



Bilan des tests sur la démarche d'identification des opportunités d'hygiène des mains par friction

Delphine Verjat-Trannoy (Cclin Paris-Nord), Marie-Alix Ertzscheid (Cclin Ouest), Nathalie Jouzeau (Cclin Est), Daniel Zaro-Goni (Cclin Sud-Ouest)

Membres du Grhym

delphine.verjat-trannoy@aphp.fr

Une nouvelle démarche, permettant de travailler directement avec les professionnels de santé sur les opportunités de friction a été testée dans différents établissements et services.

L'objectif de cet article est de partager les principaux résultats obtenus d'un point de vue quantitatif (nombre d'opportunités par journée d'hospitalisation (JH)) et qualitatif (organisation pour l'EOH et impact pour les équipes participantes) issus d'un document de retour d'expérience transmis à chaque établissement participant.

Méthode - Rappel du principe de la démarche

Cette démarche s'inspire d'un travail réalisé pendant plusieurs années au CHRU de Lille [1,2,3]. Elle repose sur deux grandes étapes : une autoévaluation des pratiques un jour donné et une étude sur dossiers dont les résultats complémentaires font ensuite l'objet d'un retour aux équipes.

Auto-évaluation des pratiques (volet 1)

Un jour donné, tous les professionnels d'un service (médicaux, paramédicaux et autres professionnels) sont invités à remplir une grille au fur et à mesure de leurs interventions auprès des patients présents dans le service (grille "Patient").

La grille est remplie de façon anonyme pendant 24h :

après chaque intervention dans la chambre d'un patient, les professionnels notent le nombre d'opportunités de friction qu'ils ont identifiées. Grâce à l'ensemble des grilles récupérées, il est possible d'estimer un nombre moyen d'opportunités de friction par JH spécifique au service.

Etude sur dossier (volet 2)

Dans la même période, en parallèle, une étude sur quelques dossiers "Patient" représentatifs du service (durée moyenne de séjour, charge en soins) est réalisée par un groupe de travail intégrant l'EOH et des membres du service concerné.

Pour chaque soin/acte/visite identifié(e) dans le parcours du patient sur 24h, le nombre d'opportunités de friction associé est noté sur une grille dédiée. Un nombre moyen d'opportunités de friction est également calculé à partir de l'ensemble des dossiers "Patient" analysés.

Réunion de restitution

Présentation des résultats au service – débat/réflexion sur les opportunités d'hygiène des mains du service – plan d'action pour améliorer l'observance – éventuel choix d'un objectif interne en nombre de frictions par JH.

Résultats - Partie quantitative

Dix-sept établissements publics ou privés, répartis dans toute la France, ont fait le test de faisabilité proposé sur

un total de 24 services correspondant aux différentes spécialités d'hospitalisation complète.

L'analyse des données transmises par les établissements a permis de faire les trois constats suivants dans les spécialités où au moins 2 services ont participé (8 médecine, 4 chirurgie, 2 réanimation adulte, 2 SSR, 2 SLD) :

1. des écarts importants ont été observés entre les services pour une même spécialité (max/min = 1,2 à 5),
2. le nombre moyen d'opportunités par JH mesuré sur dossier est souvent plus élevé que celui obtenu par auto-évaluation des pratiques (x 1,5 à 2),
3. le nombre d'opportunités par JH mesuré par auto-évaluation des pratiques est en moyenne plus élevé que le nombre de frictions attendues utilisé pour le calcul de l'indicateur ICSHA (x 2 à 3,5).

Résultats - Partie qualitative

Sur les 17 ES participants, 10 ont rempli intégralement le document "REX" fourni pour décrire leur retour d'expérience sur cette démarche. Quatre des ES ont choisi un service à ICSHA faible, les autres ES ont trouvé des services volontaires pour tenter l'expérience avec toujours un intérêt marqué du cadre de santé voire du médecin chef de service.

L'organisation a été jugée plutôt facile (10 ES/10) avec toutefois une variabilité dans le temps passé à la gestion de l'étude (préparation, accompagnement, restitution). Une des différences est liée au mode d'accompagnement de l'EOH pour le volet 1 entre présence continue dans le service ou passages à intervalles réguliers le jour de l'étude.

Les EOH ont globalement apprécié les documents fournis. Quelques-unes ont toutefois suggéré quelques ajustements concernant la fiche de suivi des opportunités, le protocole ou le diaporama, comme par exemple tracer les opportunités relatives aux différents patients d'une même chambre.

Globalement, l'adhésion des professionnels a été plus marquée pour le personnel paramédical que médical, ceci d'autant plus dans les cliniques MCO où interviennent des médecins libéraux. Les intervenants extérieurs au service ont davantage participé dès lors qu'ils étaient prévenus en amont et re-sensibilisés le jour de l'étude. L'implication des correspondants en hygiène a été fondamentale, que ce soit pour l'accompagnement du remplissage des grilles d'opportunités et les transmissions à l'équipe de nuit (volet 1) ou l'analyse des dossiers (volet 2). La moitié des services a fait participer les

étudiants, et quelques services ont impliqué les patients dans la démarche.

Le volet 1 nécessite une préparation des équipes et en particulier de vérifier que la notion d'opportunités est claire pour les participants. Pour rappel, il s'agit des situations de soins où une friction est nécessaire en lien avec une ou plusieurs indications. Charge aux professionnels de les identifier dans leurs pratiques. La nuance entre frictions réalisées et opportunités identifiées a dû être explicitée.

La grille de suivi des opportunités a été positionnée pour faciliter le recueil par les différentes catégories professionnelles (médicales/paramédicales) : en pratique, dans le dossier patient ou à proximité du lit des patients ou le plus souvent sur la porte de la chambre, au choix des services.

La qualité du recueil a été jugée bonne à très bonne dans la majorité des cas (6/9). Elle est décrite comme moyenne dans les ES où les équipes de nuit et/ou les intervenants extérieurs n'ont pas contribué au projet ou en cas de surcharge de travail (matinée, fin de vie/décès à gérer le jour de l'étude).

Dans certains services, le personnel médical n'a pas rempli le document faute de se sentir concerné. Ces éléments peuvent expliquer les écarts retrouvés entre auto-évaluation et analyse sur dossier. Un renouvellement ultérieur de la démarche est une option qui a été souvent retenue dans ce cas.

Le volet 2 a été organisé par l'EOH avec le cadre de santé (8 cas/10), un médecin du service (7/10) et le correspondant en hygiène (5/10). Ont été intégrés plus ponctuellement une infirmière ou une aide-soignante, parfois un gestionnaire de risque. Ce volet a été réalisé le plus souvent dans le mois suivant le volet 1 (de 1 jour à 3 semaines après) ou plus rarement le jour-même.

Le nombre de dossiers "Patient" analysés était de 3 dans la grande majorité des cas (9/10) : les groupes de travail n'ont pas rencontré de difficultés pour leur choix, toujours validé par l'équipe soignante. Ce choix s'appuyait sur des durées moyennes de séjour représentatives du service et des patients présents le jour du volet 1.

En plus de ces critères, certains groupes ont pris en compte des différences de charge en soins, de pathologie, de type d'intervention (en chirurgie) ou encore de moment du séjour (début, milieu, fin).

Les conditions d'analyse des dossiers ont été jugées plutôt satisfaisantes (traçabilité, clarté), d'autant plus quand les services avaient à disposition un dossier patient informatisé (2/10).

Le nombre d'opportunités par acte/soin a en général été déterminé sans grande difficulté (8/10), le plus souvent avec l'aide des protocoles de soin qui intègrent les moments où une friction est attendue. En revanche, le nombre d'intervenants par acte a fait l'objet de davantage de discussions mais la présence du correspondant en hygiène a souvent permis de trancher cette question.

La restitution des résultats aux équipes a principalement intéressé le personnel paramédical, souvent surpris par le nombre important d'opportunités identifiées. La valorisation de la qualité du travail effectué a contribué à l'acceptation d'un plan d'action (8/10) et assez souvent au choix concerté avec l'équipe d'un objectif interne en nombre de frictions/JH reposant sur les pratiques propres au service (7/10). Cet objectif était considéré comme possible à atteindre le plus souvent à moyen terme.

Avis des EOH

En termes de bénéfice, les EOH ont constaté une prise de conscience des agents, un effet de re-sensibilisation, et des débats intéressants entre professionnels sur le bon moment de l'hygiène des mains. Une formation plus approfondie sur les opportunités a parfois été demandée. Les EOH ont été interrogées sur le principe de renouveler cette démarche dans d'autres spécialités : une réponse positive a été obtenue de la majorité des équipes participantes (9/10), ce qui est un indicateur de satisfaction. En pratique, elles sont prêtes à réaliser ce type d'étude entre 1 et 3 fois par an, ceci malgré l'investissement en temps pour la démarche.

Perspectives

Ces tests et les retours d'expérience reçus ont permis de préparer une nouvelle version des grilles. Une colonne à remplissage libre permettra aux ES qui le souhaitent de tracer une information supplémentaire comme par exemple le détail sur une profession (certains ES souhaitent être plus précis sur la catégorie de personnel paramédical) ou le type de soins effectués.

Les tests ont permis de mettre en évidence des distinctions à faire en termes d'organisation en fonction des spécialités : concernant les SSR, une grille supplémentaire est prévue pour pouvoir intégrer les opportunités d'hygiène des mains relatives aux soins délivrés au niveau du plateau technique (1 grille par professionnel). Un outil informatique permettant la saisie et l'analyse des données est en cours d'élaboration à la demande des

ES. L'ensemble des documents relatifs à cette démarche ainsi que l'application en ligne seront disponibles cet été. L'impact de cette démarche peut être étudié de plusieurs façons après mise en place des mesures correctives : par comparaison avant/après de la consommation en PHA par JH du service (possible dans les services faisant l'objet d'un suivi régulier des consommations) et/ou de l'observance de la friction à l'aide d'un outil du GrepHh comme le "Quick-audit HDM" ou tout autre outil d'évaluation des pratiques.

La campagne "Mission mains propres" qui aura lieu en novembre prochain lors de la semaine de sécurité des patients peut être l'occasion de réaliser cette démarche ou d'en diffuser les résultats si elle est faite en amont.

Nous remercions les coordonnateurs régionaux et les équipes locales ayant accepté de réaliser le test, étape indispensable avant diffusion nationale. Un merci également à notre ex-collègue du Cclin Sud-Est et du Grhym Sylvie Monier pour sa contribution au projet.

Liste des ES testeurs :

Région Nouvelle Aquitaine

CH Esquirol

Groupe de travail "Poitou-Charentes" :

Clinique de Châtelleraut

CH de Cognac

CH de Niort

CH Nord Deux Sèvres

CH de la Rochefoucault

CH de Ruffec

SLD Saint Maixent

Région Ile-de-France :

CHI de Créteil

GH des Diaconesses

Hôpital Vaugirard (AP-HP)

Région Hauts de France :

CRF Les Hautois

SSR Marc Sautelet

Région Pays de la Loire :

Nouvelles cliniques nantaises

Région Grand Est :

CH de Haguenau

CH de Mulhouse

Région Occitanie :

CH de Castelnaudary

Références

- 1 Erb M, Koinig I, Loukili N, *et al.* Poster P-064. Détermination d'un objectif d'hygiène des mains : repérage du nombre d'occasions de friction avec un soluté hydro-alcoolique (SHA). XVII^{ème} Congrès SFHH. Nantes 2006
- 2 Henoun-Loukili N, Vinat A, Erb M, *et al.* Poster P-054. Indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques : objectif national ou local, lequel choisir ? XVIII^{ème} congrès SFHH. Strasbourg 2007
- 3 Grandbastien B. Suivi de la consommation des solutés hydro-alcooliques (SHA) : expérience du CHRU de Lille – Présentation à la journée régionale de lutte contre les infections nosocomiales, Lille, 26 juin 2014

