

Perception du risque nosocomial

Quel lien entre celle des patients et celle
des professionnels?

V. Merle- CHU de Rouen-réseau CoCLINNOR
Journée des CLIN mars 2005

Enjeux et difficultés

- La perception des patients peut influencer :
 - les pratiques (ex : hygiène des mains McGuckin *Am J Infect Control* 1999)
 - la qualité de la relation soignant/patient, les conséquences médico-légales éventuelles
 - le retentissement psychologique de la maladie
- L'analyse de la perception se heurte à des problèmes méthodologiques
 - Subjectivité, projection des opinions des professionnels
 - Biais de mémorisation

Perception des infections nosocomiales : les données de la littérature

- Les patients connaissent (plus ou moins) l'existence du risque
 - Enquêtes sur soins dentaires :
 - 1/3 des patients perçoivent un risque de contamination VIH (Humphris *Br Dent J* 1993)
 - 1/3 à 1/2 des patients perçoivent un risque d'infection lors des soins dentaires (Samaranayaake *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990)
 - Enquête auprès de 65 patients hospitalisés en chirurgie (Merle *J Hosp Infect* 2005)
 - 17/65 (26%, [16-39%]) savaient qu'une IN est une infection acquise à l'hôpital

Perception des infections nosocomiales : les données de la littérature

- Mais ils le comprennent mal...
 - Enquête auprès de 19 patients isolés pour SARM (Newton *JT J Hosp Infect* 2001)
 - **Compréhension** : Les patients attribuaient l'acquisition de SARM :
 - à l'hôpital (6/19)
 - à eux-mêmes (5/19), en raison de leur immunité (4/19) ou de leur mauvaise hygiène personnelle (1/19)
 - à la malchance (1/19)
 - et 6/19 ne comprenaient pas la cause
 - **Opinion sur le pronostic** :
 - 17/19 n'avaient pas d'idée de la durée prévisible de l'infection, ou sur l'efficacité du traitement, 6/19 pensaient qu'il n'y avait pas de traitement

Perception des infections nosocomiales : les données de la littérature

- Des mesures de prévention parfois mal vécues
 - Enquête auprès de 19 patients isolés pour SARM (Newton JT *J Hosp Infect* 2001)
 - Selon les patients, l'isolement vise à :
 - lutter contre la contagion (4/19)
 - diminuer la charge de travail et à libérer des lits (3/19)
 - protéger le personnel (3/19)
 - Conséquences de l'isolement perçues par les patients :
 - « on se sent comme un lépreux » (1/19)
 - se sentent moins pris en charge par le personnel (4/19)
 - se sentaient plus seuls (3/19)
 - pour certains, signe de la gravité de leur maladie
 - Analyse du séjour de 150 patients isolés pour SARM (Stelfox HT *JAMA* 2003)
 - L'isolement est associé à plus de plaintes (8% vs. 1%)

Perception des infections nosocomiales : les données de la littérature

- La perception qu'ont les patients des IN influence leur attitude
 - Elle peut diminuer le recours aux soins
 - soins dentaires et VIH (Thomson *Aust Dent J* 1997)
 - Elle pourrait augmenter la fréquence des contentieux
 - Enquête auprès de 65 malades hospitalisés en chirurgie (Merle *J Hosp Infect* 2005)
 - 33/65 (51% [39-63%]) seraient prêts à porter plainte en cas d'IN,
 - Tendance à une augmentation parmi les malades qui se jugent à faible risque d'IN (58.0% versus 28.6%, p=0,051)

Perception des infections nosocomiales : les données de la littérature

- L'information sur les IN est souhaitée mais souvent mal mémorisée et parfois mal perçue
 - Enquête auprès de 108 malades sur la perception de la fiche d'information décrivant les risques de l'endoscopie (Roque *Gastroenterol Clin Biol* 2003)
 - 34 (31,5% [23-40%]) la jugeaient étonnante ou angoissante
 - 35/85 (41% [31-52%]) considéraient que le formulaire de consentement servait à décharger le médecin de ses responsabilités
 - Enquête chez 65 malades en chirurgie (Merle *JHI* 2005)
 - 52/65 (80% [68-89%]) déclaraient n'avoir reçu aucune information sur les IN depuis leur entrée à l'hôpital
 - 50/65 (77% [65-87%]) souhaitaient être informés

L'information des patients sur le risque nosocomial

- Obligations réglementaires (loi du 4 mars, décret du 26 juillet 2001 sur le signalement) = informer le malade :
 - de manière générale (IN et structures de lutte : livret d'accueil)
 - de son **niveau de risque individuel**, en fonction de son état et des soins qu'il reçoit
 - de la **survenue d'une infection**
 - si l'infection a donné lieu à un **signalement**
 - de son exposition à un risque (**information rétrospective**)
- Connaissance et application de ces mesures par les professionnels??

Objectifs de l'enquête

- Décrire
 - les connaissances,
 - les pratiques déclarées
 - et les opinions des professionnels de santéconcernant l'information des patients sur les infections nosocomiales
- Analyser l'influence des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Méthodes

- Sondage auprès d'un échantillon de professionnels de santé travaillant dans les 22 établissements du réseau d'hygiène CoCLINNOR
 - centres hospitaliers (dont CHU), hôpitaux locaux, long séjour (EHPAD), centres de rééducation ou de soins de suite, maternités, cliniques chirurgicales, centre de lutte contre le cancer, établissements psychiatriques
- Professionnels concernés :
 - Médecins, infirmier(e)s, cadres, sage-femmes
 - Au contact des patients et en situation d'informer : exclusion des médecins du travail, anapath, IBODE, IADE, ...
- Questionnaire anonyme auto-administré remis par le(s) référent(s) de l'établissement

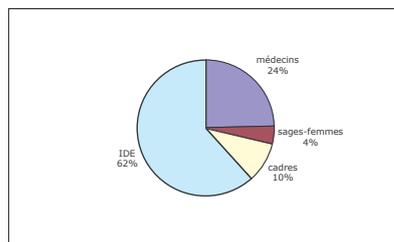
* Déclaration CNIL

Méthodes Questionnaire

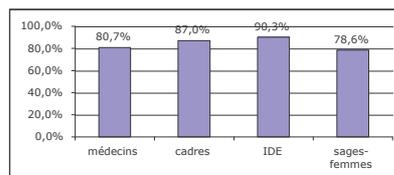
- Caractéristiques démographiques et professionnelles
 - Âge, sexe
 - Catégorie professionnelle, et spécialité pour les médecins
 - Secteur d'activité et statut de l'établissement
- Connaissances des obligations réglementaires
- Description des pratiques déclarées d'information :
 - Dans différentes situations : avant un acte ou une hospitalisation (malade non infecté), devant une IN, devant un portage de bactérie multirésistante
 - Motifs de non information
- Opinions des professionnels
 - Favorable/défavorable à plus d'information sur les infections nosocomiales
 - Avantages/inconvénients perçus d'une meilleure information

Résultats Description de la population

1270 professionnels tirés au sort, 1107 réponses : 87,2%



- Age moyen 40,2 +/- 10,1
- Sex ratio H/F 0,28

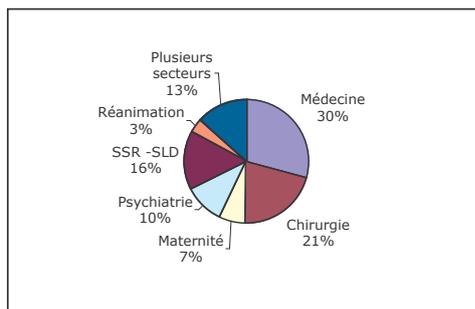


- Participation plus importante chez les cadres et les IDE que chez les médecins et les sages-femmes ($p < 0,00001$)

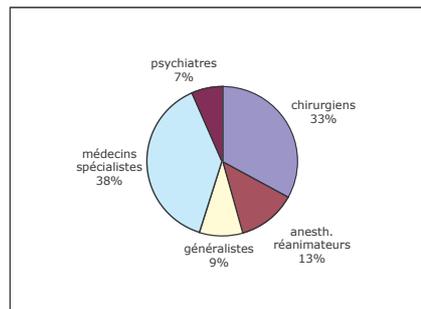
Résultats

Description de la population

Secteurs d'activité des professionnels



Spécialités des médecins



Résultats

Connaissance des obligations

- Connaissance de l'ensemble des obligations
 - Définie comme :
 - **Oui** à info. sur niveau de risque individuel, survenue d'une infection, signalement
 - **Non** à fréquence des IN dans l'établissement, fréquence des IN du chirurgien, obligation d'informer la famille
- Résultat :
 - **96/1107 = 8.7%** (IC95 6,6-9,8%)
 - Pas de différence entre catégories professionnelles, ni entre secteurs d'activité
 - Parmi les médecins, pas de différence entre les spécialités.

Résultats

Connaissance des obligations : causes d'écart

- Parmi les 1011 professionnels n'ayant pas une connaissance globale des obligations :
 - Pensent non obligatoire
 - D'informer sur le risque lié à l'état du patient : 575 (56,9%)
 - D'informer sur le risque lié à l'acte réalisé : 418 (41,3%)
 - D'informer sur la réalisation d'un signalement : 558 (55,2%)
 - D'informer sur la survenue d'une IN : 116 (11,5%)
 - Pensent obligatoire
 - D'informer la famille : 363 (35,9%)
 - D'informer sur la fqce des IN dans l'établissement : 76 (7,5%)
 - D'informer sur la fqce des IN pour le chirurgien : 9 (6,8%)

Résultats

Pratiques déclarées

Information sur le risque (= aux malades non infectés)

- **220/1107 = 19,9%** IC95 (17,5-22,2%) donnent des informations sur les IN (en l'absence d'infection)
- Les facteurs associés à l'information sont :
 - L'âge plus élevé ($p=0,045$), et le sex masculin ($p=0,008$)
 - La catégorie professionnelle : **médecins** 26,9% et **S-F** 27,7% *versus* cadres 4,2% et IDE 17,3%, ($p=0,002$)
 - Le secteur d'activité : **chirurgie** 31,6%, *versus* médecine 22,1%, réanimation 21,1%, SSR-LD 12,2%, maternité 9,7%, psychiatrie 5,6% ($p<10^{-8}$)
 - Le statut de l'établissement : **privé** 30,8%, **PSPH** 27,5%, *versus* public 13,9%, ($p<10^{-8}$)
 - La spécialité des médecins : 43% des **chirurgiens**, *versus* 28% des anesth-réa, 18% des spécialités médicales, 13% des généralistes, 6% des psychiatres ($p<0,007$)

Résultats Pratiques déclarées

Les informations données concernent :

la prévention des IN	86,6%	(83,0-90,3)
le mécanisme des IN	59,1%	(53,8-64,3)
le risque lié à un acte	42,7%	(37,4-48,0)
les conséquences des IN	42,4%	(37,2-47,7)

Résultats Pratiques déclarées

- Motifs de non information :

absence de demande des malades	64,40%	(61,3-67,6)
info. sans notion de "nosocomialité"	47,90%	(44,6-51,2)
Crainte d'inquiéter les malades-----	44,20%	(41,0-47,5)
malades non exposés-----	27,50%	(24,5-30,4)
n'y pense pas-----	21,90%	(19,2-24,6)
manque d'habitude-----	21,20%	(18,5-23,9)
manque de temps-----	8,00%	(6,2-9,8)
Crainte de contentieux-----	5,90%	(4,4-7,5)
information inutile-----	1,50%	(0,7-2,3)
autre-----	9,80%	(7,8-11,8)

Absence de demande : + cité par cadres (74%) et IDE (71%) que médecins (52%) et S-F (45%)

Malades non exposés : + cité par médecins (42%) et cadres (44%) que S-F (29%) et IDE (21%)

Manque d'habitude : + cité par cadres (20%), S-F (17%), et IDE (26%) que par médecins (10%)

Pas de différence pour les autres réponses

Résultats Pratiques déclarées

Information aux malades infectés

informent habituellement	36,50%	(33,7-39,3)	} 64,1%
informent si demande du patient	27,60%	(24,9-30,2)	
n'informent pas	30,70%	(28,0-33,4)	

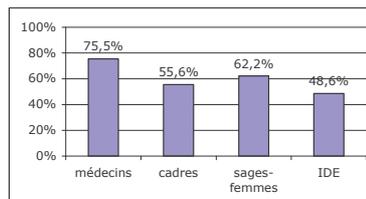
- Les facteurs associés à l'absence d'information des malades infectés sont :
 - La catégorie professionnelle (cadres 36,7% et IDE 35,1%, versus médecins 32,2% et sages-femmes 31,9%, p=0,002)
 - Le secteur d'activité (psychiatrie 71%, versus maternité 31,4%, médecine 32,1%, réanimation 36,8%, SSR-LD 26,2%, chirurgie 23,1%)
 - Le statut de l'établissement (public 35,3% et privé 33,3%, versus PSPH 20,3%, p<0,01)
 - La spécialité des médecins (psychiatres 85,7%, versus spécialités médicales 23,2%, chirurgiens 19,3%, généralistes 19,1%, anesth-réa 13,3%, p<10⁻⁶)
 - Pas d'influence de l'âge et du sexe

Résultats Pratiques déclarées

- Les informations données concernent :

l'existence d'une IN	73,3%	(69,0-77,6)
le traitement de l'IN	92,1%	(89,4-94,7)
le mécanisme de l'IN	60,6%	(55,9-65,4)
autre	12,4%	(9,2-15,6)

- Les médecins parlent plus souvent du mécanisme de l'IN (p<0,001)

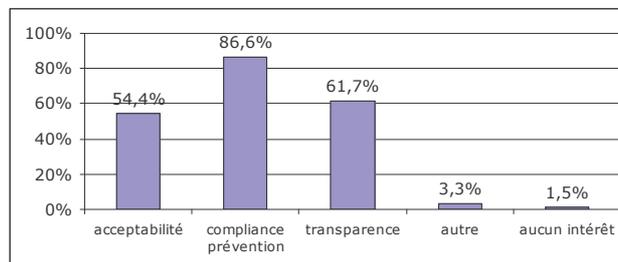


Résultats Opinions

- 955/1027 = **93,0%** IC95% (91,4-94,6) des professionnels sont **favorables** à plus d'information sur le risque nosocomial
- Les facteurs associés à l'opinion favorable sont :
 - L'âge moins élevé (39,8+/-10,1 versus 42,8+/-11,1, p=0,018)
 - Le sexe féminin (p=0,0005)
 - La catégorie professionnelle (cadres 97,7%, IDE 93,9% et sages-femmes 93,1%, *versus* **médecins** 88,8%, p=0,014)
La différence entre catégories professionnelles disparaît après ajustement sur l'âge et le sexe
 - La spécialité des médecins (généralistes 100%, psychiatres 100%, chirurgiens 86,3%, spécialités médicales 94,3%, *versus* **anesth-réa** 70,0%, p =0,0017)
- Pas de différence suivant le secteur d'activité ou le statut de l'établissement

Résultats Opinions

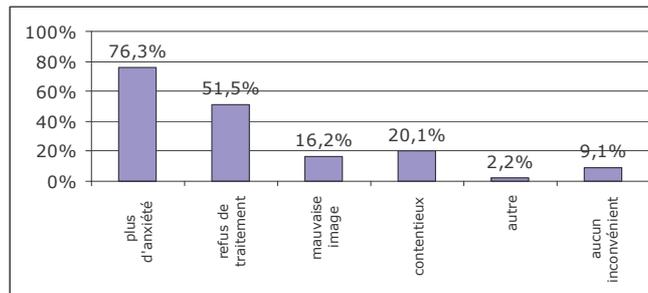
Intérêt perçu d'une meilleure information



- **Transparence** plus citée par **médecins** (69,6%) et S-F (71,4%) que par cadres (62,5%) et IDE (57,0%) (p=0,02)
- Pas de différence entre catégories professionnelles pour les autres items

Résultats Opinions

Inconvénients perçus d'une meilleure information



• **Plus d'anxiété** : + citée par IDE (80,2%) que par médecins (71,9%), cadres (70,8%), et S-F (64,8%) (p=0,04)

• Risque de **contentieux** : + cité par IDE (23,0%), que par médecins (16,3%), cadres (12,5%), ou sages-femmes (15,2%) (p=0,03)

Discussion

- Limites de l'étude
 - Pratiques déclarées, non observées
 - Biais de désirabilité, mais limité par l'anonymat des réponses
- Points forts :
 - Taux de réponse élevé
 - Echantillon représentatif

Discussion

- **Connaissances :**
 - Connaissance insuffisante des obligations réglementaires
 - Erreurs par excès aussi bien que par défaut d'information
- **Pratiques déclarées :**
 - Les professionnels semblent peu enclins à informer les malades du risque d'IN ; en revanche l'information du malade infecté semble plus fréquente.
 - L'information porte sur des éléments concrets (jugés plus utile par les professionnels?) :
 - Les mesures de prévention
 - le traitement de l'infection
 - Les pratiques varient suivant les caractéristiques socio-professionnelles

Discussion

- **Opinions :**
 - Les craintes des professionnels témoignent :
 - d'un souci de l'intérêt du malade : anxiété, refus de soins
 - plutôt que d'un souci de l'intérêt des professionnels : contentieux, mauvaise image.
 - Les professionnels perçoivent peu la demande d'information de la part des malades.
 - A noter :
 - L'opinion des professionnels est influencée par ce qu'ils « sont » (âge, sexe, profession, spécialité)
 - Leurs pratiques déclarées sont influencées par qu'ils « sont », mais aussi par l'endroit où ils travaillent (secteur d'activité, statut de l'établissement)

Conclusion

- L'opinion largement favorable à l'information contraste avec :
 - la connaissance limitée des obligations
 - et une pratique déclarée d'information peu développée et plutôt ciblée sur les malades infectés
- Facteurs de confusion à contrôler en analyse multivariée, analyse sociologique à prévoir
- La perception des professionnels (pas de demande des patients, risque d'anxiété des malades, ou de refus de traitement) mériterait d'être confrontée à la perception des patients

Remerciements

- Le groupe de travail : Nelly Dubreuil, Anne Moreau, Dr Dollois, Dr Gray, Dr Kerleau, Dr Théry
- Les Présidents de CLIN, Directeurs des soins, Directeurs des établissements du CoCLINNOR
- Les organisateurs du recueil de données dans chaque établissement
- Les professionnels de santé qui ont participé à l'enquête