

Peut-on mettre en pratique les recommandations et comment ?

D'après la communication de Christian Brun-Buisson

Service de réanimation médicale, hôpital Henri-Mondor, Créteil, France

La prévention des infections nosocomiales résulte de mesures multiples. Dès lors qu'elles sont validées, ces mesures sont listées sous forme de « recommandations ».

Comment diffuser ces recommandations ? Veiller à leur mise en pratique, en mesurer directement les bénéfices et enfin évaluer les résultats à plus large échelle ?

Les réponses à ces questions font l'objet de cette présentation.

Les obstacles à l'adoption des recommandations sont nombreux. Ils sont liés au personnel, à l'organisation du travail ou encore liés à l'institution.

Selon les experts de l'amélioration de la qualité des soins, le taux d'application des recommandations est extrêmement faible, quelque soient les méthodes employées pour diffuser et favoriser l'adoption des données scientifiques, notamment avec des méthodes « passives » : conférences, visites des experts, audits, systèmes informatisés... Les études rapportent une amélioration des procédures de 10 %, en moyenne ; le changement de pratique est possible mais limité et difficile à obtenir [1,2].

L'adoption et la mise en œuvre de recommandations sont facilitées par l'obtention d'un consensus sans controverse sur une recommandation forte, suffisamment nouvelle et spécifique, soutenue par les leaders d'opinion locaux et suivie par des méthodes de rappel et de rétro-information du personnel.

Les recommandations concernant la prévention des infections sur cathéters (KT) sont nombreuses. C'est pour cette infection nosocomiale dont les facteurs de risque sont essentiellement exogènes, que les programmes d'amélioration de la qualité ont le plus de chance d'être bénéfiques.

Des programmes de formation aux pratiques d'hygiène, et des directives précises sur la pose, l'utilisation et les soins des KT se sont avérés efficaces. D'après les résultats du réseau américain NNIS [3], l'incidence des bactériémies sur KT est passée de 10/1000 jours-KT en 1990 à la moitié en 2000 et à moins de 3/1000 en projetant la courbe jusqu'en 2005. De fait, les résultats français récents montrent un taux d'incidence de 1,5/1000 [4].

Un certain nombre de travaux sur des cohortes importantes de patients montrent l'intérêt des programmes de formations réalisés pour la plupart sur le même schéma avec des rappels, des modules d'auto-évaluation, et une rétro-information [5].

Ces formations « modules éducationnels » portent sur des recommandations précises, appropriés et simples comme l'hygiène des mains, les précautions d'asepsie, le choix du site d'insertion du KT, la vérification des pansements... Les procédures recommandées sont affichées, un questionnaire d'auto-évaluation du personnel est mis en place, ainsi qu'un audit des pratiques hebdomadaire [6].

Une étude multicentrique sur un très grand nombre de patients (20 000 j/KT) compare un premier groupe recevant une formation en cinq étapes, suivie pendant 20 trimestres, à un groupe contrôle. Les résultats mettent en évidence le bénéfice du programme éducationnel en faisant baisser le taux d'incidence des infections liées aux cathéters de 11,3/1000 à 0,1/1000 j/KT dans le premier groupe [7] (Fig. 1).

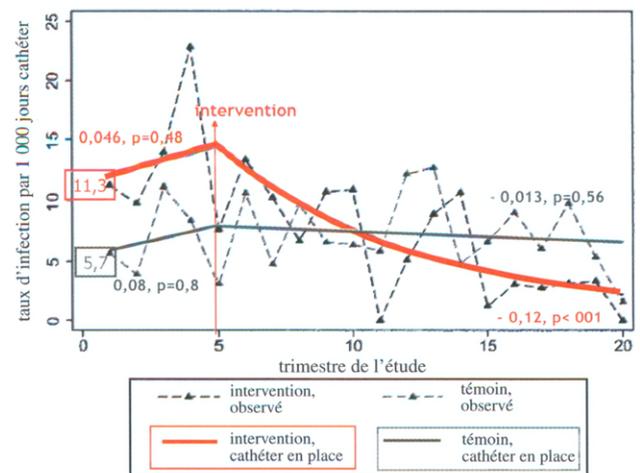


Fig. 1. Courbe montrant l'intérêt de l'intervention éducationnelle sur la baisse de la densité d'incidence des infections liées aux cathéters [7].

Une publication très récente de la même équipe présente un programme de formation et d'auto-évaluation mené dans 103 centres de réanimation (375 000 j/KT) dont l'efficacité est prouvée par l'obtention d'un taux d'incidence ramené à

une médiane de 0 bactériémie /1000 jours-KT, en 18 mois [8].

En ce qui concerne les pneumopathies, des recommandations comme celles de l'ATS mettent l'accent sur les mesures pertinentes [9].

Les « modules éducationnels » ont également prouvé leur efficacité sur la réduction des pneumopathies nosocomiales. Les formations sont basées sur des recommandations, le suivi de leur application, et une auto-évaluation. Les résultats sont probants : 58 % de réduction des taux de pneumopathies dans une étude [10], 50 % dans deux autres [11,12].

Les programmes de formation présentés dans ces nombreuses études, reposant sur des mesures simples dont l'efficacité est prouvée par les résultats publiés, sont tous menés sur le même mode, basé sur un schéma de programme d'amélioration continue de la qualité. La mise en pratique des recommandations paraît optimisée par une évaluation continue des connaissances délivrées.

Au total, la prévention de l'infection nosocomiale repose sur des connaissances d'épidémiologie et de microbiologie mais aussi sur les sciences du comportement.

Références

- 1 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients'care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- 2 Grimshaw J, Eccles MP. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible ? *Med J Austr* 2004;180:S50–1 (full text @ HTA 2004 ; 8 n°6, 102 p.).
- 3 Centers for Diseases Control. Monitoring hospital-acquired infection to promote patients safety. USA 1990-1999. *MMWR* 2000;49(8):149-53.
- 4 Maugat S, Joly C, L'heriteau F, Beaucaire G, Astagneau P. Standardized incidence ratio: a risk index for catheter-related infection surveillance in intensive care units (REACAT network) in Northern France. *Rev Epidemiol S Pub* 2005;53(S1):39-46.
- 5 Warren DK, Zack JE, Mayfield JL, Chen A, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH, et al. The effect of an educational program on the incidence of CVC-associated bloodstream infection in a medical ICU. *Chest* 2004;126:1612-18.
- 6 Warren DK, Cosgrove SE, Diekema DJ, Zuccotti G, Climo MW, Bolon MK, et al. A multicenter intervention to prevent catheter-associated bloodstream infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006;27:662-67.
- 7 Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsett PA, Hobson D, Earsing K, Farley JE, et al. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004;32:2014-20.
- 8 Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725-32.
- 9 American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Health-care-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005;171:388-416.
- 10 Zack JE, Garrison T, Trovillion E, Clinkscale D, Coopersmith CM, Fraser VJ, Kollef MH, et al. Effect of an education program aimed at reducing the occurrence of ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Med* 2002;30:2407-12.
- 11 Babcock HM, Zack JE, Garrison T, Trovillion E, Jones M, Fraser VJ, Kollef MH, et al. An educational intervention to reduce ventilator-associated pneumonia in an integrated health system : a comparison of effects. *Chest* 2004;125:2224-31.
- 12 Lai KK, Baker SP. Impact of a program of intensive surveillance and interventions targeting ventilated patients in the reduction of ventilator-associated pneumonia and its cost-effectiveness. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003;24:859-63.