

Démarche régionale d'amélioration de la qualité des soins en dialyse (centre lourd et UDM)

Visite de risque infectieux en hémodialyse

CPias Ile-de-France
Juin 2018

Contexte

- **Travail régional** initié en 2015 avec les UAD
- Collaboration ARS / CPias Ile de France
- **Objectif** : étendre la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins en hémodialyse aux centres lourds et unités de dialyse médicalisées

	HDC	UDM	UAD assistée	UAD simple
Ratio IDE/patients	1/4	1/4	1/6	1/8
Ratio AS/patients	1/8	-	-	-
Présence médecin	Permanent	1/semaine	1/mois	1/trimestre

Contexte-UAD

- Travail avec les UAD débuté à la suite d'un signalement de transmission nosocomiale du VHC
 - Défaut d'application des précautions standard
 - Transmission environnementale liée à la mauvaise gestion des projections de sang
- Audit régional en 2015 sur l'hygiène des mains en UAD
 - 25% des opportunités ne donnent pas lieu à une HDM chez les IDE
 - 50% des opportunités ne donnent pas lieu à une HDM chez les médecins
 - 50% des opportunités ne donnent pas lieu à une HDM chez les patients (avant/après compression de la FAV)
- Démarche régionale de visite de risque en UAD
 - 37 unités participantes / 62 UAD en IdF

Méthodologie

- Réalisation de la VDRI selon le modèle du Grephh et en suivant le planning régional
 - Visite de risque infectieux *a priori* centrée sur le patient et la gestion des accès vasculaires
 - Plusieurs modes de recueil de données : recensement documentaire, entretiens (tous les professionnels présents et patients), observations (organisations et pratiques professionnelles) et visite des locaux
 - Démarche active avec une forte implication des équipes
 - Résultats qualitatifs : liste de dysfonctionnements => plan d'action à mettre en place

Rétro-planning



Sollicitation
des EOH
CPias/ARS
(12/2017)



Formations
outil du
Grephe
(01/2018)



Réalisation
VDRI par les
EOH locales
(02-03/2018)



Retour des
rapports
VDRI
(04/2018)



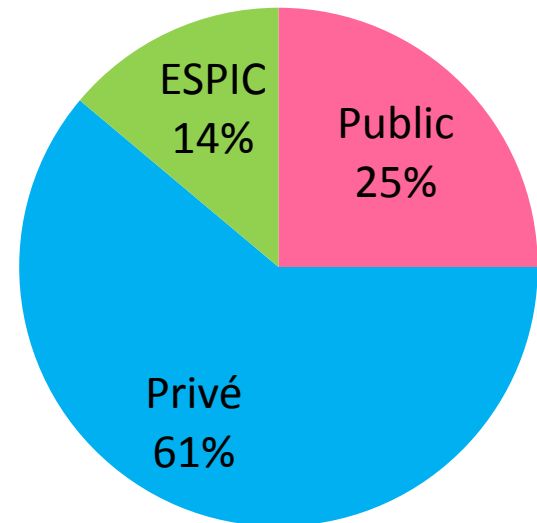
Restitution
régionale
résultats
(06/2018)



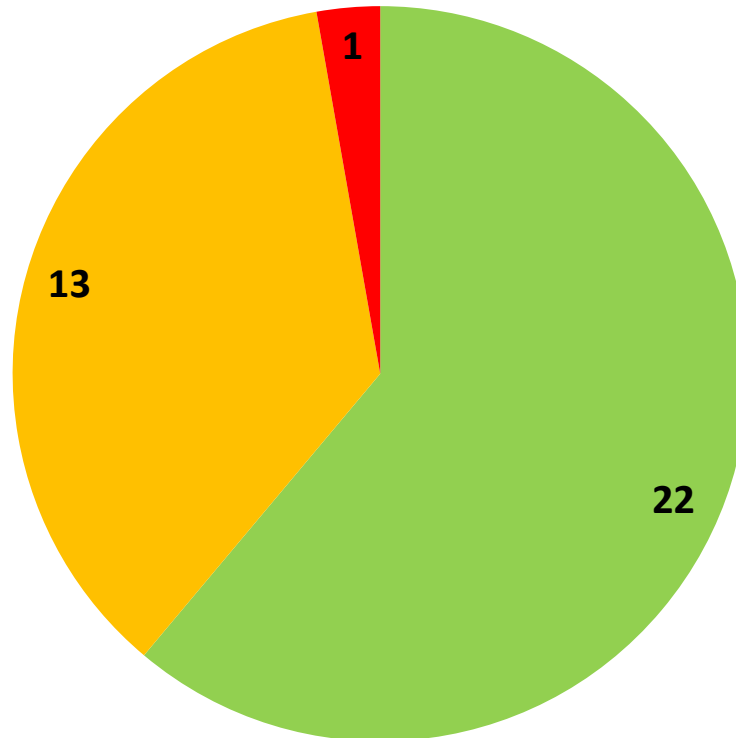
Résultats

- 36 unités de dialyse ont réalisé la VDRI dans le cadre de cette démarche régionale (sur les 71 unités d'Ile-de-France)
- Concerne
 - > 500 postes de dialyse en centre (moyenne=15 postes/centre)
 - ≈ 250 postes de dialyse en UDM (moyenne = 8 postes/UDM)

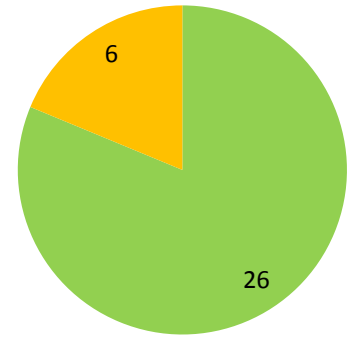
Statut de l'unité (n=36)



Moyens humains (n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique



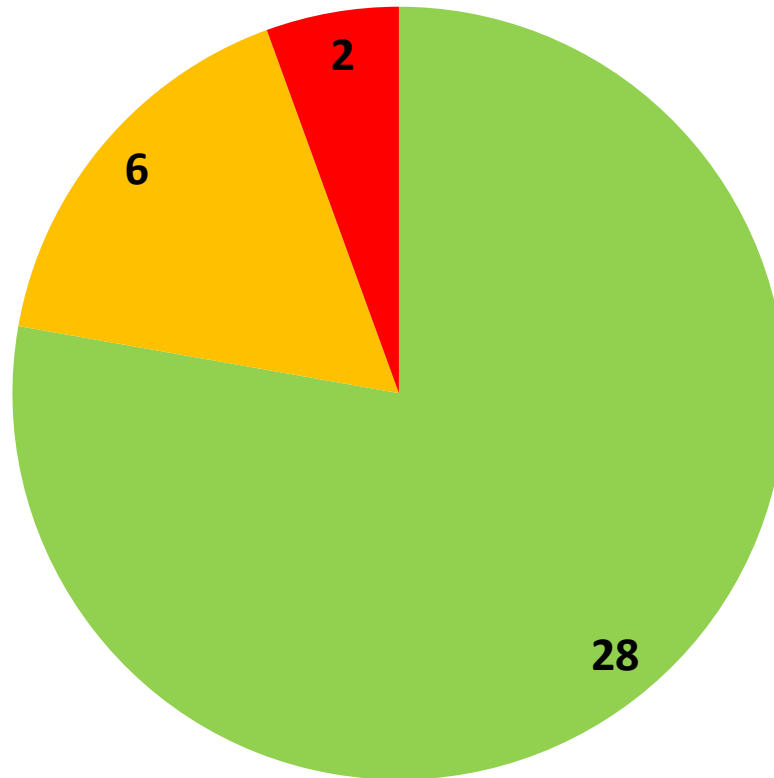
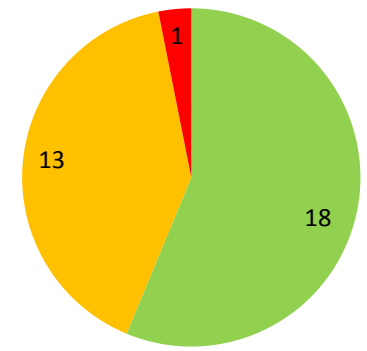
UAD

Moyens humains

- Ratio IDE : toujours respecté (réglementaire) mais charge de travail importante
 - Nombreux branchements sur CVC réalisés seul.
- AS ou ASH : ponctuellement insuffisant notamment pour le bionettoyage en interséance



Fiche de poste (n=36)

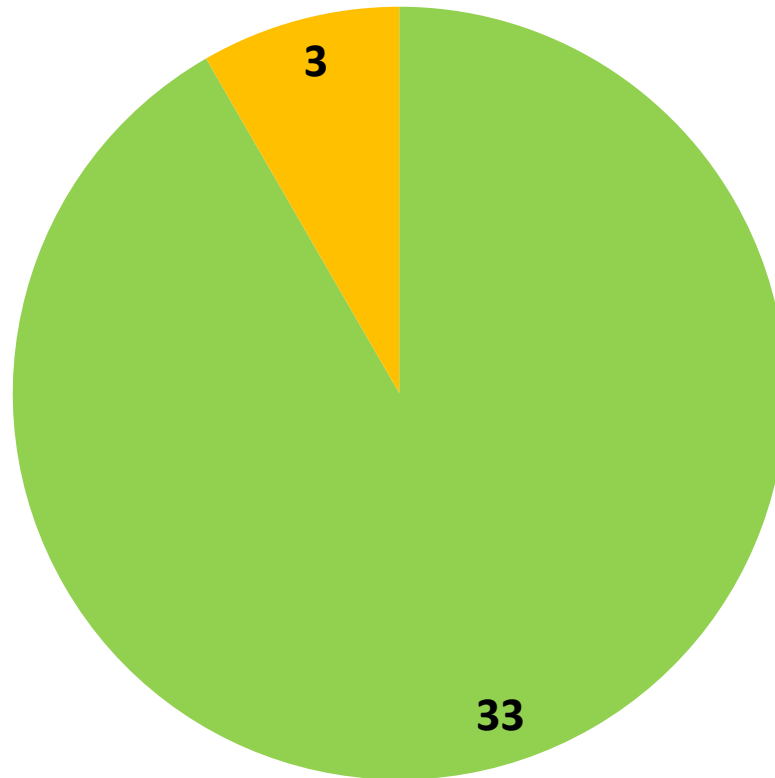
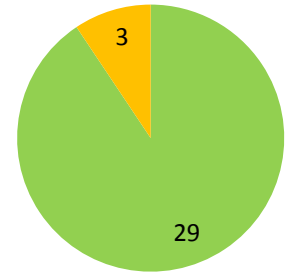


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Fiche de poste

- Le risque infectieux n'est pas toujours abordé en détail dans la fiche de poste

Planification des séances (n=36)



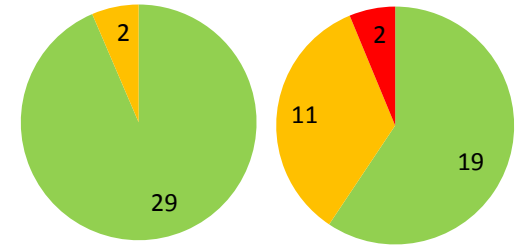
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Planification des séances

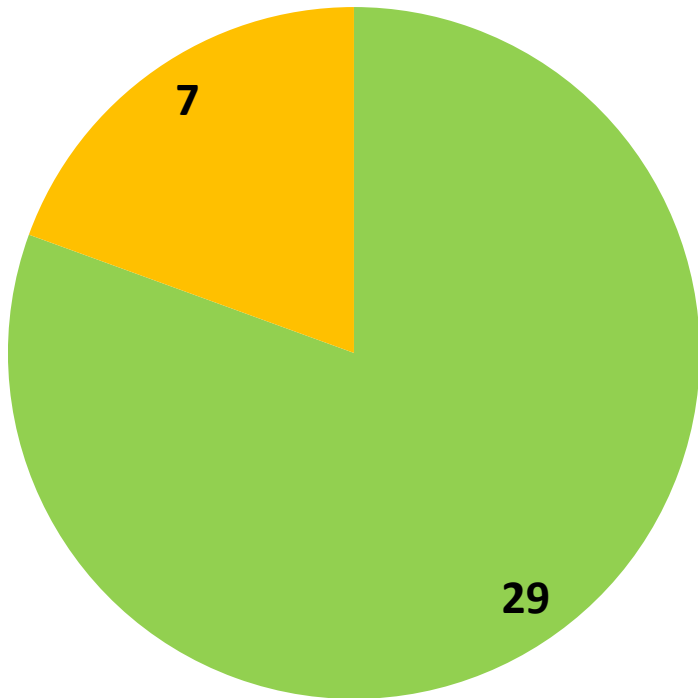
- Les patients sont satisfaits de la planification et de l'organisation de leurs séances



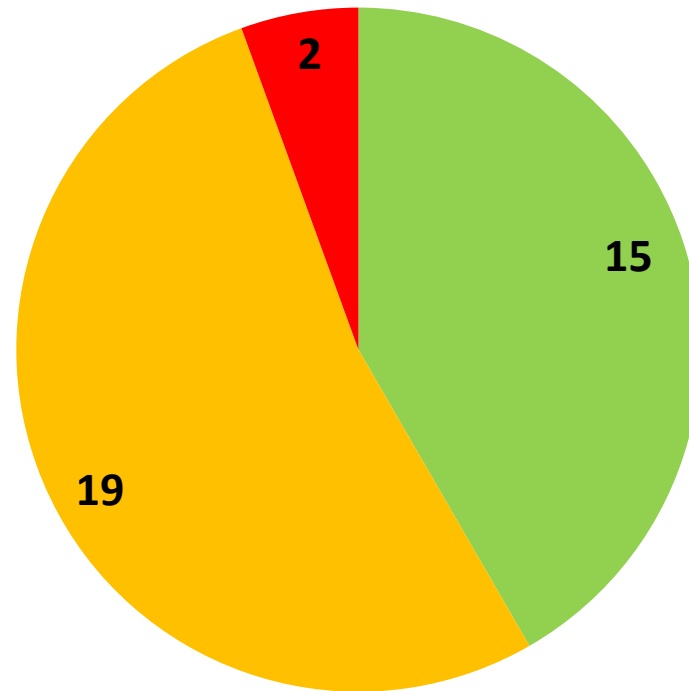
Formation du personnel (n=36)



A l'hémodialyse



Au risque infectieux

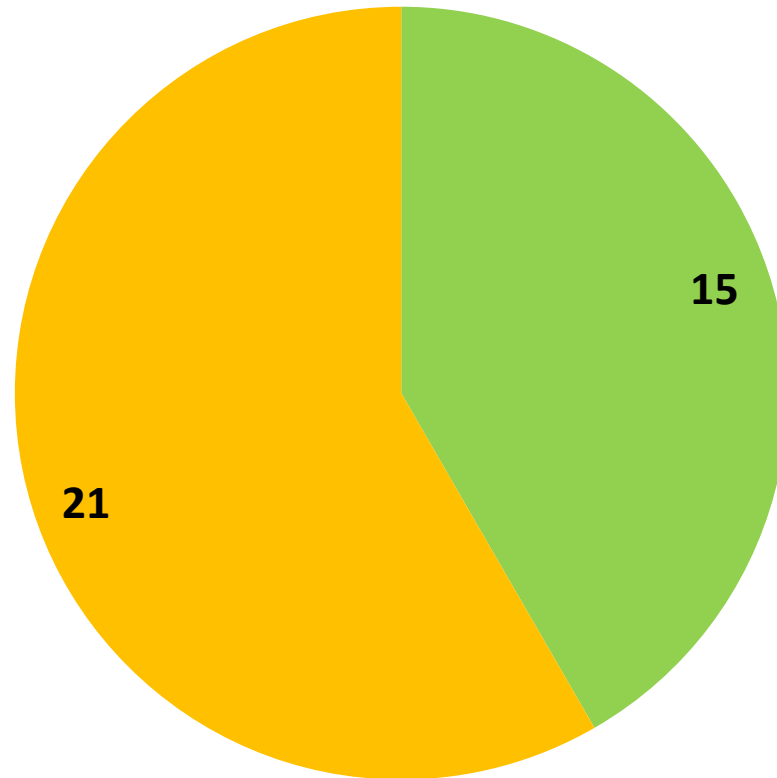
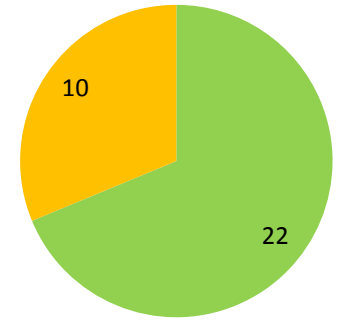


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Formation du personnel

- Une formation à la spécificité de l'activité d'hémodialyse est faite à chaque arrivant : tutorat pendant au moins 1 mois.
- Par contre, une formation sur le risque infectieux en hémodialyse n'est pas systématique à l'arrivée et n'est pas faite de façon régulière

Gestion des risques (n=36)



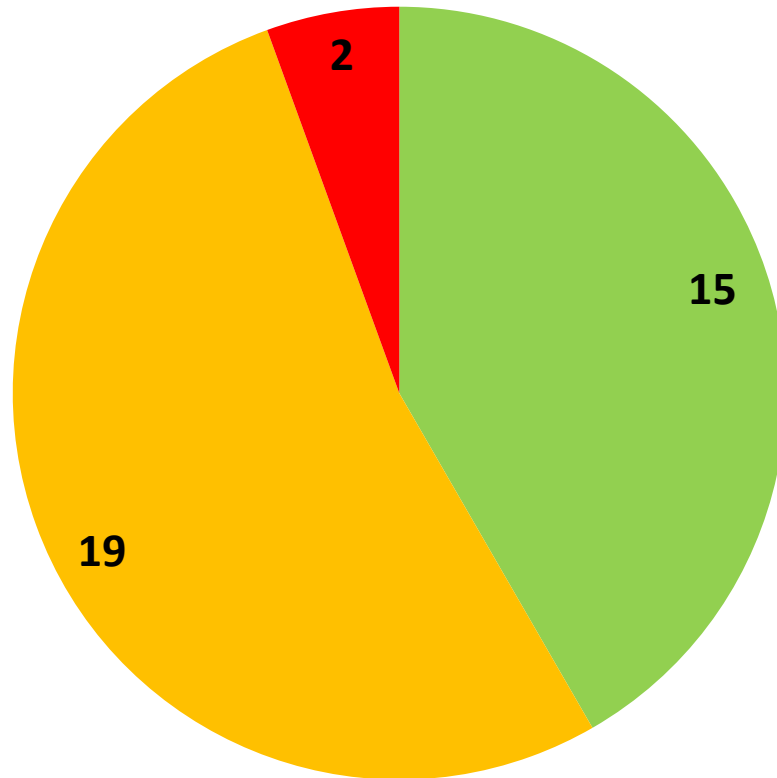
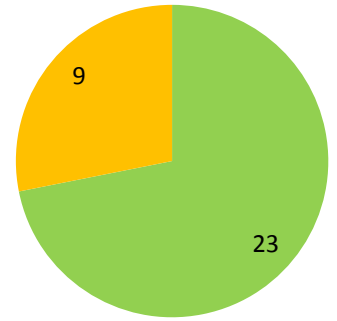
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Gestion des risques

- L'outil permettant la déclaration d'événements indésirables est disponible mais cette culture de signalement n'est pas encore ancrée parmi tous les professionnels
- Le signalement peut également être freiné par l'absence de retour suite aux événements remontés

→ A promouvoir

Communication (n=36)



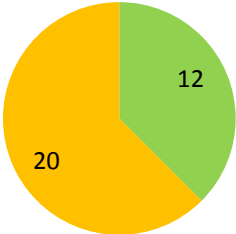
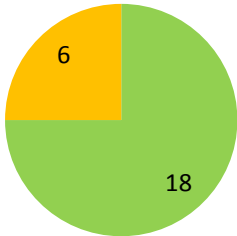
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Communication

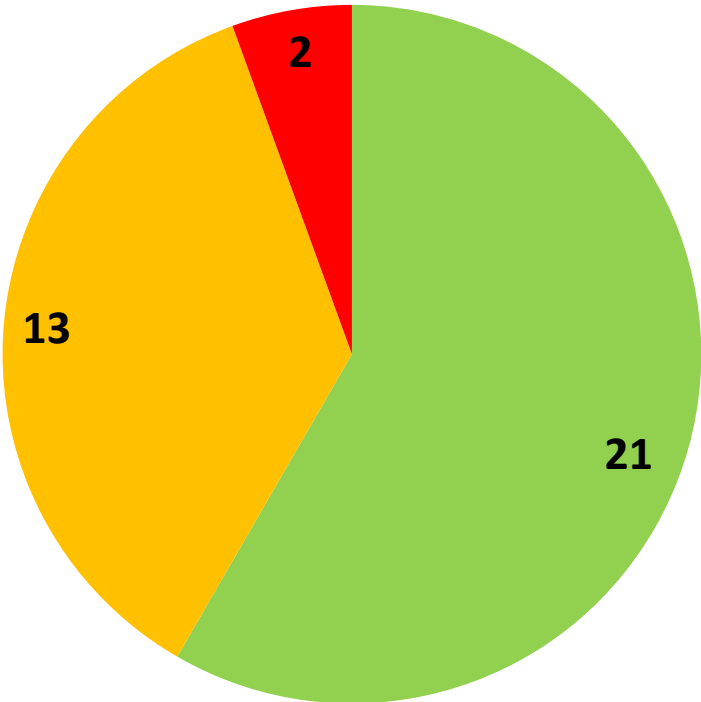
- Il s'agit parfois de grosses équipes (\neq UAD) où la communication à tous ses membres est peu aisée.
- Parfois difficultés d'accès au médecin
 - Instaurer des staffs réguliers



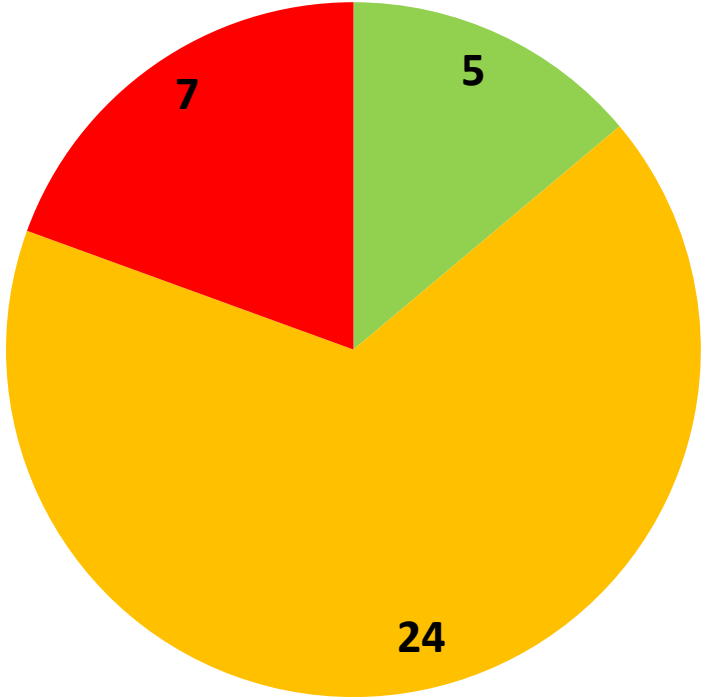
Information et éducation des patients sur la prévention des infections (n=36)



Gestion accès vasculaire



Hygiène corporelle



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Information et éducation des patients sur la prévention des infections

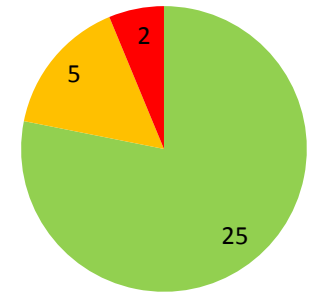
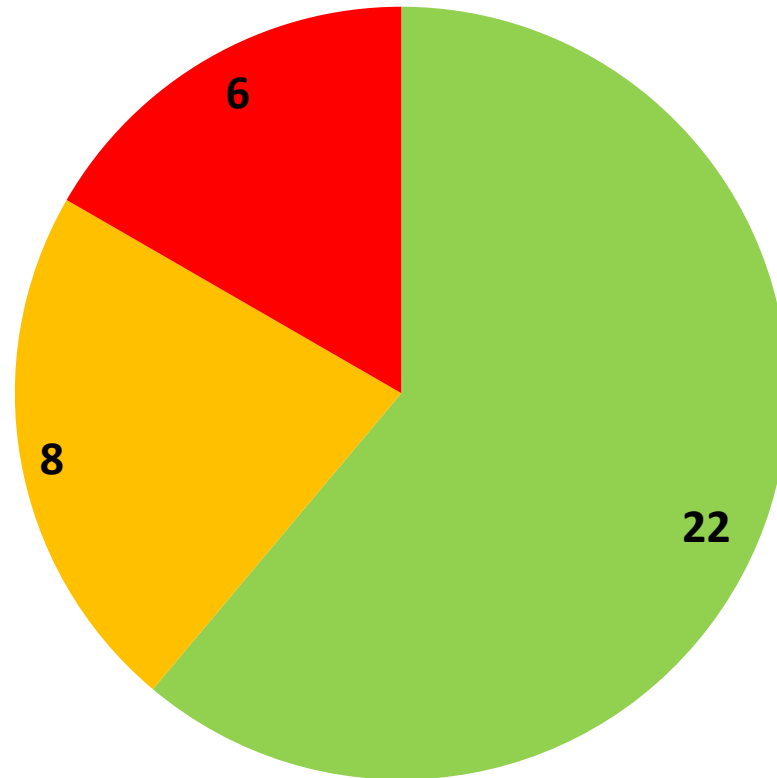
- Dans la plupart des structures, des livrets d'information sur l'hygiène corporelle ou la gestion de l'accès vasculaire existent mais ne sont pas toujours remis ou expliqués aux patients.
- Certains patients dialysés depuis longtemps ne s'en souviennent pas.
- La transmission des consignes se fait surtout de manière orale mais la barrière de la langue peut poser problème.
- Souvent, absence de vérification de la bonne application des consignes par les IDE et pas de traçabilité.

→ Nécessité permanente de rafraichir les consignes

→ Projet de vidéo patient

Réseau de correspondants

(n=36)

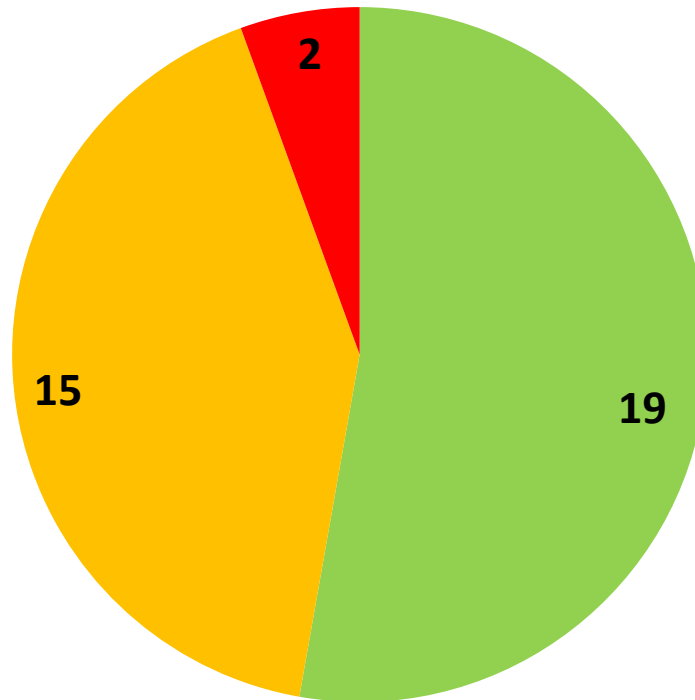
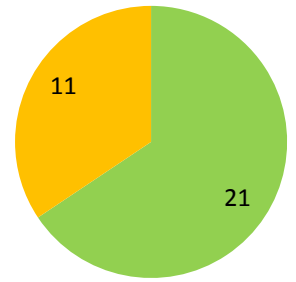


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Réseau de correspondants

- Réseau de correspondants pas toujours bien structuré
 - Difficultés à trouver des candidats, turn-over
 - Quelles sont leurs missions? Ont-ils un temps dédié à cette activité?
- Importance des référents surtout dans des grosses structures comme les centres lourds
 - Relancer la dynamique

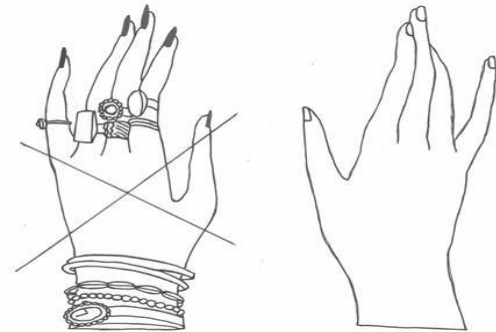
Politique « zéro bijou » (n=36)



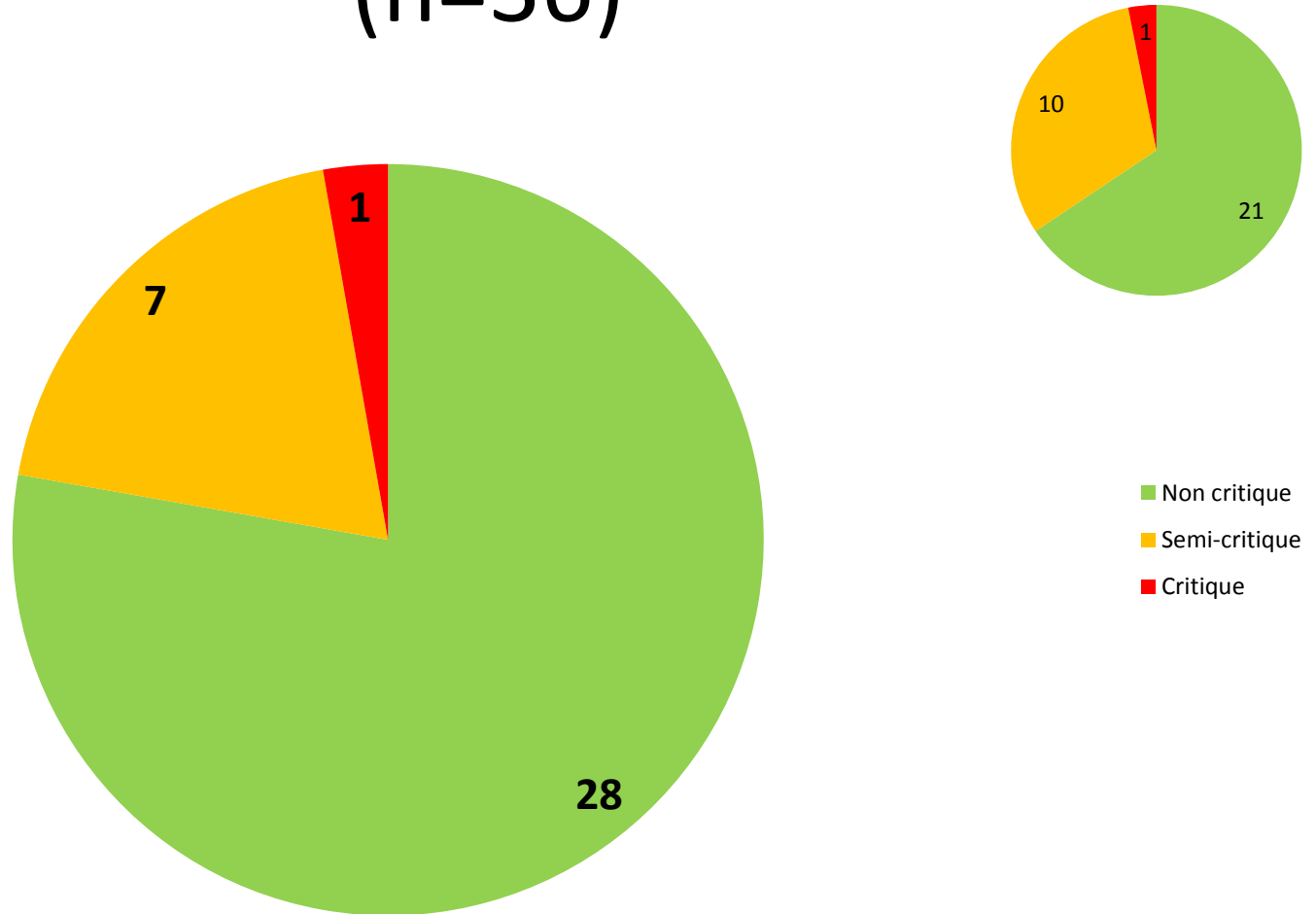
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Politique « zéro bijou »

- Toujours beaucoup d'alliances sont présentes sur les mains des soignants
- Résultat non acceptable -> prérequis essentiel à l'hygiène des mains
 - ➔ Rôle de sensibilisation des référents en hygiène, relais de proximité dans l'unité



Politique d'hygiène des mains (n=36)

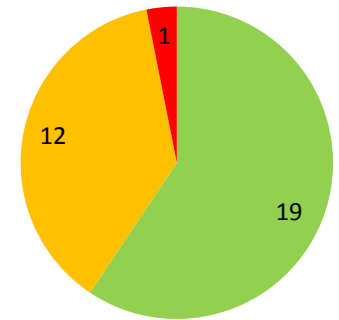
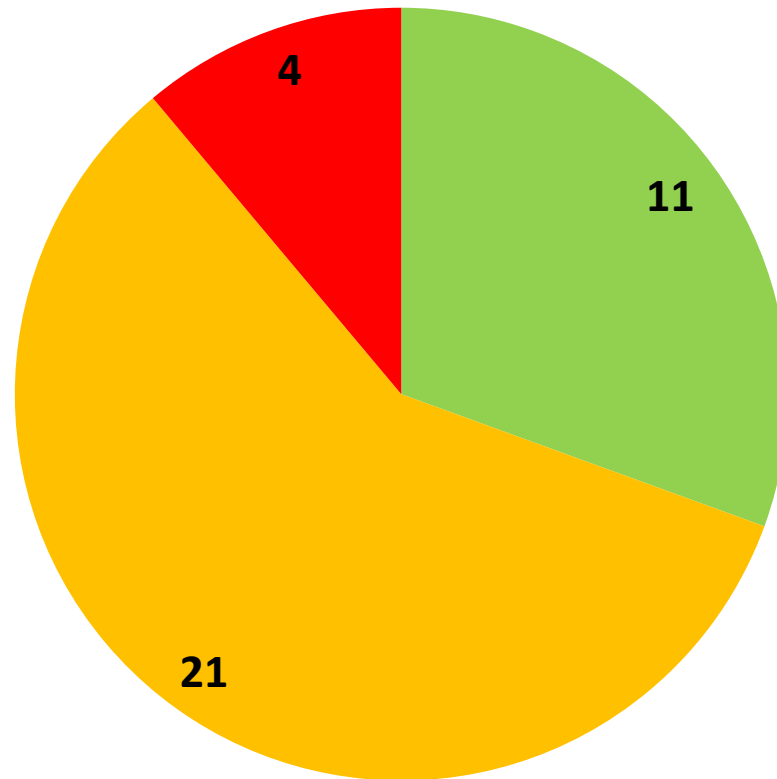


Politique d'hygiène des mains

- Toutes les unités sont équipées de flacons de SHA placés judicieusement (au plus près du soin et à disposition des patients sur chaque poste)
- Il faut être capable de connaître la consommation de SHA et de se situer par rapport à l'objectif fixé (national ou en interne)
 - Action simple à mettre en œuvre
 - Levier d'amélioration (benchmarking...)



Pratiques d'hygiène des mains (n=36)



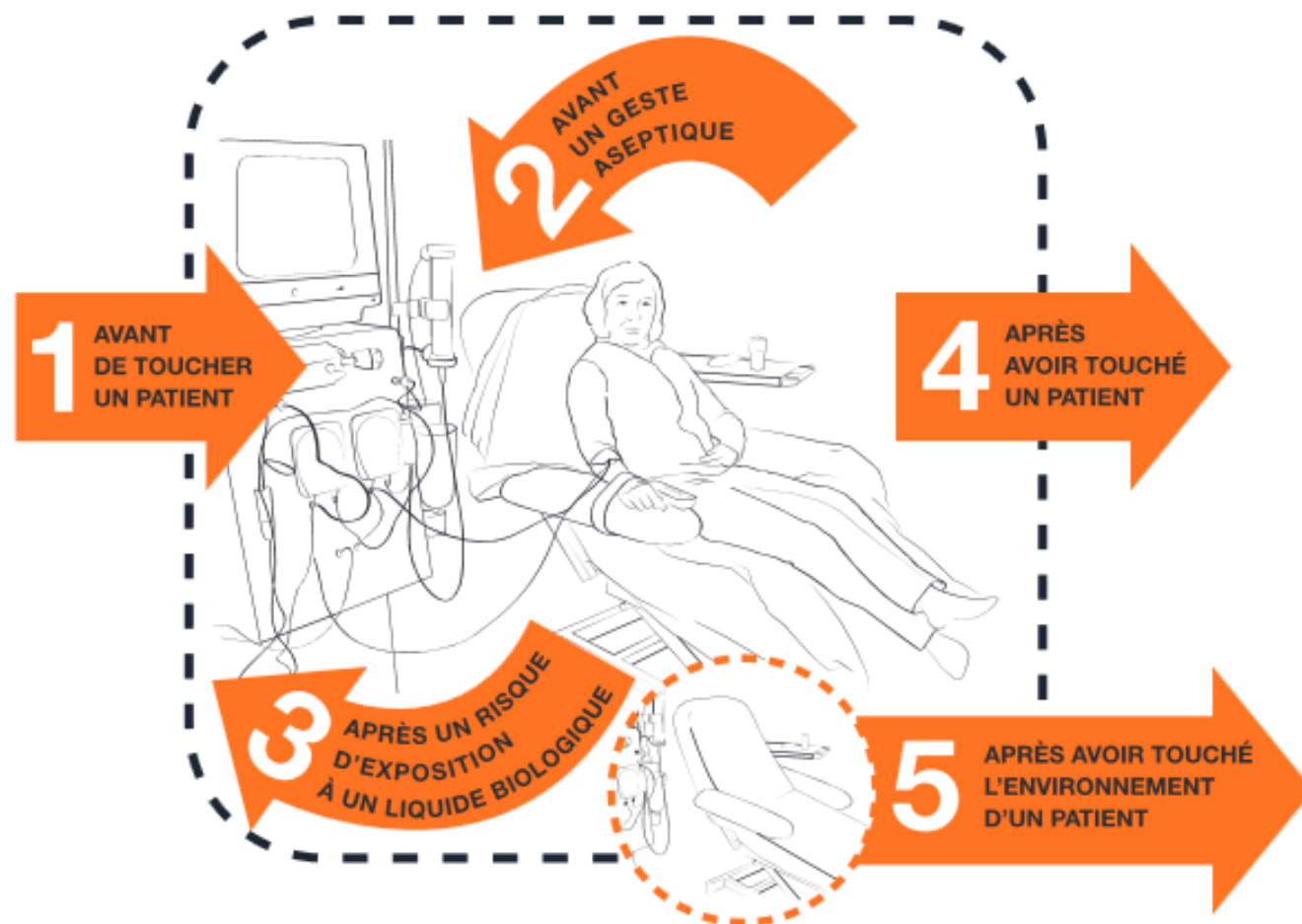
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Pratiques d'hygiène des mains

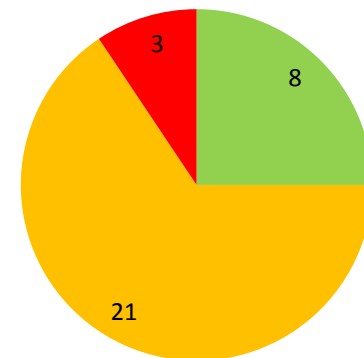
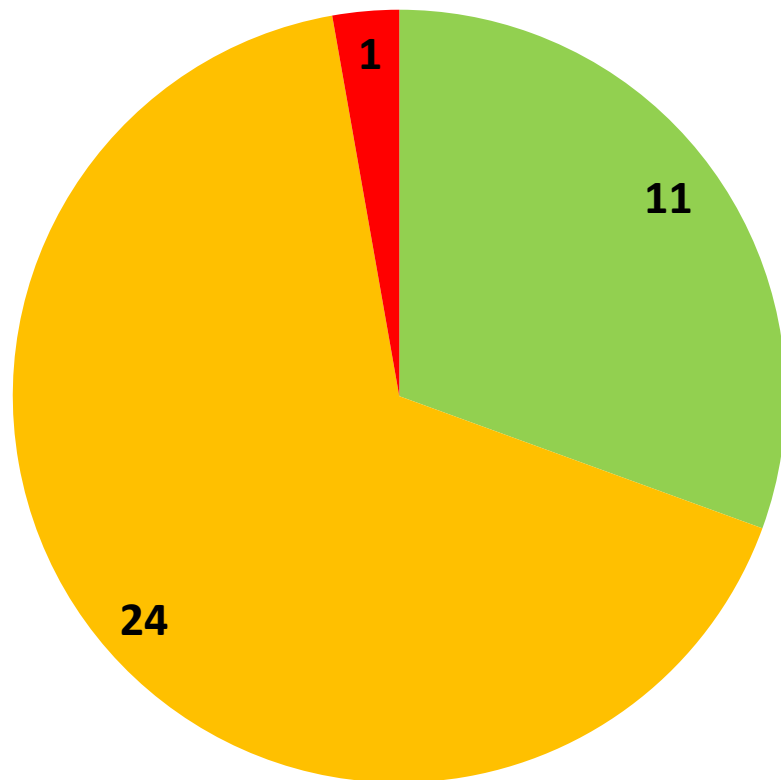
- Certains professionnels utilisent encore en systématique le savon doux => privilégier la SHA
- Revoir les opportunités (notamment après contact patient ou après port de gants +++) et la technique d'hygiène des mains par SHA
- Travailler avec les ambulanciers
 - ➔ Quick-audit HDM?

Les 5 indications de l'hygiène des mains

Hémodialyse ambulatoire



Politique vaccinale du personnel (grippe) (n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Politique vaccinale du personnel (grippe)

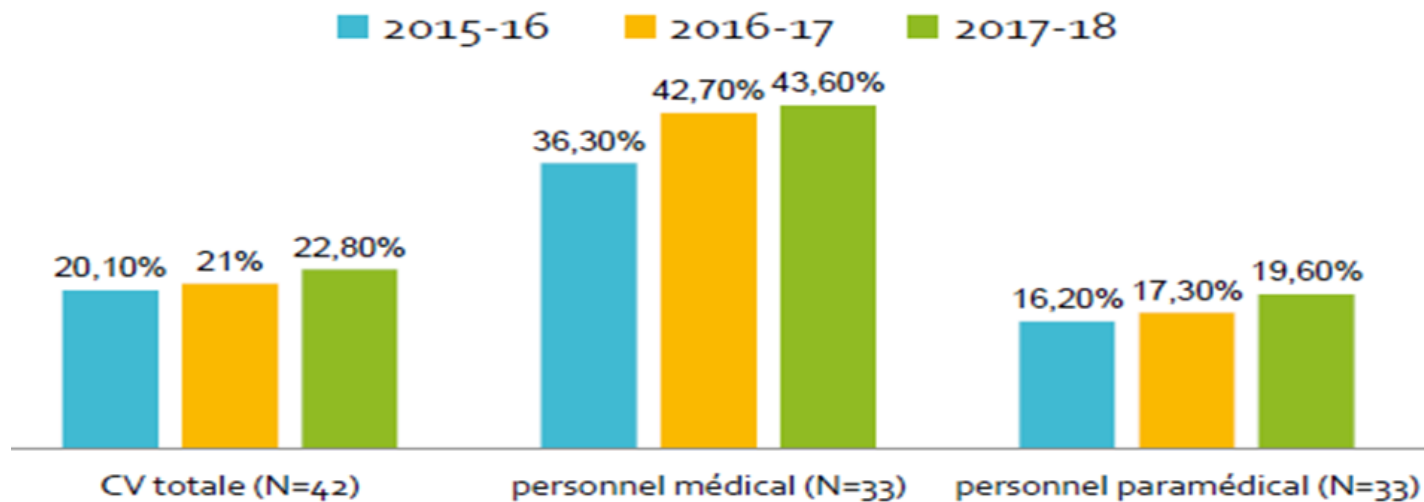
- Tendances nationale...
- Absence de vaccination du personnel malgré les campagnes de vaccination organisées par l'équipe d'hygiène/pharmacie
- Patients d'hémodialyse sont à risque de grippe sévère
 - Levier via indicateur HAS?

Politique vaccinale du personnel (grippe)

- Tendance nationale...

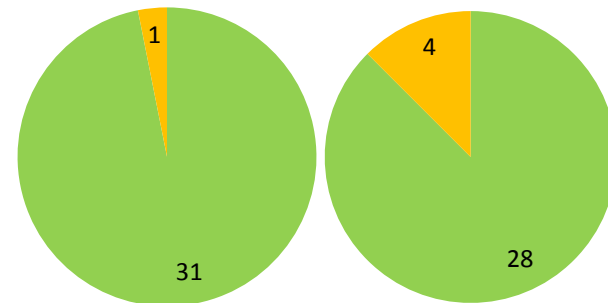
- Cohorte de 42 établissements ayant participé à l'enquête 3 saisons de suite

gré
par

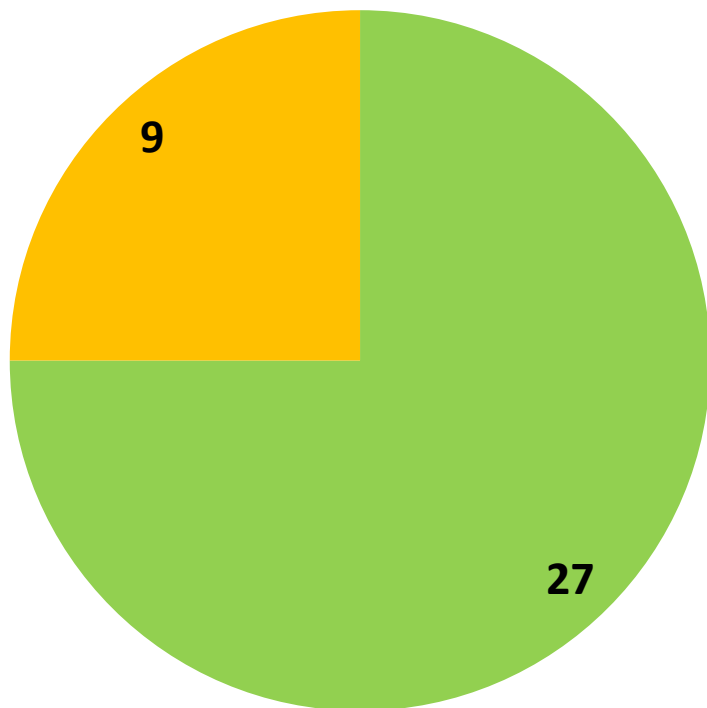


-

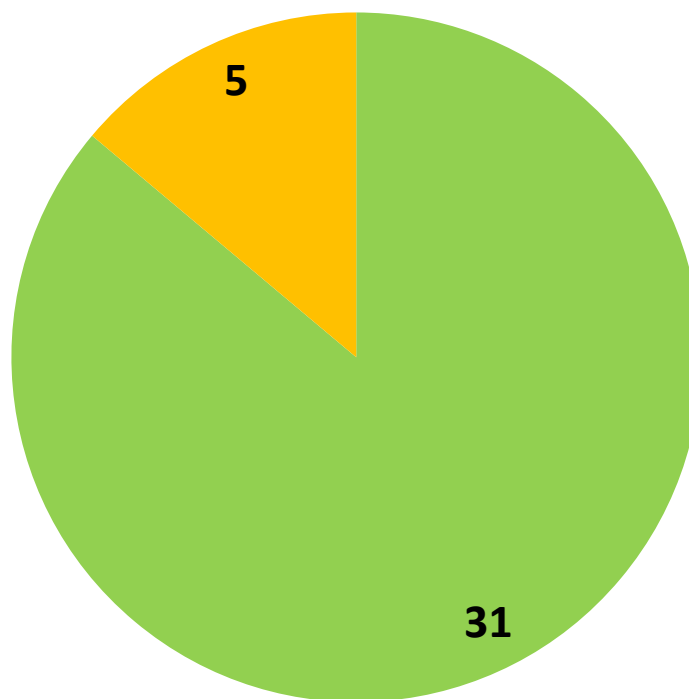
Générateurs (n=36)



Désinfection interne



Autres points de prévention



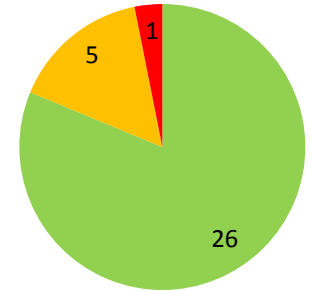
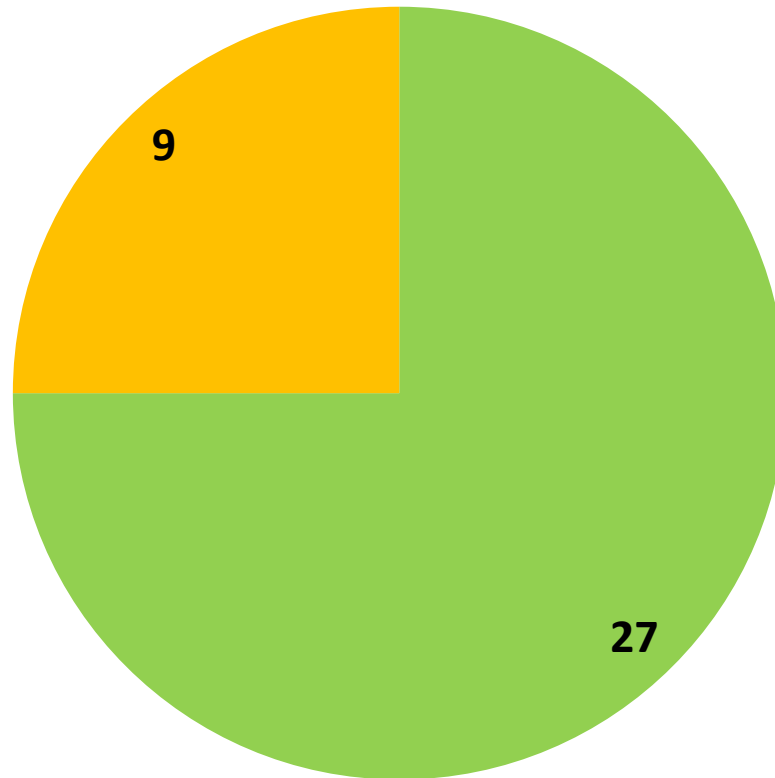
■ Non critique
■ Semi-critique

Générateurs

- Les résultats semblent conformes mais attention, la traçabilité de la désinfection interne et externe du générateur doit être pérenne -> doit être présente dans le dossier patient (la mémoire interne du générateur n'est pas suffisante)
- La traçabilité doit permettre de relier le patient au générateur et au traitement effectué

Procédures de bionettoyage

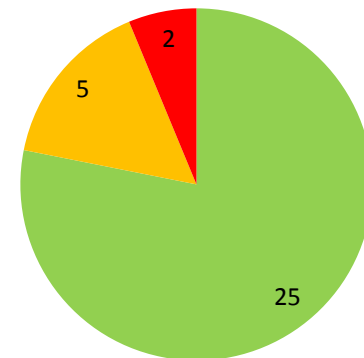
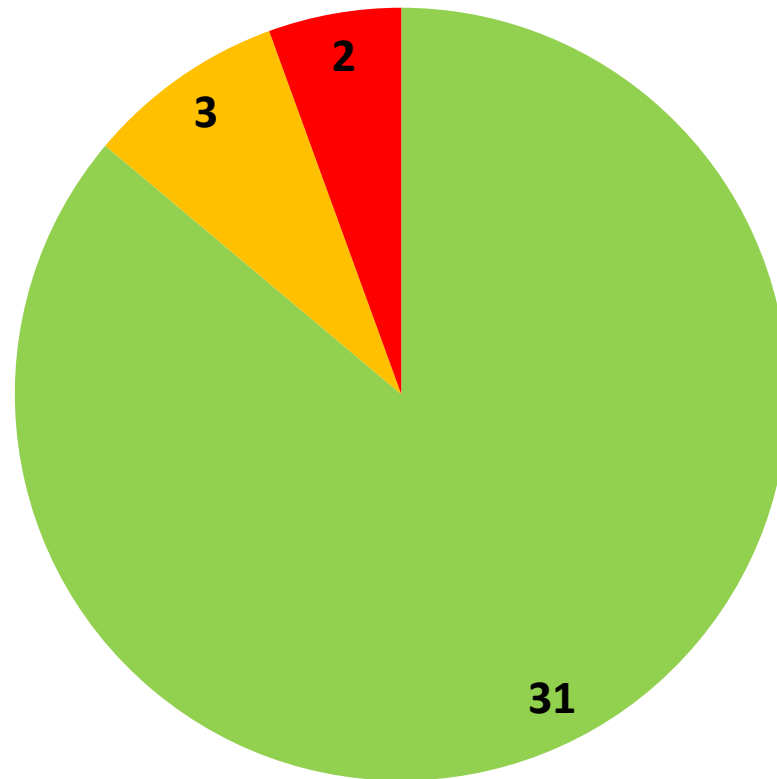
(n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Organisation du bionettoyage

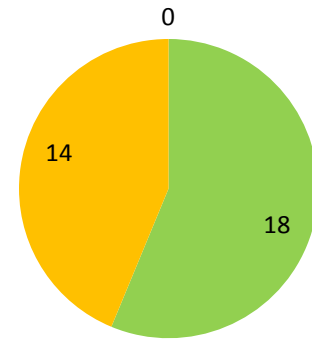
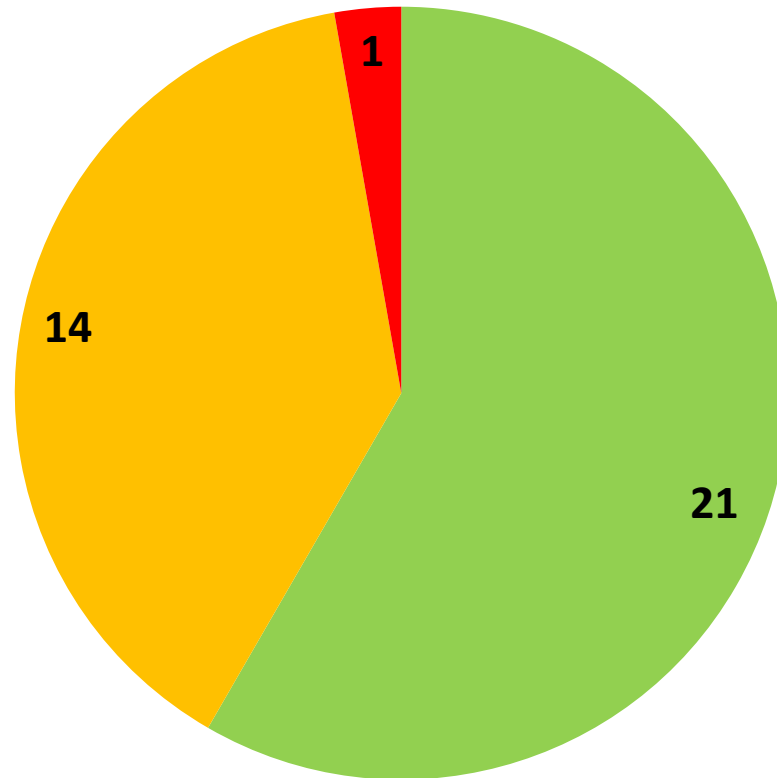
(n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Mise en œuvre du bionettoyage

(n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

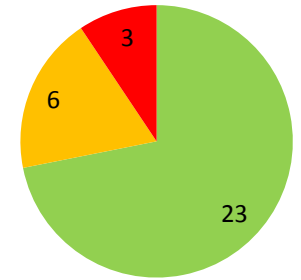
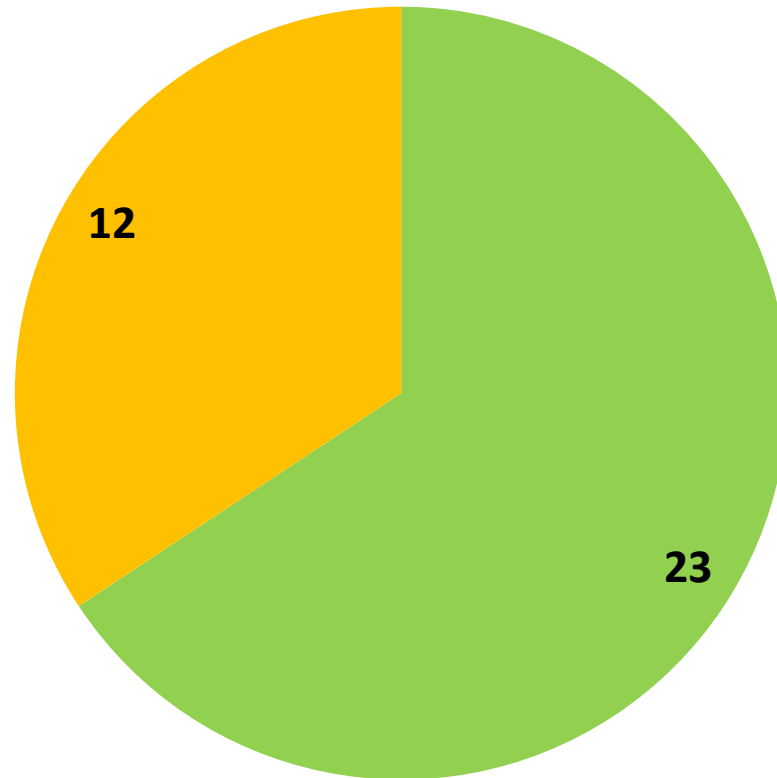
Bionettoyage



- Les contraintes organisationnelles et temporelles ne permettent pas toujours de réaliser un bionettoyage du sol en inter-séance
- Des éléments à risques de transmission croisée sont souvent oubliés : système de pesée, surfaces hautes ou façade de générateur en fin de branchement
 - à intégrer dans les procédures
 - à évaluer

Antibiothérapie, politique vaccinale, suivi sérologique des patients

(n=35)

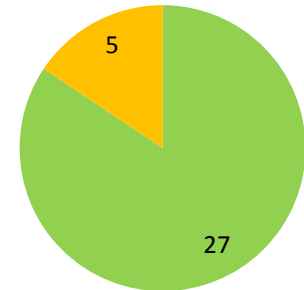
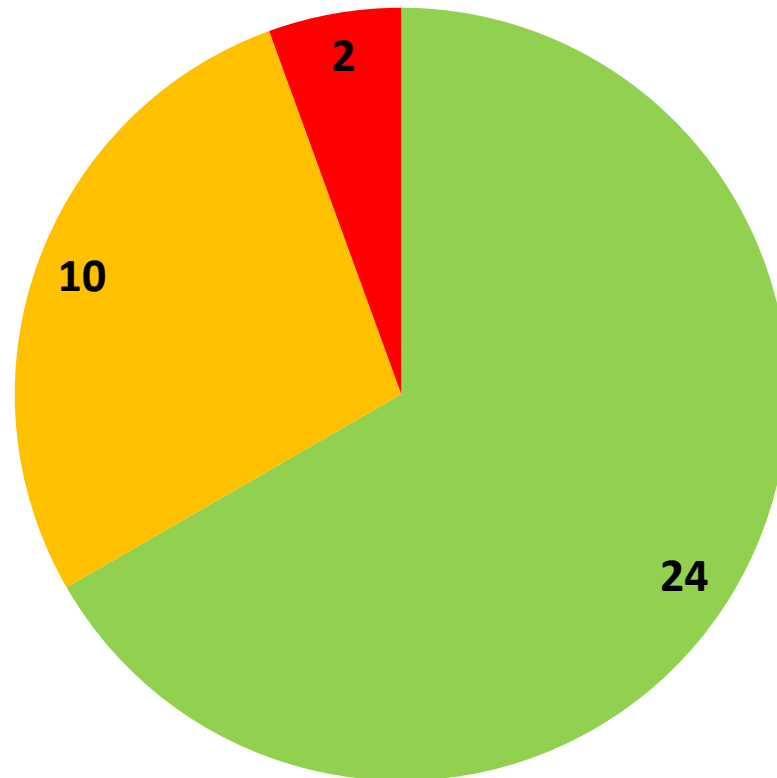


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Antibiothérapie, politique vaccinale, suivi sérologique des patients

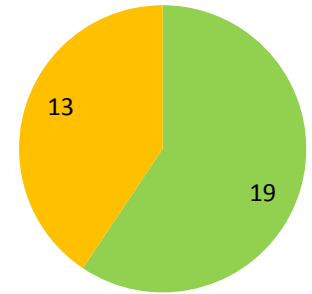
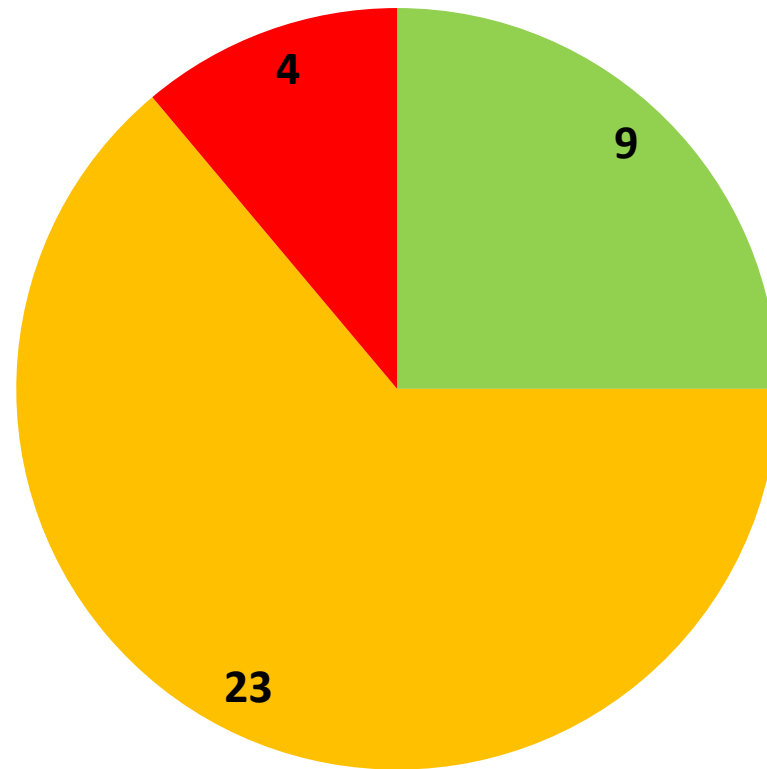
- La réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas systématique
 - ⇒ Réévaluation systématique du traitement à 48-72h
(Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016)
- Guide d'antibiothérapie pas toujours adapté à la spécificité du patient dialysé
- Vaccination et suivi sérologique des patients OK

Procédure accès vasculaire (n=36)



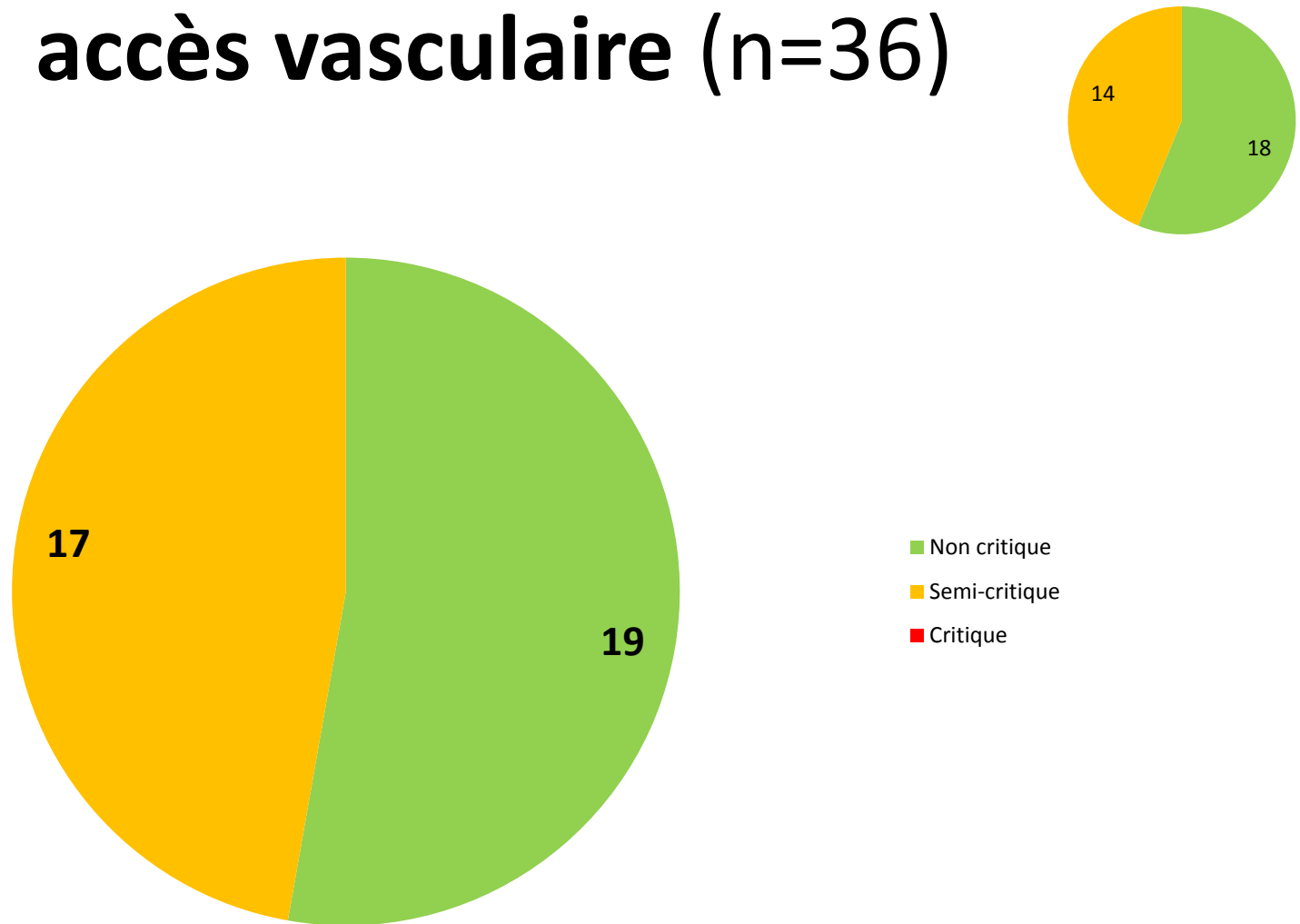
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Surveillance du risque infectieux sur accès vasculaire (n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

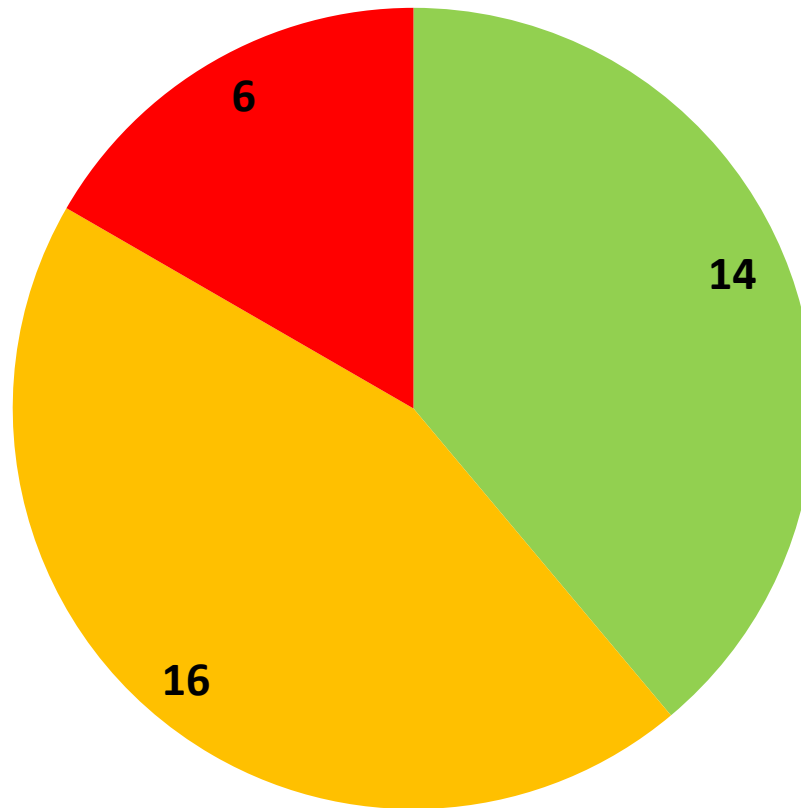
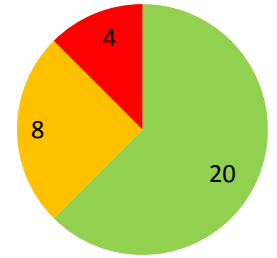
Connaissance du risque infectieux sur accès vasculaire (n=36)



Surveillance du risque infectieux sur accès vasculaire

- La surveillance des infections sur accès vasculaire n'est pas toujours organisée (suivi au cas par cas)
 - A suivre sur l'établissement voire suivi entre plusieurs structures (groupes, GHT...)
- Pas de participation au réseau national DIALIN
 - > Réorganisation du réseau à venir
- La conduite à tenir en cas d'infection n'est pas toujours formalisée ou connue du personnel soignant

Antiseptie de la FAV (n=36)



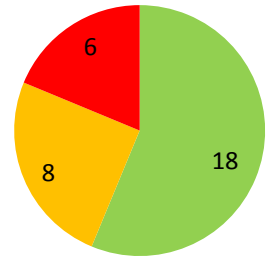
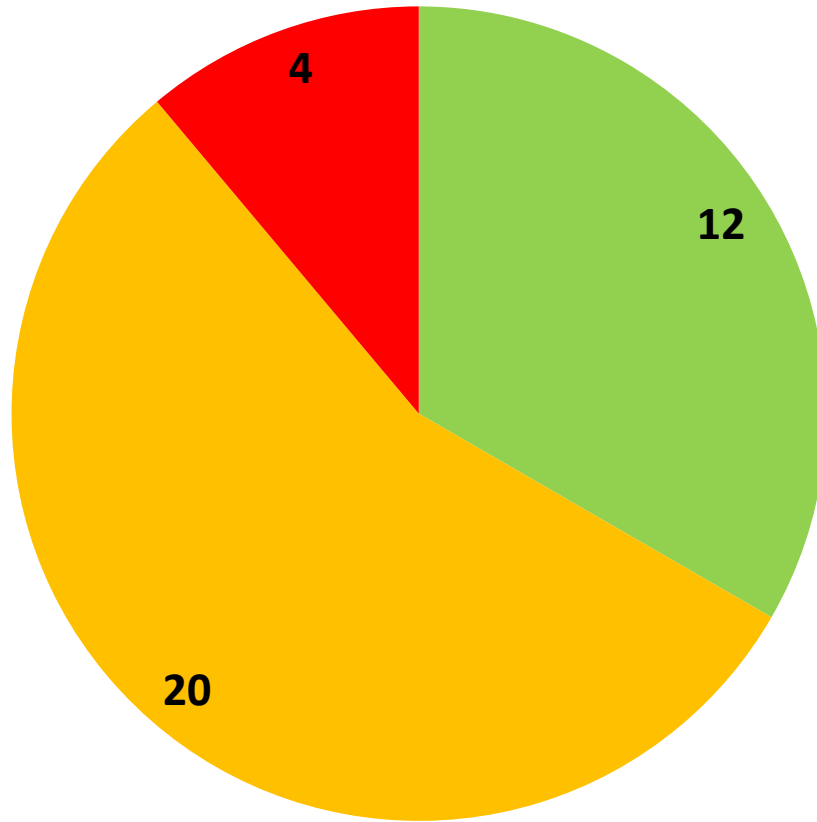
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Antiseptie de la FAV

- Le lavage de la fistule n'est pas toujours fait par le patient et rarement fait ou vérifié par les IDE
 - Rôle propre de l'IDE + traçabilité dans le dossier patient
- Temps de contact parfois insuffisant pour l'antiseptique
- Parfois utilisation de chlorhexidine 0,5% ou Biseptine[®]
 - Utiliser un antiseptique alcoolique (Betadine[®] alcoolique ou chlorhexidine 2%)

Tenue pour ponction sur FAV / CVC

(n=36)



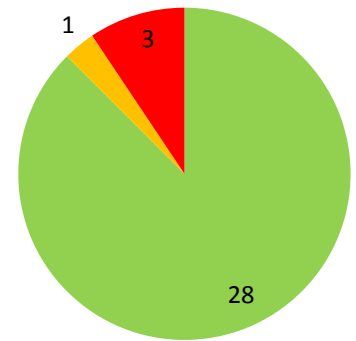
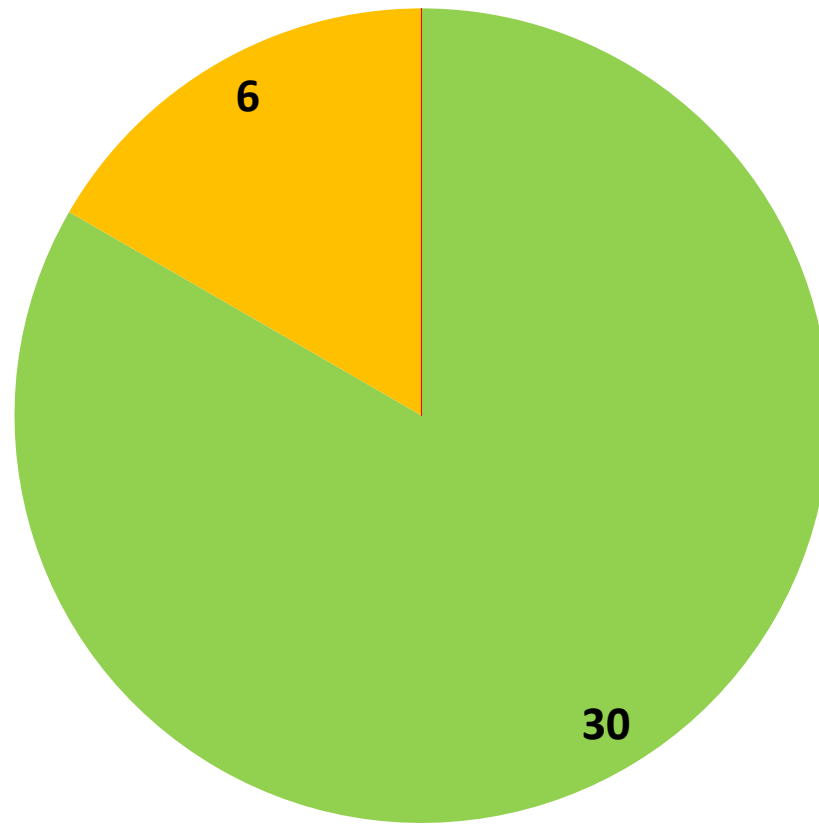
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Tenue pour ponction sur FAV / CVC

- Lunettes de protection souvent absentes / remplacées par les lunettes de vues
 - ➔ En 2015 : 2779 AES par projection et 112 AES en dialyse (Réseau AES-Raisin)
- Surblouses/tablier souvent absents
- Attention à l'habillement de l'aide pour le branchement sur CVC

Déroulement du geste sur FAV

(n=36)



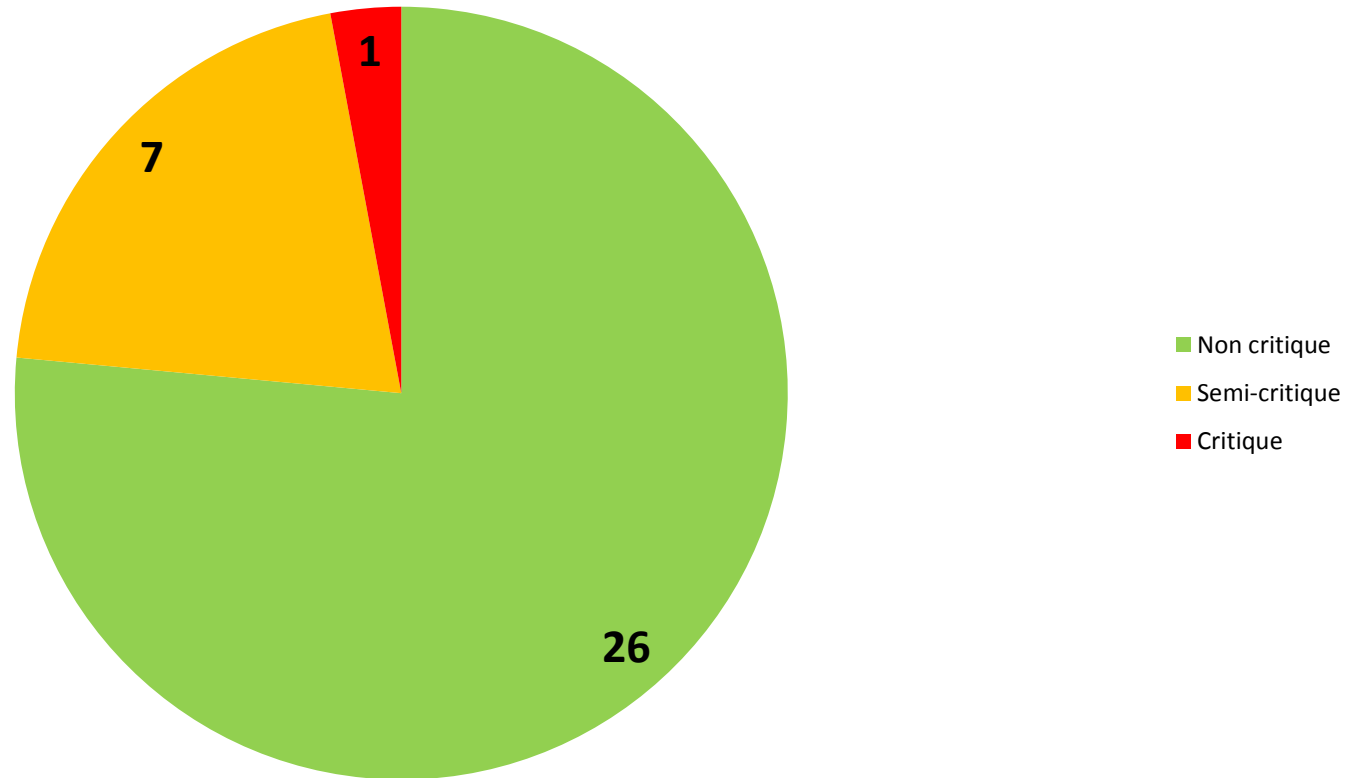
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Déroulement du geste sur FAV

- Le geste est majoritairement bien réalisé :
technicité du soin réalisé par des IDE formées
- L'HDM lors de la compression par le patient
n'est pas toujours réalisée
 - ETP, projet vidéo

Déroulement du geste sur CVC

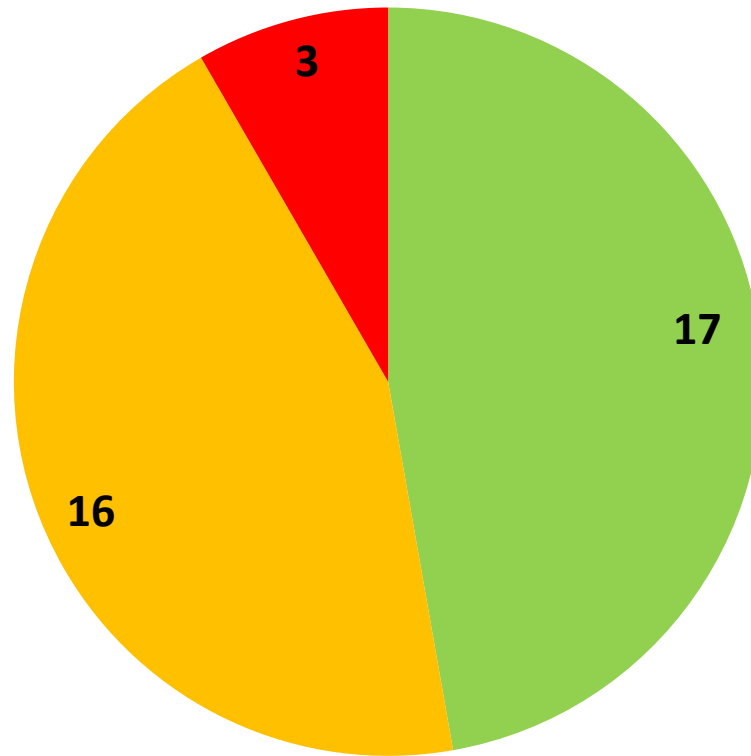
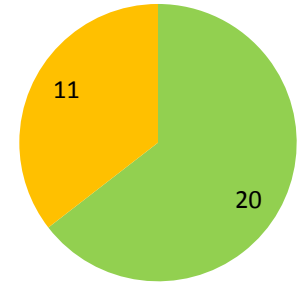
(n=34)



Déroulement du geste sur CVC

- Le geste est correctement réalisé cependant le branchement est parfois réalisé seul
 - Reco SF2H : « travail en binôme »
 - Cependant certains centres autorisent cette pratique à condition de respecter le protocole strict par une IDE expérimentée (toutefois il reste difficile de s'habiller seul avec une casaque stérile et de réaliser l'étape de branchement)
 - Mais plutôt penser que l'aide peut être un AS formé
 - Planifier les séances au mieux pour les porteurs de CVC

Manipulations des lignes (n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Manipulations des lignes

- Les lignes ne sont pas toujours manipulées avec des gants, des vêtements d'antisepsie ou des injections.

MANIPULATION DU DISPOSITIF INTRA-VASCULAIRE, DES TUBULURES ET ROBINETS

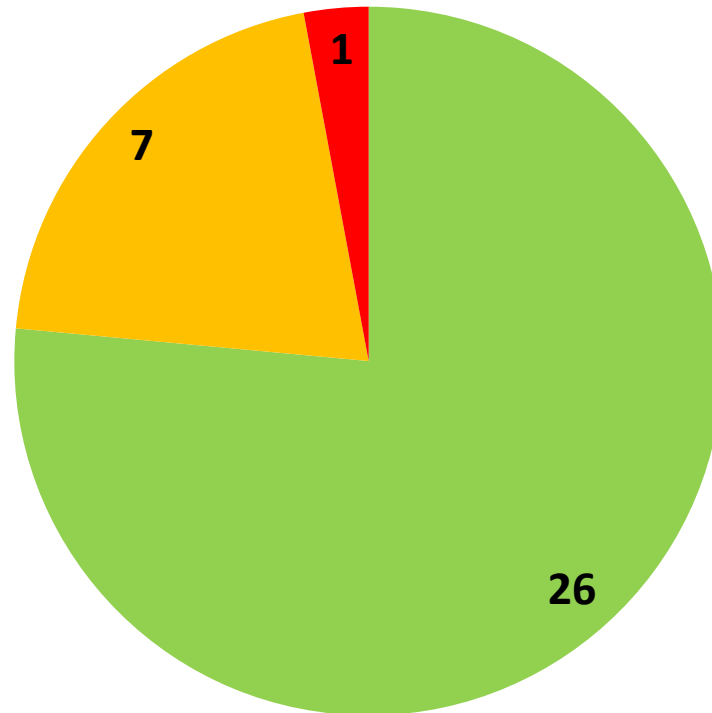
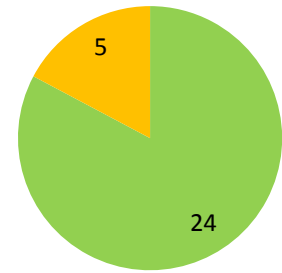
R114 Limiter au maximum les manipulations. Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains avant toute manipulation du DIV ou d'éléments du dispositif de perfusion. Réaliser les manipulations de manière aseptique, en respectant la notion de système clos. Avant manipulation, désinfecter embouts et robinets à l'aide d'une compresse stérile imprégnée d'antiseptique alcoolique. L'utilisation de connecteurs de sécurité est possible sous réserve de les désinfecter avant utilisation. Mettre en place un nouveau bouchon stérile chaque fois que l'accès ou le robinet est ouvert. Mettre un bouchon stérile sur tout robinet non utilisé.

Manipulations des lignes

- Les lignes ne sont pas toujours manipulées avec des compresses imprégnées d'antiseptique alcoolique même lors d'injection dans le site d'injection
- Le système clos et le branchement à blanc sont le plus souvent privilégiés

Préparation des injectables

(n=34)



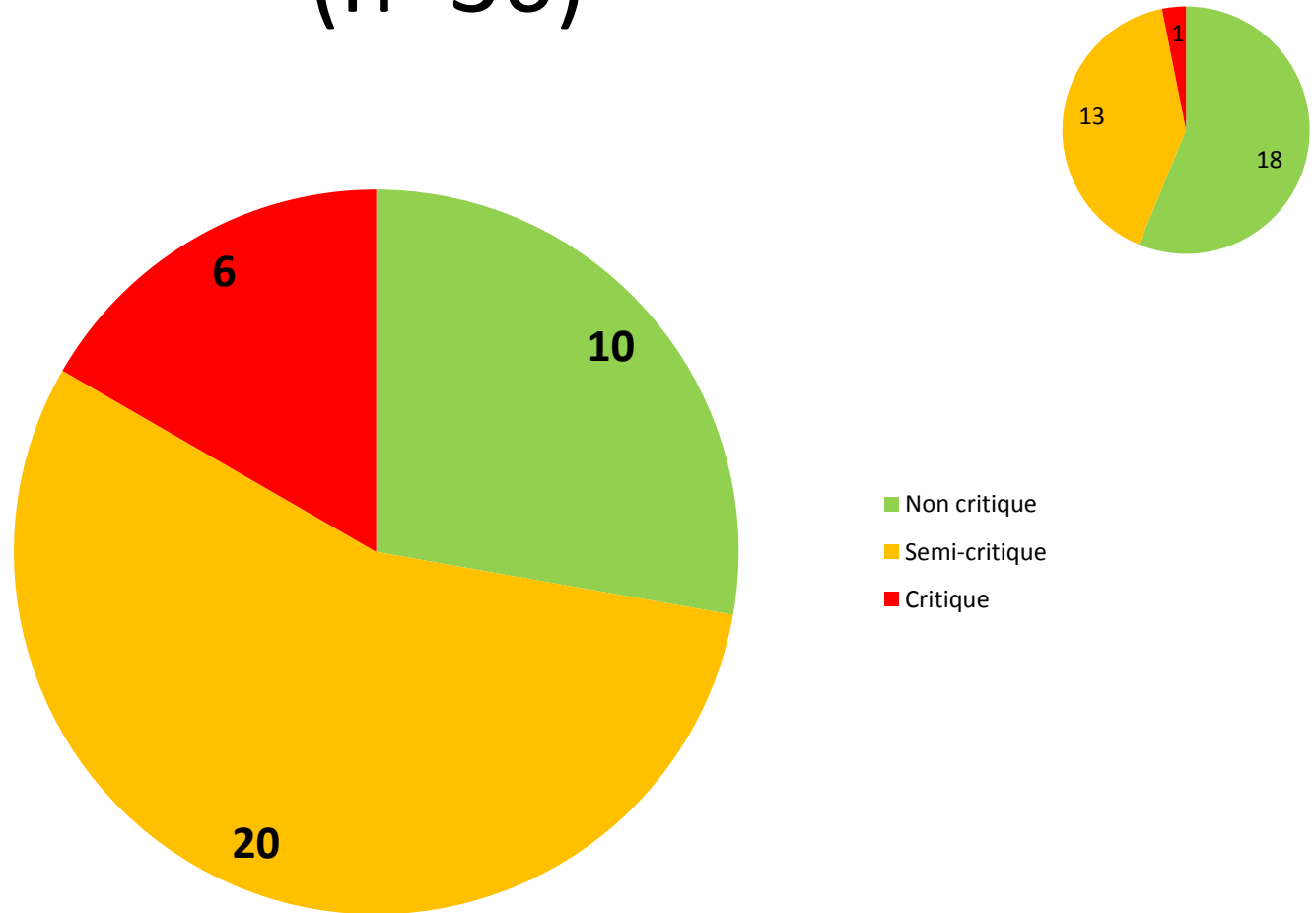
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Préparation des injectables

- Préparation réalisée dans de bonnes conditions d'asepsie le plus souvent.
- Attention au partage de flacons d'héparine
→ à proscrire!

Risque de transmission croisée

(n=36)

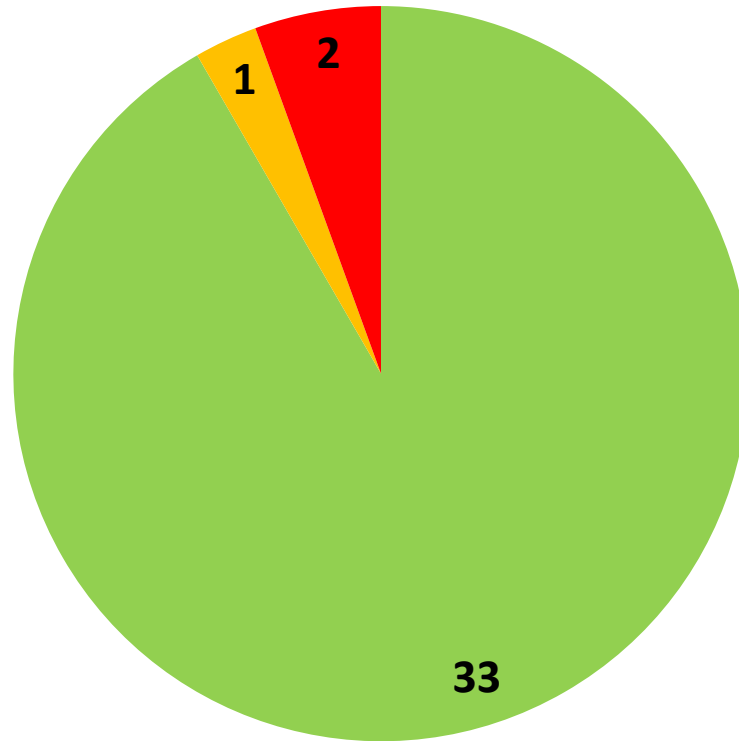
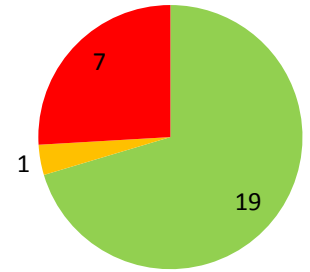


Risque de transmission croisée

- Nombreux pansements septiques réalisés pendant la séance (contraintes organisationnelles)
- PCC appliquées mais non prescrites

Gestion des excréta

(n=36)



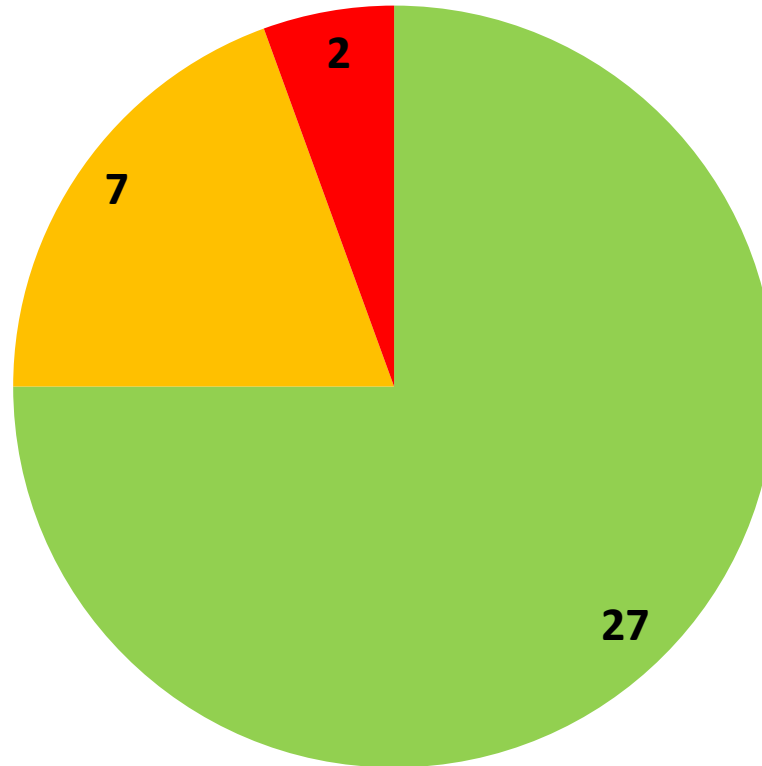
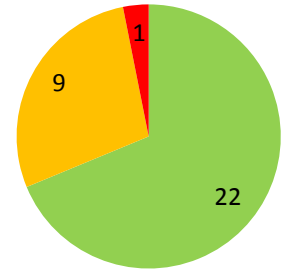
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Gestion des excréta

- Les centres sont bien équipés en lave bassin ou à défaut en sac de recueil à usage unique

Gestion de déchets

(n=36)



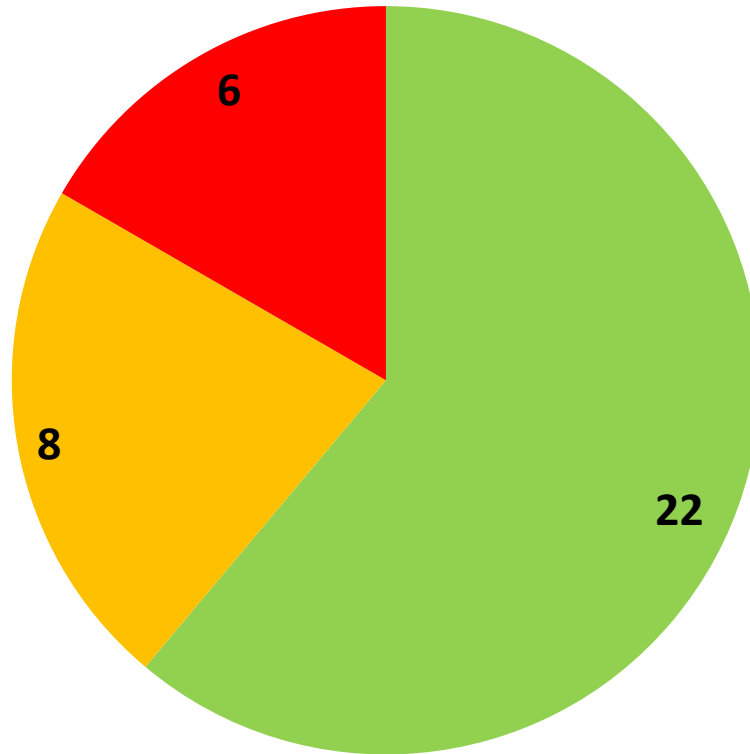
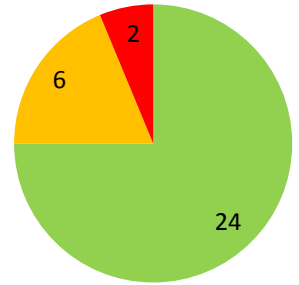
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Gestion de déchets

- Le collecteur à OPCT n'est pas toujours placé au plus près du soin -> risque d'AES



Architecture de l'unité (n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Architecture de l'unité

- L'absence ou le nombre insuffisant de vestiaires/casiers pousse les patients à avoir tous leurs effets personnels à leur poste de dialyse
- Zone d'attente pour ambulanciers mal délimitée avec un problème de gestion de flux
- Lavabos pas toujours très accessibles pour le lavage de la fistule par le patient
 - ➔ Ne favorise pas la bonne observance

✓ Points forts

- Les patients sont satisfaits de leurs prise en charge
- Les gestes techniques de branchement et débranchement sur FAV/CVC sont maîtrisés
- La gestion des excréta est correctement réalisée
- Les générateurs de dialyse sont bien entretenus (penser à la traçabilité)

X Points à améliorer

- Manque d'informations sur l'hygiène des patient
- Antiseptie notamment l'étape de déterersion de la FAV par le patient et son contrôle par l'IDE
 - Vidéo patient
- Les pratiques d'HDM et port d'EPI
 - Précautions standard, travail avec les instituts de formation, vidéo soignants?, indicateur régional dialyse ICSHA?

Conclusion

- Nouvelle approche de gestion des risque *a priori* avec des résultats qualitatifs
 - (-) observateur-dépendant -> résultats fonction du niveau d'exigence de l'observateur
 - (+) exhaustif et représentatif du parcours patient au sein de la structure