordre
- **84 % utilisent au PHA au domicile, 63 % au cabinet et 59 % les 2**
- PHA plus utilisés lors de gestes invasifs vs non invasif
- **71 % déclarent utiliser les PHA entre 2 patients** → B. Ortolan : 68 % généralistes réalisent FHA entre chaque patient au cabinet
- **Prérequis, indications et CI des PHA encore mal connues**
 - C. Hernandez et al : 20 % IDE libéraux PHA sur mains souillées, 38 % sur mains poudrées, 24 % sur mains humides, 43 % ignorent inefficacité spores C Difficile et 49 % vis-à-vis du S scabei
- 57 % déclarent n'avoir aucun frein à l'utilisation des PHA mais des craintes (lésions cutanées, poisseux/piquant, toxicité, efficacité, circulation)

Discussion

- **Craintes différentes selon l'exercice en cabinet ou au domicile**
- 79 % ont reçu une info sur les PHA, 24 % une formation < 5 ans sur l'hygiène → **pas d'influence sur l'utilisation des PHA**
- 61 % intéressés par formation sur l'HdM (e-learning +++)
- **Facteurs prédictifs de FHA différents domicile vs cabinet**
 - Au cabinet, SEXE → Homme 2 x plus : pas d'explication
 - Au domicile, ANCIENNETE → diplômés depuis 5 à 10 ans 3 x plus : anciens diplômés, pas d'impact sur l'utilisation PHA sur les jeunes
- **Exercice urbain ou rural, taille du cabinet → pas d'influence**
- **Exercice à plusieurs ne potentialise la FHA**
 - surtout améliore l'organisationnel, pas assez d'échanges d'infos ou de questionnements sur les pratiques pour améliorer l'utilisation des PHA

Conclusion

- Les connaissances et pratiques liées aux PHA pouvaient être améliorées par une meilleure communication et info des recos
- Désir des professionnels pour suivre des formations à condition que celle-ci soient dans un format adapté à leur pratique
 - axer cette formation sur les craintes liées à l'utilisation des PHA
- Nécessaire de travailler sur les représentations des professionnels et leurs freins à l'utilisation des PHA
- Travail sur le comportement de ces professionnels nous semblerait intéressant et peut être à construire avec un psychosociologue
- Participation des usagers peut aussi être un atout dans la promotion de l'utilisation des PHA → approche Anglo-saxone



Merci de votre attention