

Connaissances et perceptions des soignants vis-à-vis du risque lié aux BHRe

Christelle CELESTE

Unité d'hygiène du CHU Henri Mondor

Avec : Pr Christian BRUN-BUISSON – Dr Chloé JANSEN – Dr Sarah JOLIVET

Name of the speaker: Christelle CELESTE

I have no link of interest.

Contexte

- BHRé = problème de santé publique → **impasse thérapeutique – incidence en augmentation**
- Complexité de la mise en œuvre des recommandations nationales du HCSP

Objectif de l' étude : identifier des obstacles à la mise en place des recommandations nationales par le biais d' une analyse qualitative des connaissances et des perceptions du risque lié aux BHRé des soignants

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Entretiens semi-structurés

- Soignants interviewés : docteurs, internes, cadres, infirmiers diplômés d' état, aides-soignants
- Questions sur leurs connaissances des BHRe, leurs perceptions des risques (contagiosité, gravité), appréciations des recommandations
- Facteurs étudiées : sociodémographiques, socioprofessionnels
- Analyse statistique univariée des connaissances et du classement de la contagiosité et de la gravité

Analyse thématique

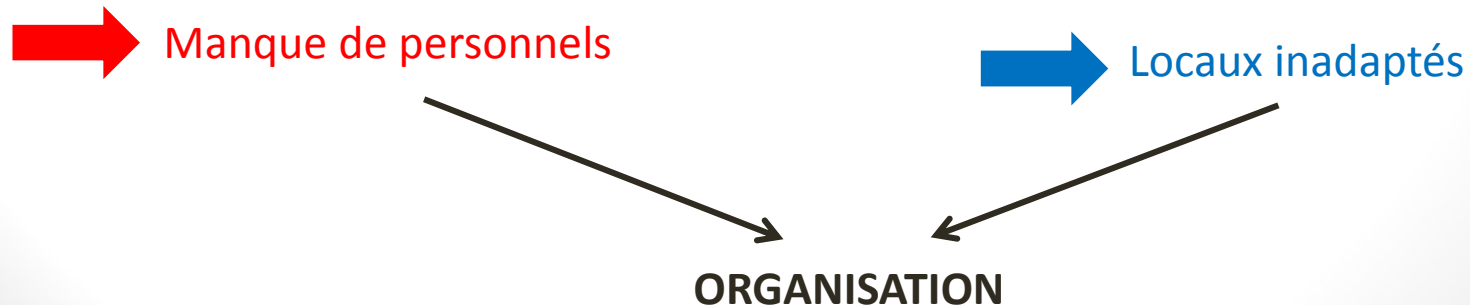
- Analyse thématique des perceptions des risques et des recommandations (questions ouvertes)
- **Identification de thèmes**
- Par 3 personnes
- Discordance discutée pour valider les thèmes
- Références : Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-1288

Analyse thématique

→ identification de thèmes

Exemple : Quels sont les obstacles à la prise en charge de patients porteurs de BHRé ?

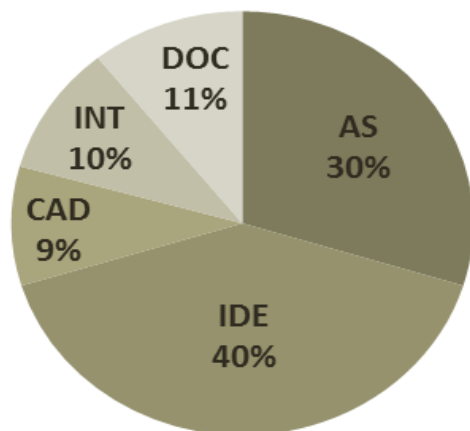
« *Ne pas avoir les moyens humains pour le prendre en charge et mettre en place un isolement, nous par exemple quand on a des chambres doubles, on est obligé de s'arranger avec d'autres services pour héberger le patient pour qu'il soit ou en zone contact ou en chambre seule, mais on n'a pas forcément toujours de chambres seule disponibles* » (Cadre)



RÉSULTATS

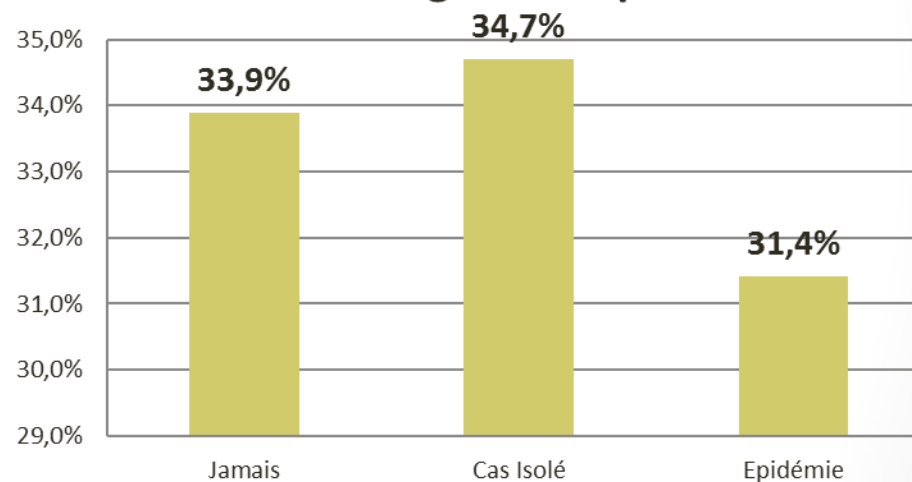
Description de la population

Population de l'étude



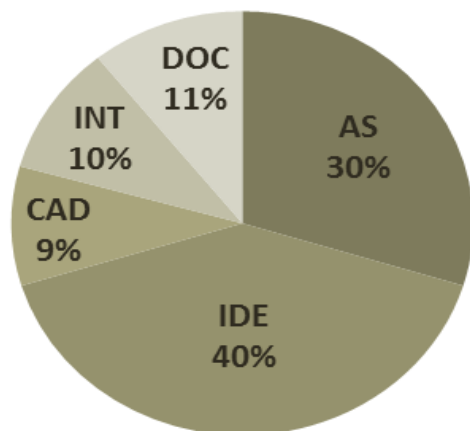
Total : 121

Prise en charge de cas porteurs



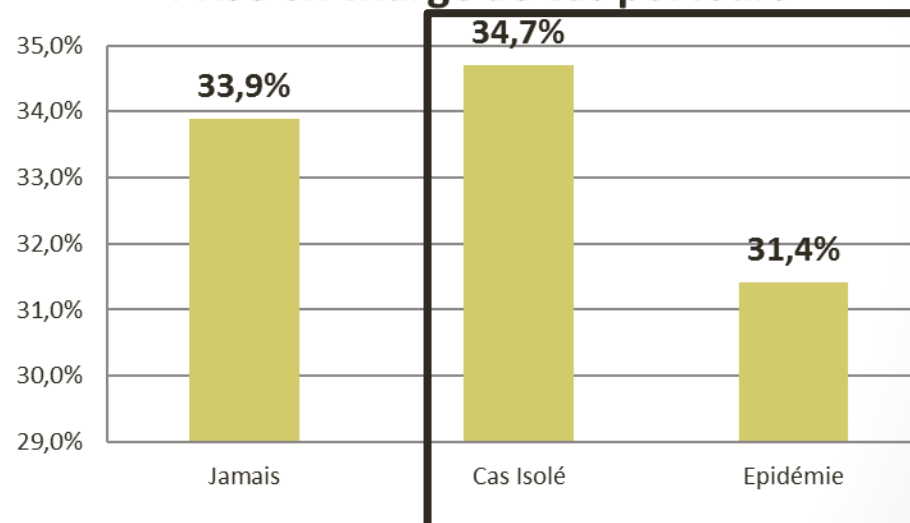
Description de la population

Population de l'étude



Total : 121

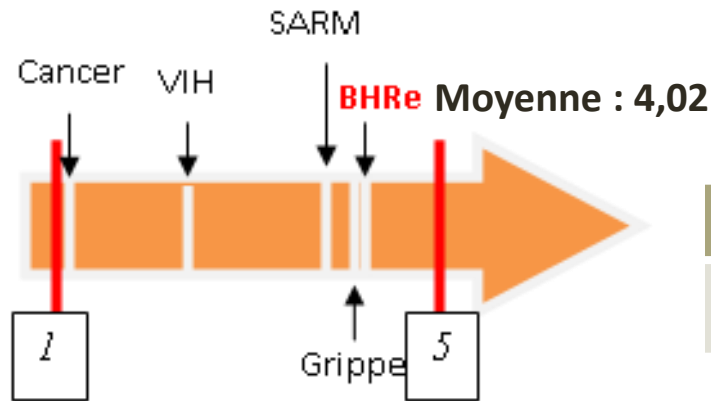
Prise en charge de cas porteurs



Evaluation des connaissances

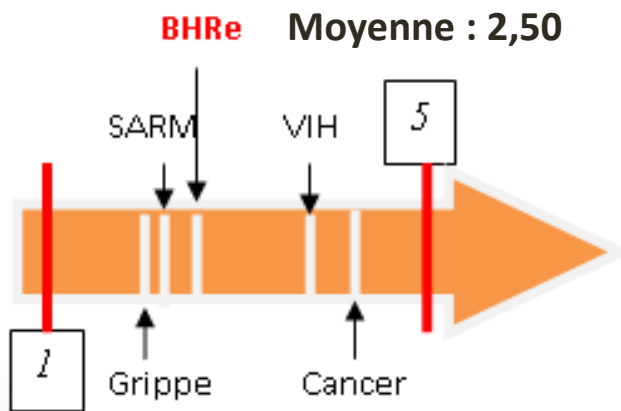
Questions	Bonnes réponses	p-value
<u>Définition d' une BHR</u> -Profession	54,8 %	<0,001
<u>Différence entre colonisation et infection</u> -Profession	45,6 %	<0,001
<u>Patients à risque de portage de BHR</u> -Profession -Prise en charge de cas porteurs -Recherche sur les BHRe	74,4 %	0,005 0,03 <0,001
<u>Prise en charge du patient porteur</u> -PCC -PCC + ED	100 % 73,5 % 26,5 %	

Perception de la contagiosité et de la gravité



Comparaison de la contagiosité

Classement de la contamination	p-value
- Catégorie professionnelle	0,003



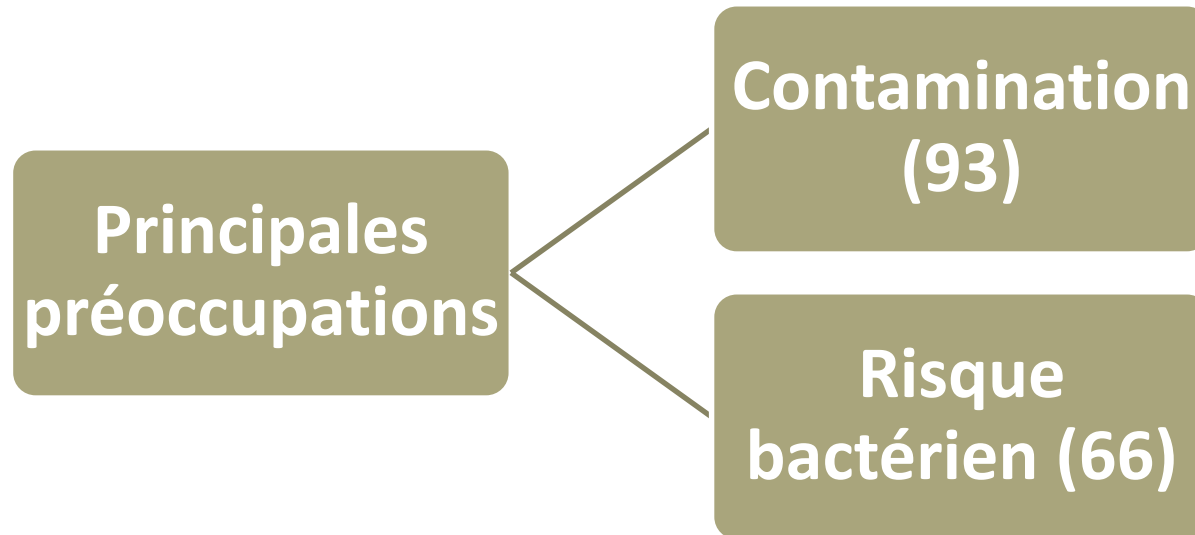
Comparaison de la gravité

Classement de la gravité	p-value
- Age	0,05

Analyse qualitative des perceptions

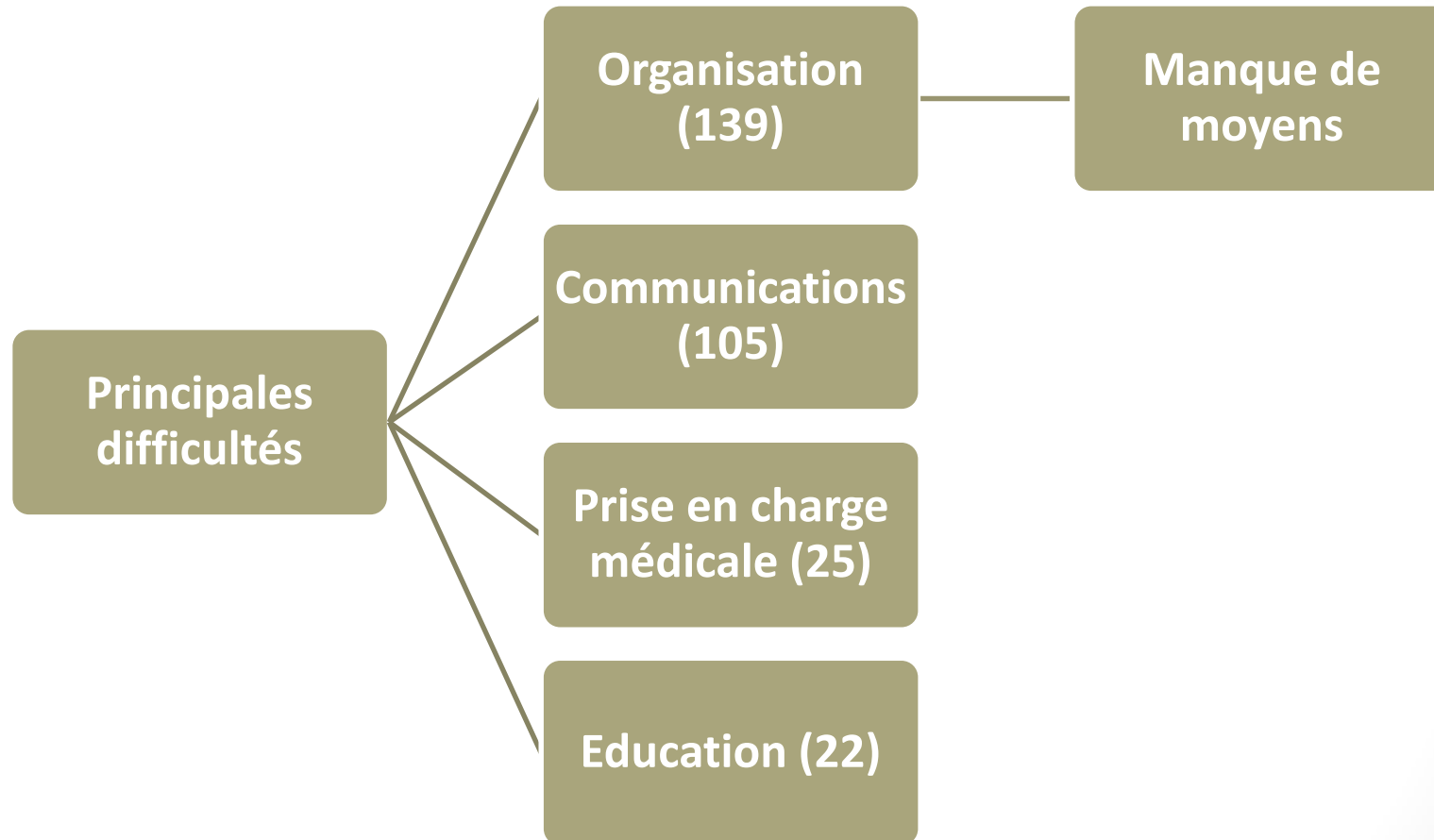
61 thèmes identifiés

Analyse qualitative des perceptions : le risque lié aux BHR

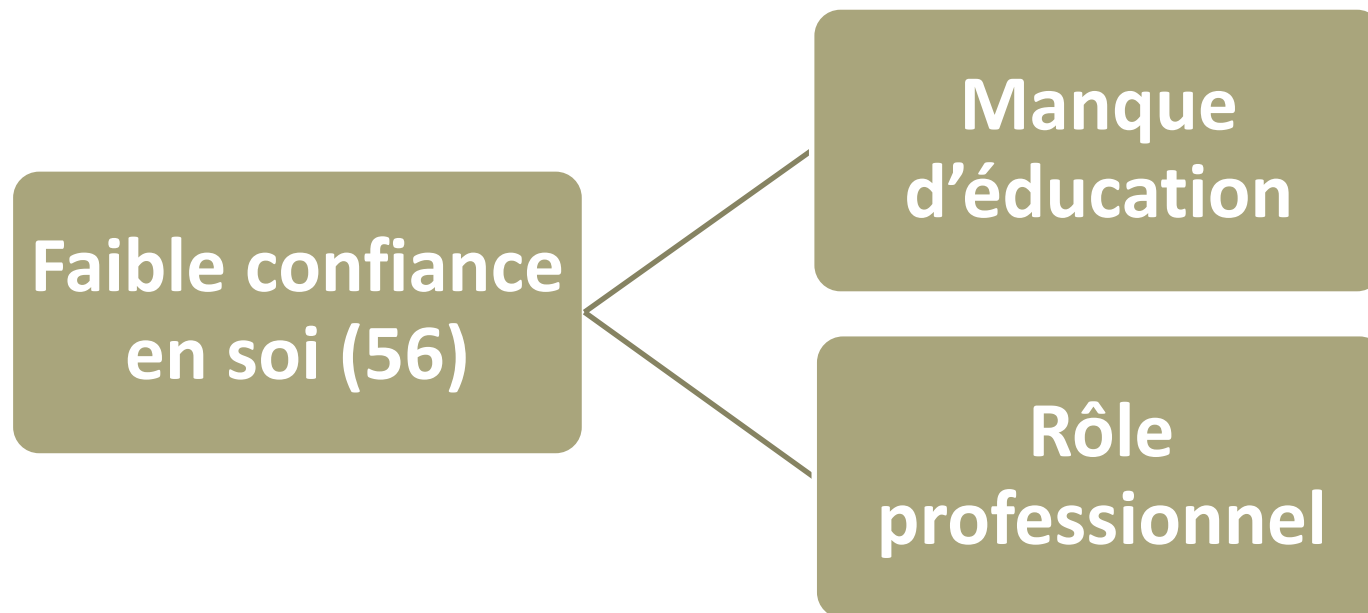


Question : Pourquoi pensez-vous qu'il y a une aussi importante surveillance autour des BHR ?

Analyse qualitative des perceptions : difficultés



Analyse qualitative des perceptions : confiance en leur pratique



Question : Avez vous confiance en vos connaissances et votre pratiques concernant les BHRé ?

DISCUSSION

Discussion

- **Connaissances**
 - Le rôle professionnel : de meilleures connaissances pour les médecins et de moins bonnes pour les aides soignants
 - L'expérience : ceux ayant déjà pris en charge des cas sont plus avisés
- **Perceptions**
 - Sensibilisation sur la transmission croisée : conséquence de la **situation épidémique en cours**
 - Appréhension de la lourdeur de la mise en place des recommandations : obstacles d'organisation, communication et manque d'éducation

Limites

- Echantillon de faible taille
- Situation épidémique → réponses biaisées
- Questions semi ouvertes → réponses restreintes
- Méthode d'analyse thématique chronophage

Conclusion et perspectives

- Sensibilisation et éducation continue du personnel nécessaires
- Mise à disposition de moyens pour une prise en charge optimale d'un patient porteur
- Amélioration de la communication intrahospitalière
- Amélioration des méthodes de formation
- Création d'outil pratiques pour faciliter l'application des recommandations
- **Conclusions généralisables à l'hôpital pour la prévention des infections**

Remerciements

L' équipe opérationnelle d' hygiène du CHU Henri Mondor - Albert Chenevier

<i>Chef de service</i>	Pr C. BRUN-BRUISSON
<i>PH</i>	Dr C. JANSEN
<i>AHU</i>	Dr S. JOLIVET
<i>Internes</i>	Dr M. BONNETON – Dr M. GENE
<i>Cadre Infirmier</i>	Mme C. POULAIN
<i>Infirmière</i>	Mme C. PICATION
<i>Secrétaire</i>	Mme C. FRANCISCO
<i>Les Techniciens Biohygiénistes</i>	

Tout le personnel d'Henri Mondor et Albert – Chenevier pour leur accueil lors des entretiens

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Bibliographie

1. Haut Conseil de la santé publique. Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé). **2013**; :1–77.
2. Inserm. Résistance aux antibiotiques.
3. Institut de veille sanitaire. Episodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases en France. Situation épidémiologique du 4 septembre 2014.
4. Lucet JC, Andremont A, Coignard B. Les entérocoques résistants aux glycopeptides : situation épidémiologique, mesures de contrôle actuelles et enjeux à venir. Bulletin épidémiologique hebdomadaire **2008**; :386–390.
5. Institut de veille Sanitaire. Episodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases en France. Situation épidémiologique du 4 mars 2015.
6. Institut de veille Sanitaire. Bilan des signalements d'infections nosocomiales pour entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) en France, 2005 - 2011. 2011: 1–14.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Report - Antimicrobial Resistance Surveillance in Europe. 2013: 1–170.
8. World Health Organization. Antimicrobial Resistance Global Report on Surveillance 2014. 2014: 1–232.
9. Centers for Diseases Control and Prevention. Protecting Patients and Stopping Outbreaks | Antibiotic/Antimicrobial Resistance.
10. Haut Conseil de la santé publique. Dépistage du portage digestif des bactéries commensales multirésistantes aux antibiotiques importées en France à l'occasion du rapatriement de patients en provenance de l'étranger et maîtrise de leur diffusion. **2010**; :1–37.
11. Lohr KN. Guidelines for clinical Practice: What They Are and why They count. 1995: 1197–56.
12. Tschudin-Sutter S, Pargger H, Widmer AF. Hand hygiene in the intensive care unit. Critical care medicine **2010**; 38:S299–S305.
13. Clock SA, Cohen B, Behta M, Ross B, Larson EL. Contact precautions for multidrug-resistant organisms: Current recommendations and actual practice. American journal of infection control **2010**; 38:105–11.
14. Afif W, Huor P, Brassard P, Loo VG. Compliance with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* precautions in a teaching hospital. American Journal of Infection Control **2002**; 30:430–433.
15. Burnett E, Kearney N, Johnston B, Corlett J, MacGillivray S. Understanding factors that impact on health care professionals' risk perceptions and responses toward *Clostridium difficile* and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a structured literature review. American journal of infection control **2013**; 41:394–400.
16. Brouwer M, Coelho E, Mosse D, Brondi L. Healthcare Workers' Challenges in the Implementation of Tuberculosis Infection Prevention and Control Measures in Mozambique. PloS one **2014**; :1–12.
17. Luisa A, Rn P, Sousa-uva A, Pina E. Endemic methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* : Nurses' risk perceptions and attitudes. American Journal of Infection Control **2014**; 42:1118–1120.
18. Maher L, Dawson A, Wiley K, et al. Influenza vaccination during pregnancy: a qualitative study of the knowledge, attitudes, beliefs, and practices of general practitioners in Central and South-Western Sydney. BMC family practice **2014**; 15:102.
19. Thibodeau E, Doron S, Iacoviello V, Schimmel J, Snyderman DR. Carbapenem-resistant enterobacteriaceae: analyzing knowledge and practice in healthcare providers. PeerJ **2014**; 2:e405.
20. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Quality & safety in health care **2005**; 14:26–33.
21. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health research **2005**; 15:1277–1288.
22. Seibert DJ, Speroni KG, Oh KM, DeVoe MC, Jacobsen KH. Knowledge, perceptions, and practices of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission prevention among health care workers in acute-care settings. American journal of infection control **2014**; 42:254–259.
23. Van Gemert-Pijnen J, Hendrix MGR, van der Palen J, Schellens PJ. Performance of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* protocols in Dutch hospitals. American journal of infection control **2005**; 33:377–84.
24. Masse V, Valiquette L, Boukhoudmi S, et al. Impact of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* contact isolation units on medical care. PloS one **2013**; 8:1–8.

Annexes

Questionnaire

Questions de connaissances

- (1) Qu'est-ce qu'une BHR ?
- (3) Quelle est la différence entre colonisation et infection ?
- (8) Quels sont les patients à risque ?
- (10) Quelle est la prise en charge de patient porteur ?

Questions de perception

- (2) Pourquoi pensez-vous il y a une aussi importante surveillance autour des BHRe ?
- (9) Quelle est la difficulté d'identifier ces patients ?
- (11) Selon vous, la prise en charge d'un patient porteur a-t-elle des conséquences ?
- (12) Quels sont les obstacles à la prise en charge d'un patient porteur de BHRe ?
- (13) Comment jugez-vous les mesures prises autour d'un patient porteur de BHRe ?
- (14) Le fait que le patient soit porteur change-t-il la qualité des soins dont il a besoin ? En quoi ?
- (15) Avez-vous confiance en vos connaissances et pratiques concernant les BHRe ?
- (21) Est-ce que vous percevez un risque pour vous-même ?

- Questionnaire (suite)

(5) Avez-vous déjà pris en charge des cas ?

(6) Avez-vous eu des formations sur les BHRe ?

(7) Avez-vous recherché des informations sur les BHRe ?

Définition d' une BHR

Variables	Vrai	Faux	ρ
Profession			
Internes	8	4	<0,001
Docteurs	6	2	
Cadre Infirmiers	10	0	
Infirmiers	28	21	
Aides-soignants	11	25	

Différence entre colonisation et infection

Variables	Vrai (N)	Faux (N)	ρ
Profession			
Internes	12	0	<0,001
Docteurs	12	0	
Cadre Infirmiers	8	1	
Infirmiers	18	29	
Aides-soignants	2	32	

Patients à risque de portage de BHR

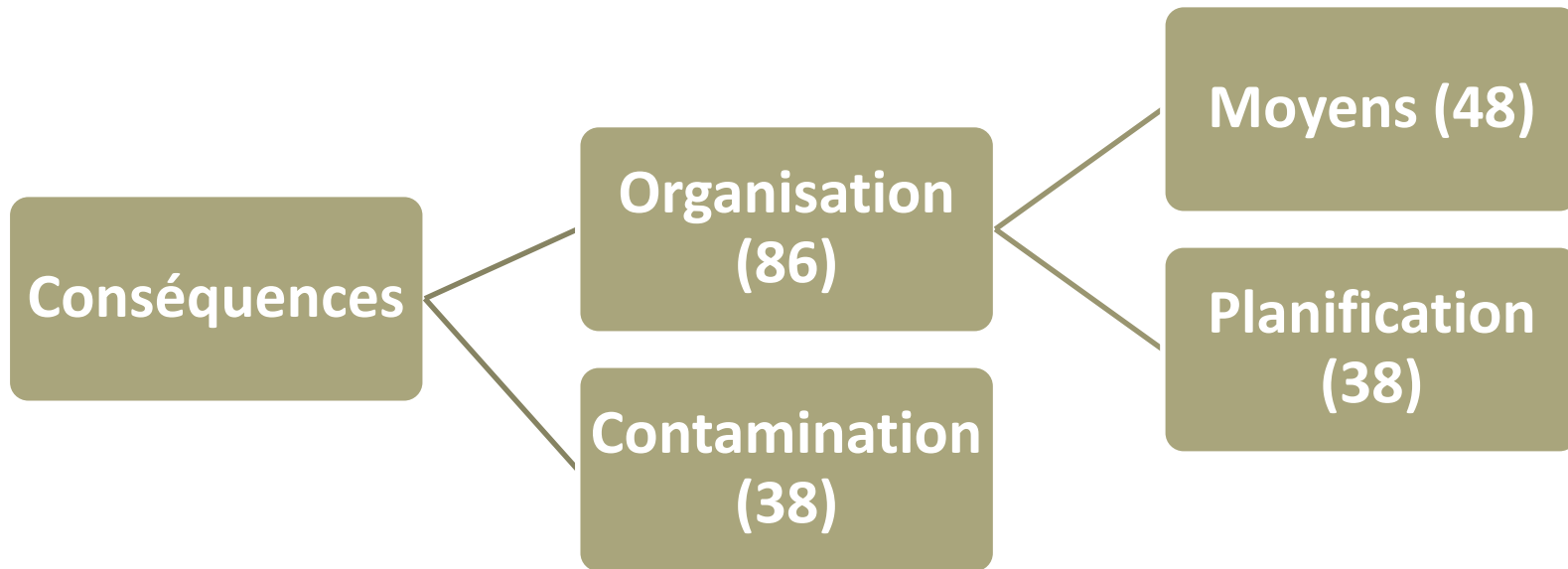
Variables	Vrai	Faux	ρ
Profession			
<i>Internes</i>	9	3	0,005
<i>Docteurs</i>	13	0	
<i>Cadre Infirmiers</i>	9	1	
<i>Infirmiers</i>	38	10	
Prise en charge de cas			
<i>Jamais</i>	24	16	0,03
<i>Cas isolé</i>	34	6	
<i>Epidémie</i>	29	8	
Enfants			
<i>Oui</i>	38	21	0,01
<i>Non</i>	48	9	
Recherche BHR			
<i>Oui</i>	47	7	<0,001
<i>Non</i>	40	23	

Perception de la contagiosité et de la gravité

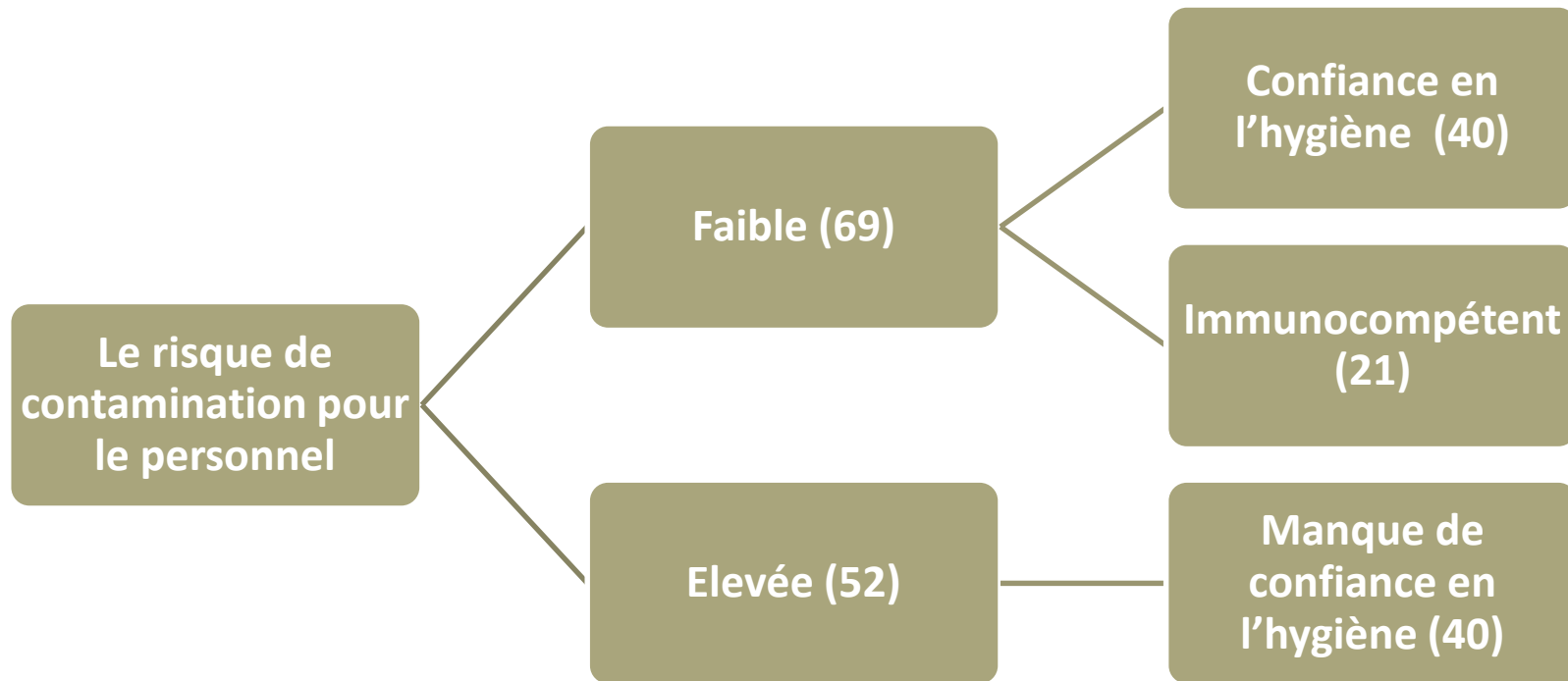
Variables	Contagiosité	Ecart-type	ρ	Gravite	Ecart-type	ρ
Catégorie Professionnelle						
Paramédicale	4,2	0,93	0,003			
Médicale	3,6	0,77				
Age						
[18-30ans]				2,7	1,21	0,05
[30-50ans]				2,5	1,21	
[+50ans]				1,8	1,39	



Analyse qualitative des perceptions : conséquences



Analyse qualitative des perceptions : le risque pour le personnel



Question : Est-ce que vous percevez un risque pour vous même ?