

Consommation de SHA en EHPAD

EMSHA ou Aime pas SHA ?

Introduction

La maîtrise du risque infectieux en EHPAD, comme dans les établissements sanitaires, repose prioritairement sur la réduction de la transmission manuportée des micro-organismes. A ce titre, la fréquence du recours à la friction hydro-alcoolique est un indicateur intéressant, aujourd'hui obligatoire sur le secteur sanitaire, mais pas encore sur le médico-social.

Objectif

Nous avons réalisé une enquête auprès des EHPAD dans deux régions (Occitanie et Provence-Alpes-Côte-d'Azur), afin de connaître le niveau d'utilisation des produits hydro-alcooliques via l'indicateur EMSHA (nombre de friction/résident/jour) et les facteurs influençant cette consommation.

Matériel et méthodes

L'enquête a été réalisée en 2017, par internet (formulaire Google doc) en Occitanie et par voie postale sur la région PACA, auprès des EHPAD sur la « consommation » (commande) de produits hydro-alcooliques, avec pour objectifs de connaître leur nombre de friction/résident/jour (F/R/J) et de déterminer des facteurs susceptibles d'influencer cette consommation. 1 430 EHPAD ont été contactés (830 en Occitanie, 600 en PACA).

Les items retenus comprenaient : type établissement (public/privé), adossement à un établissement sanitaire, présence d'un référent en hygiène, réalisation du DARI, participation à une équipe mobile d'hygiène (EMH), GIR moyen pondéré, Pathos moyen pondéré, âge moyen des patients, nombre de lits, taux d'occupation moyen, volume de produit hydro-alcoolique commandé.

Une analyse statistique univariée a été faite. Les items avec un $p < 0,25$ ont été retenus pour une analyse multivariée par régression linéaire multiple pas à pas descendante. Le risque α choisi était de 5%. Les analyses statistiques ont été faites avec le logiciel SPSS©.

Résultats

Nous avons eu 311 réponses, soit un taux de réponse de 22 % (équivalent entre les 2 régions).

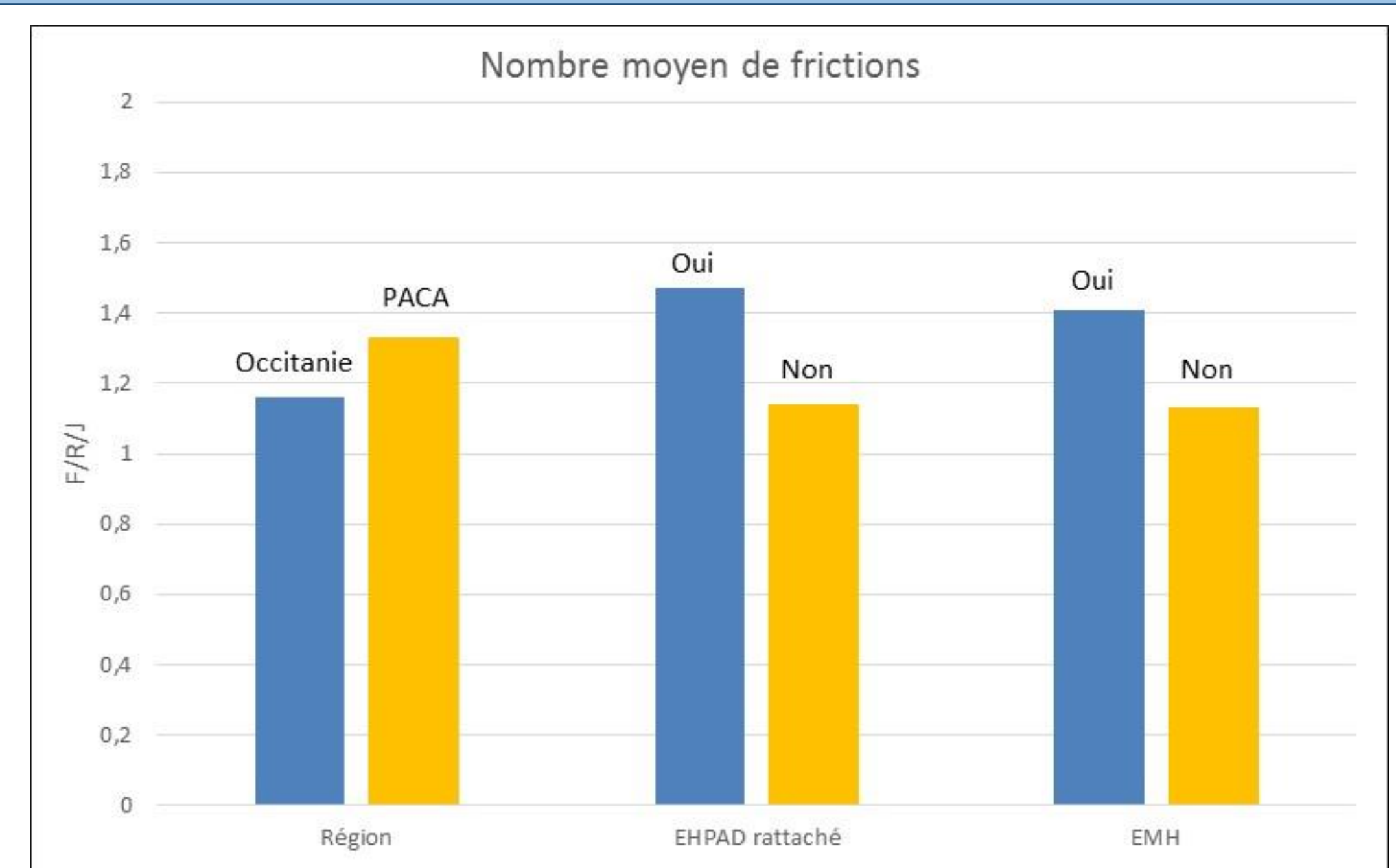
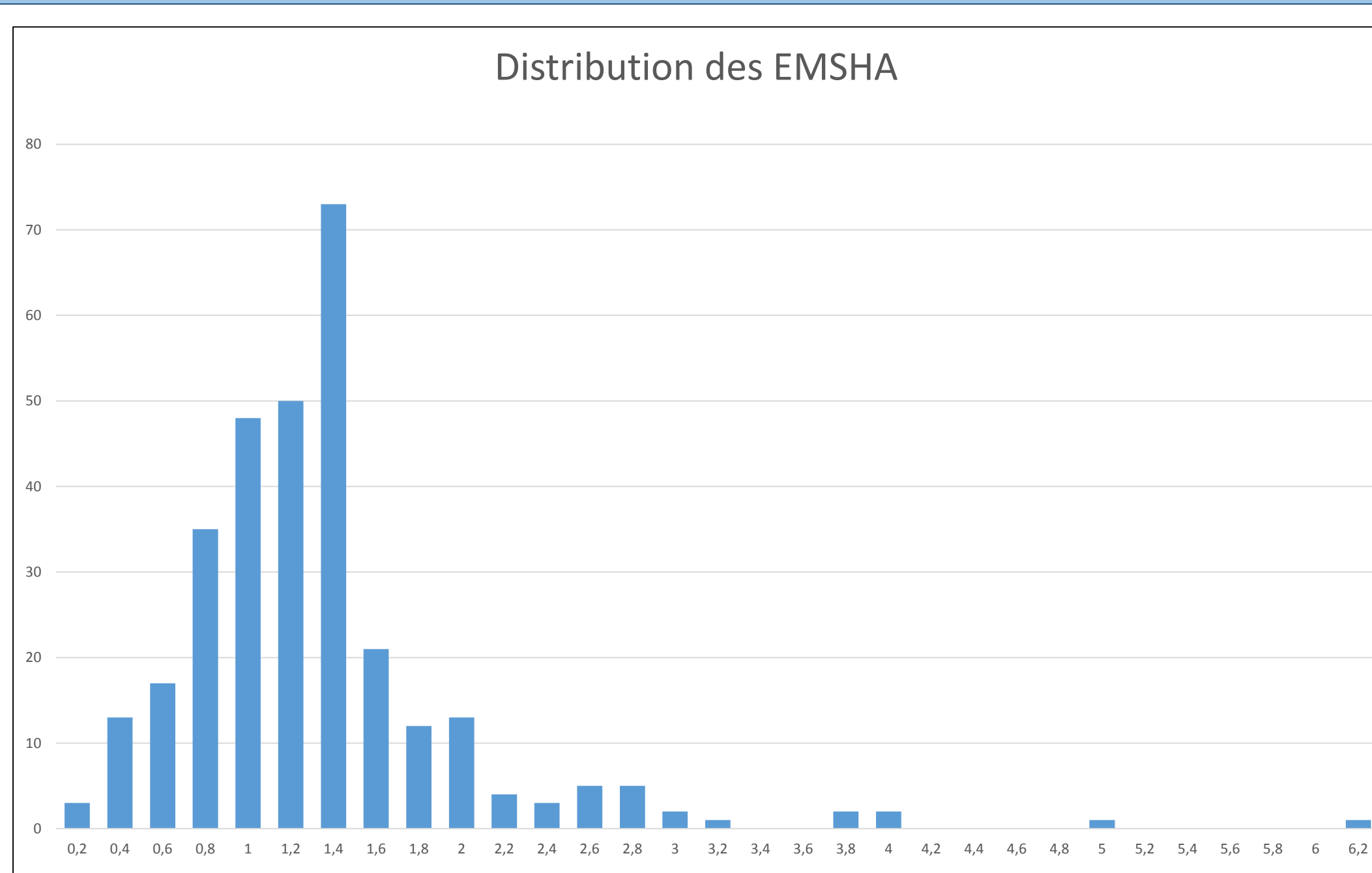
59 % étaient des EHPAD privés (73,8% en PACA vs 49,4% en Occitanie; $p < 0,001$), 28 % étaient rattachés à un établissement sanitaire (pas de différence entre les 2 régions), 63% avaient un référent en hygiène (52,7% en PACA vs 70,6% en Occitanie; $p = 0,001$), 35% faisaient partie d'une EMH (25,8% en PACA vs 42,8% en Occitanie; $p = 0,002$), 79% avaient réalisé leur DARI (72,1% en PACA vs 85% en Occitanie; $p = 0,005$). L'âge moyen des patients était de 86,6 ans (pas de différence entre les 2 régions), la moyenne des GIR était de 729 (pas de différence entre les 2 régions), celle des PATHOS de 206 (198 en PACA vs 211 en Occitanie; $p = 0,015$), le nombre moyen de lits était de 81 (pas de différence entre les 2 régions).

Ces EHPAD, toutes régions confondues, ont réalisé en moyenne 1,23 F/R/J (médiane=1,15; distribution dans le graphique ci-dessous).

L'analyse univariée montrait une consommation plus faible en Occitanie par rapport à PACA (cf graphique; $p = 0,033$), une consommation plus importante des EHPAD rattachés à un établissement sanitaire (cf graphique; $p < 0,001$) ainsi que de ceux bénéficiant d'une EMH (cf graphique; $p = 0,01$). Le fait d'avoir un référent en hygiène (référént 1,29 vs 1,13; $p = 0,055$) ou d'avoir réalisé le DARI (DARI fait 1,26 vs 1,08; $p = 0,058$) n'augmentait pas significativement l'EMSHA.

En analyse multivariée, les variables incluses dans le modèle initial étaient : âge moyen, GIR moyen pondéré, région, EMH, présence d'un référent en hygiène, réalisation du DARI, rattachement à un établissement sanitaire.

Les variables retenues dans le modèle final et qui influençaient l'EMSHA étaient : région ($p = 0,001$), participation à une EMH ($p = 0,001$), réalisation du DARI ($p = 0,057$), âge moyen des résidents (corrélation négative, c'est-à-dire que plus l'âge moyen augmentait, plus l'EMSHA diminuait, $p < 0,001$).



Conclusion

Les EHPAD des 2 régions étaient statistiquement différents sur plusieurs critères : plus d'EHPAD publics, de référents en hygiène, d'EMH, de réalisation du DARI en Occitanie.

Globalement la consommation des SHA dans les EHPAD des 2 régions était très faible, seuls 8,4 % des EHPAD consommaient plus de 2 F/R/J. Cette consommation était significativement plus importante en PACA, en cas de participation à une EMH, et lorsque l'âge moyen des résidents était plus faible, mais restait très largement insuffisante. La réalisation du DARI augmentait l'EMSHA, mais on était à la limite de la significativité. Nous n'avons pas d'explication sur la différence entre les 2 régions, ni sur la corrélation négative entre âge moyen et EMSHA.

Des progrès importants en ce qui concerne l'utilisation des SHA restent à faire dans les EHPAD.

Le développement des EMH peut être une piste d'amélioration, mais des actions spécifiques (campagne, indicateur) devront probablement être mises en place pour améliorer ce niveau. Nous souhaitons nous servir de cette enquête afin de nous aider à promouvoir l'hygiène des mains dans ce secteur.

JC Delarozière¹, C.Mourlan², S.Vandesteene³

1 CPIAS PACA, cpias.paca@ap-hm.fr

2 CPIAS Occitanie site Montpellier

3 CPIAS Occitanie site Toulouse