

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)



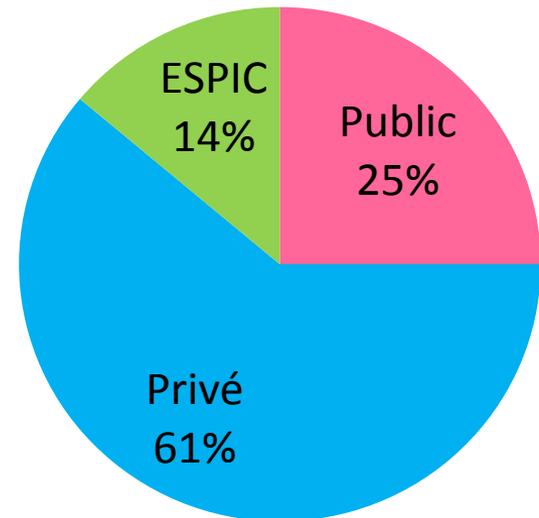
Restitution
régionale
résultats
(06/2018)



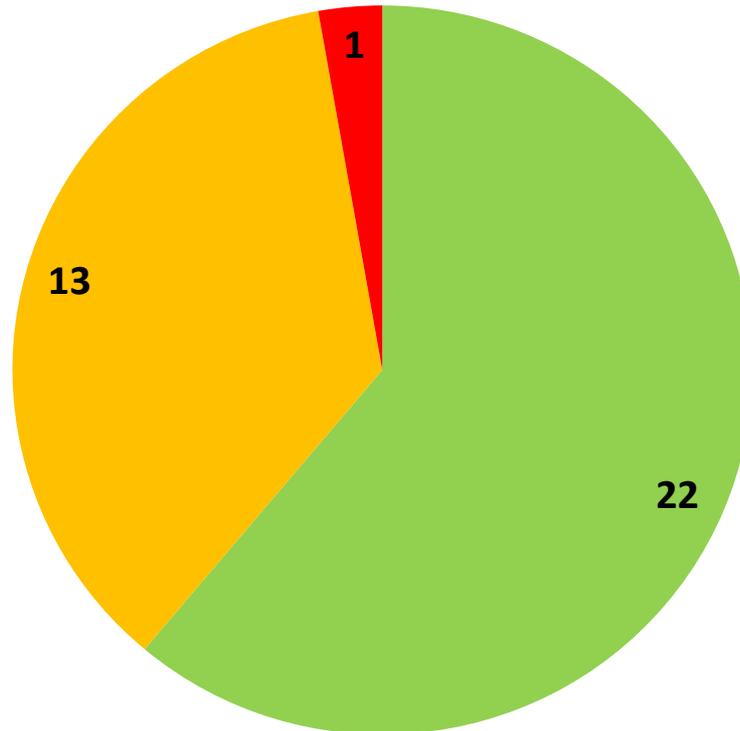
Résultats

- 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)

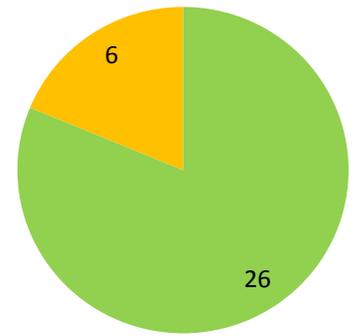
Statut de l'unité (n=36)



Moyens humains (n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique



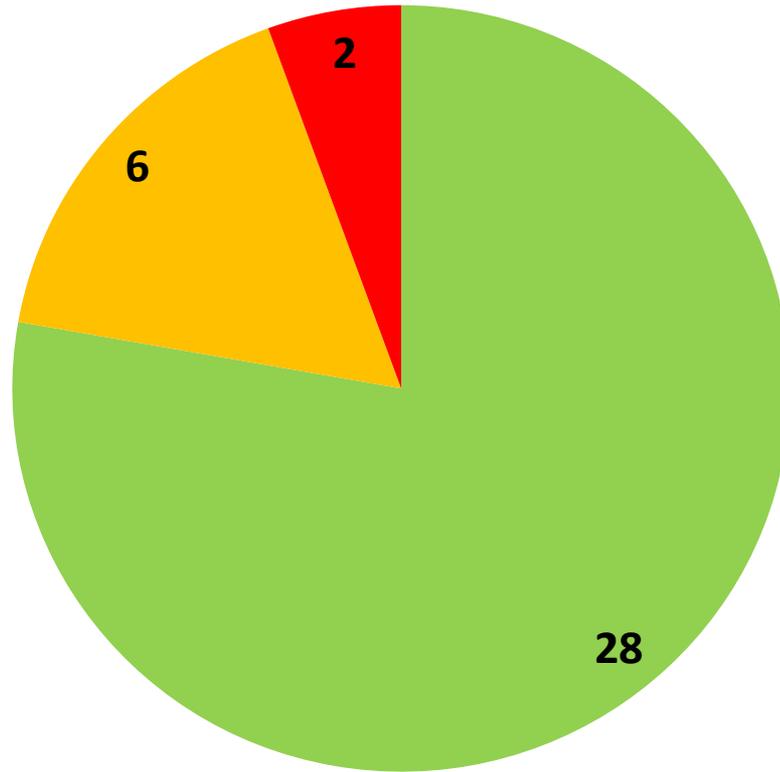
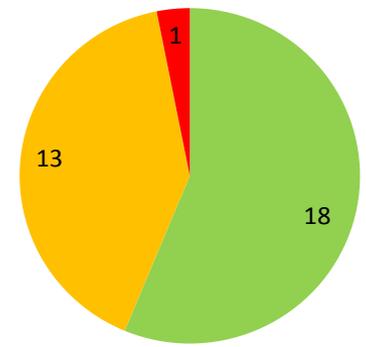
UAD

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)

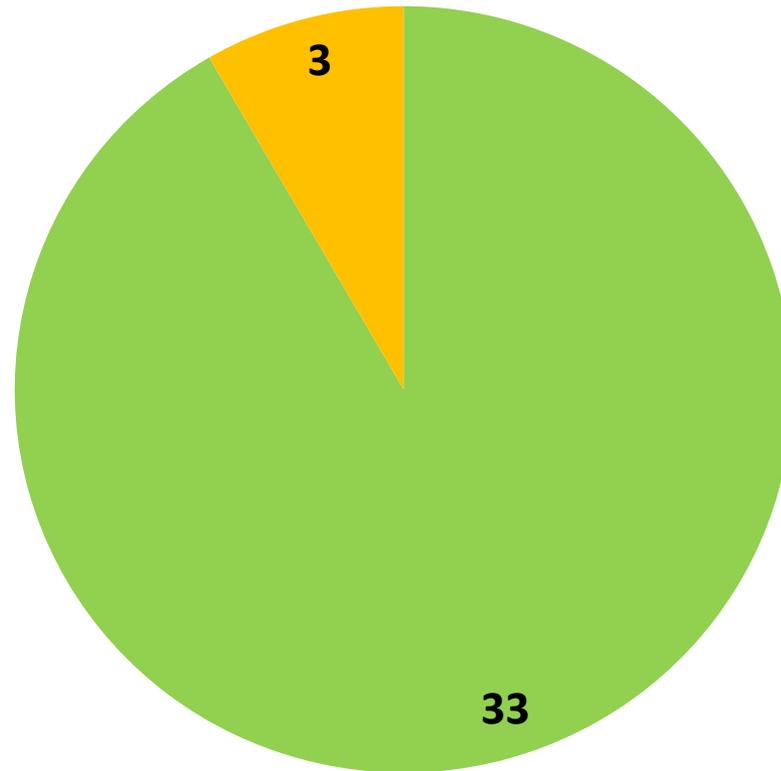
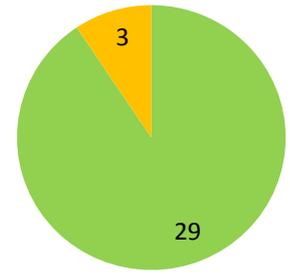


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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

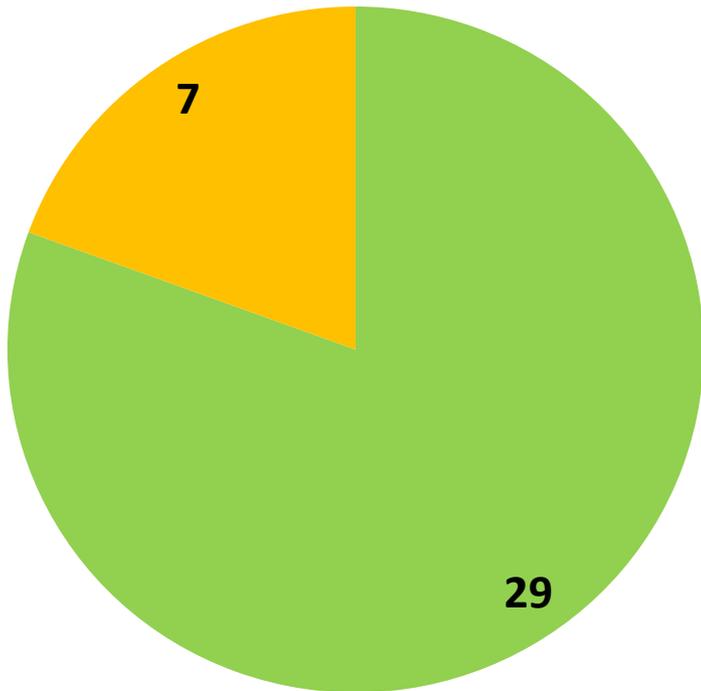
- Les patients sont satisfaits de la planification et de l'organisation de leurs séances



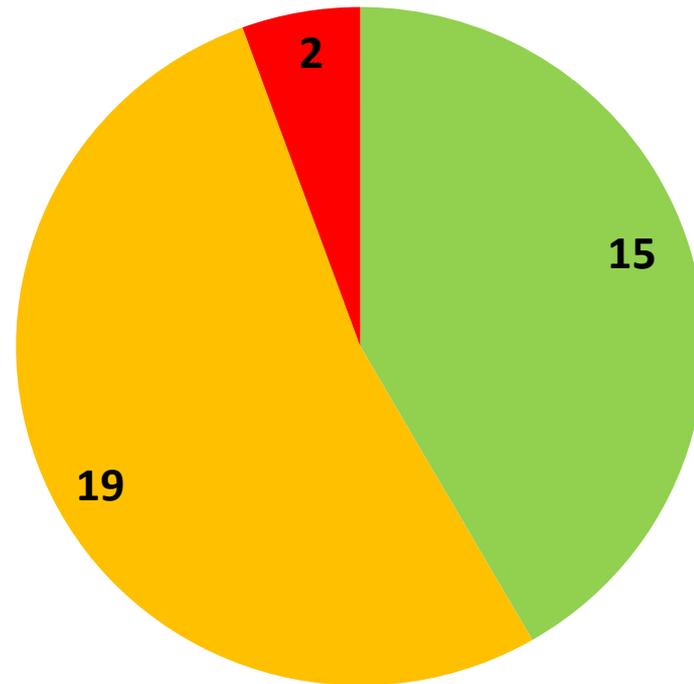
Formation du personnel (n=36)



A l'hémodialyse



Au risque infectieux

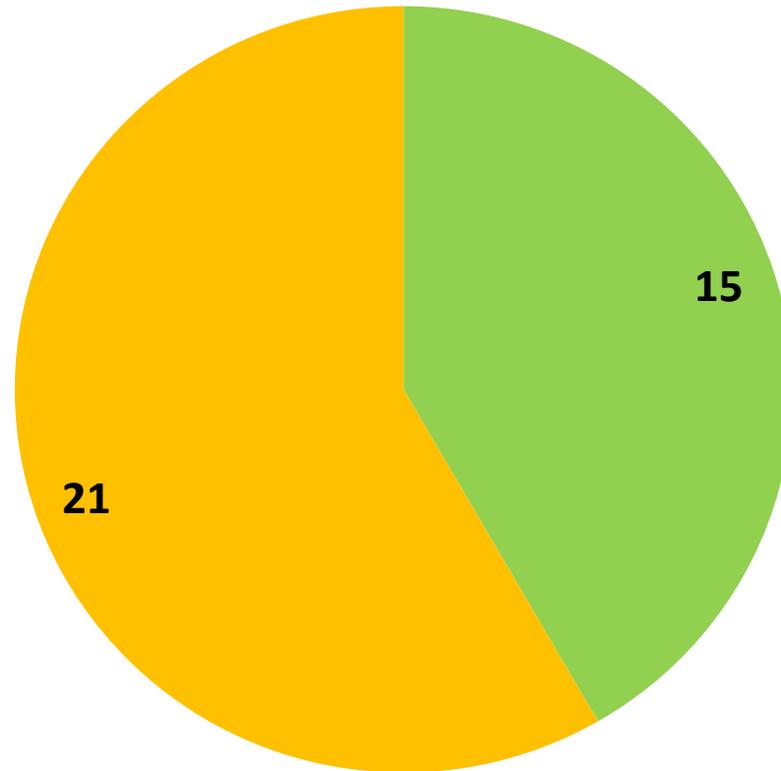
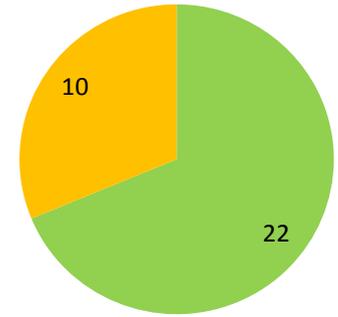


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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)



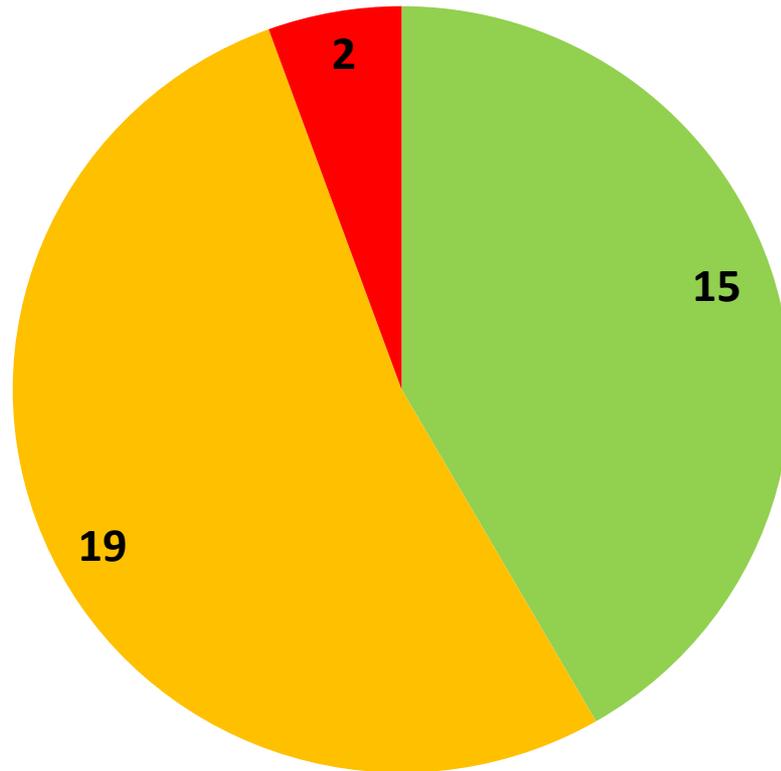
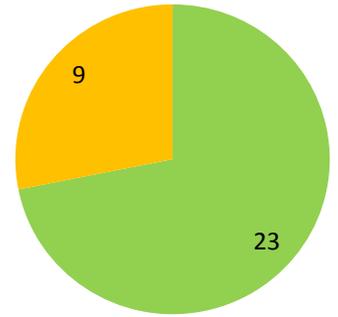
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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)



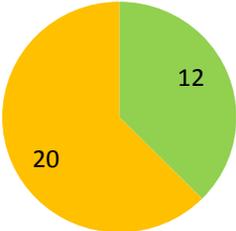
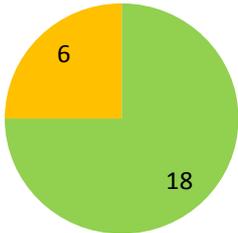
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Communication

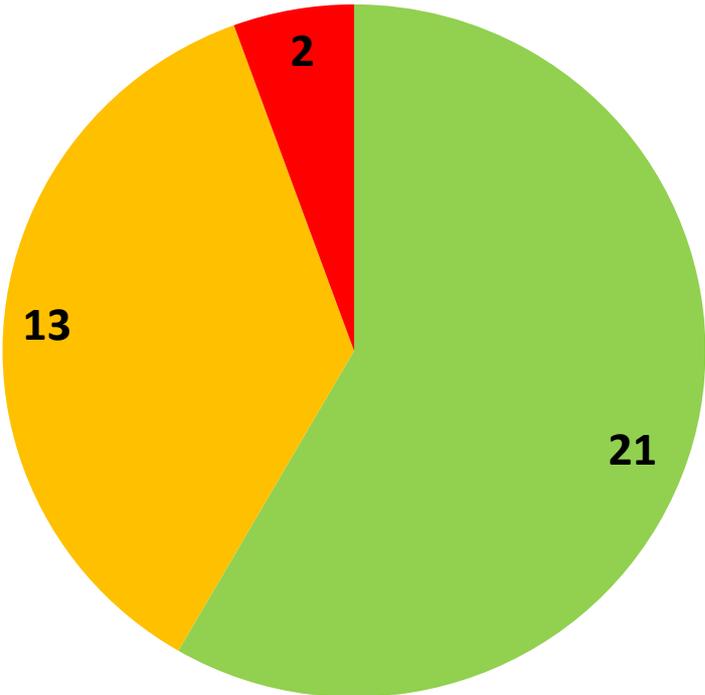
- Il s'agit parfois de grosses équipes (\neq UAD) où la communication à tous ses membres est peu aisée.
- Parfois difficultés d'accès au médecin
 - Instaurer des staffs réguliers



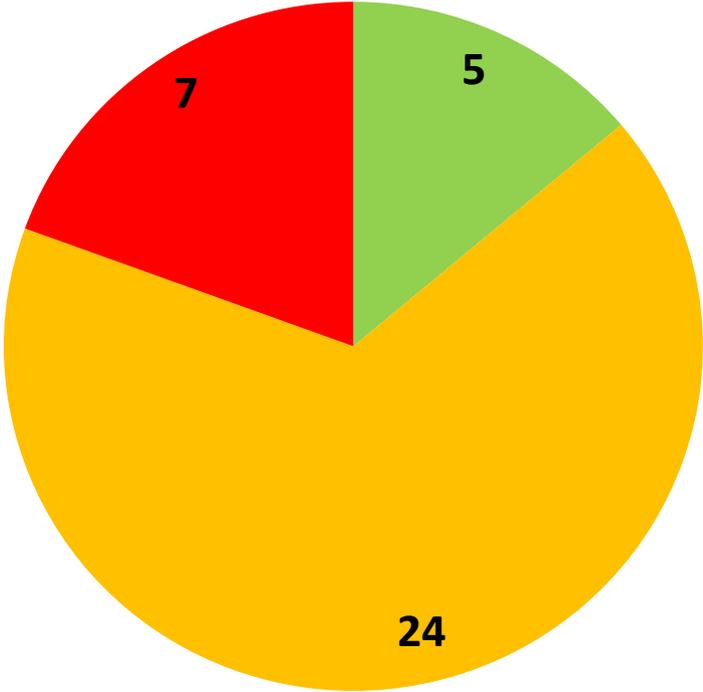
Information et éducation des patients sur la prévention des infections (n=36)



Gestion accès vasculaire



Hygiène corporelle



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

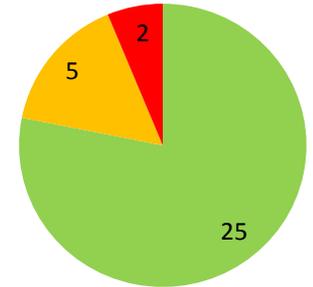
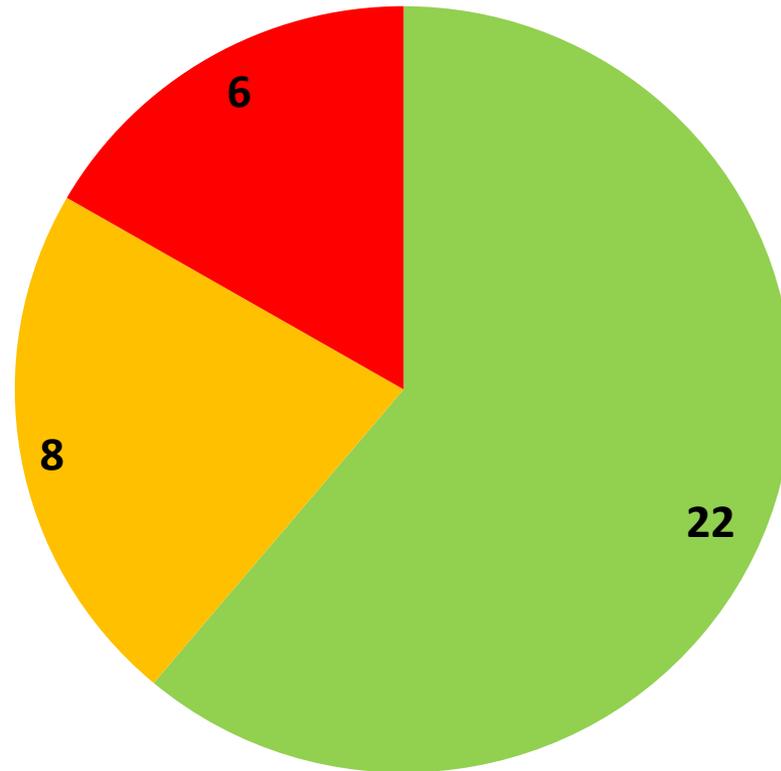
Information et éducation des patients sur la prévention des infections

- 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)

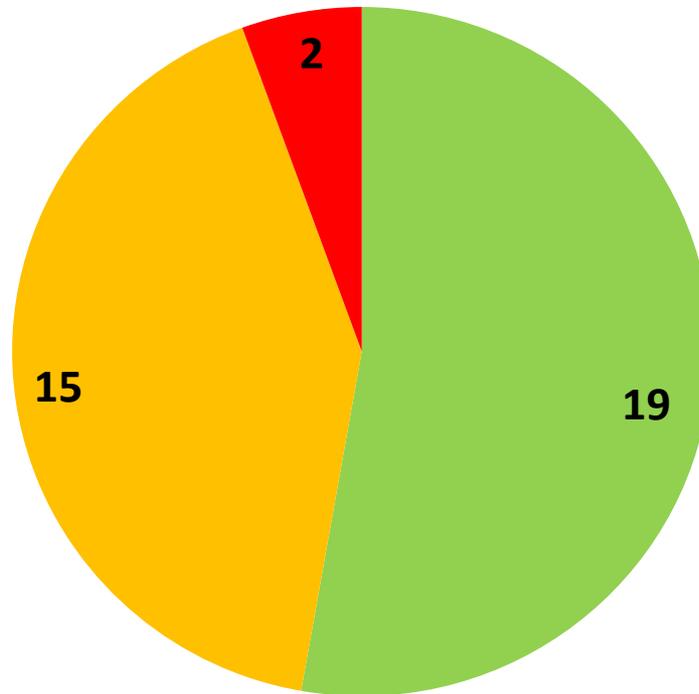
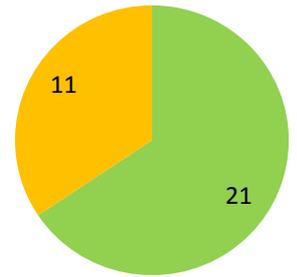


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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

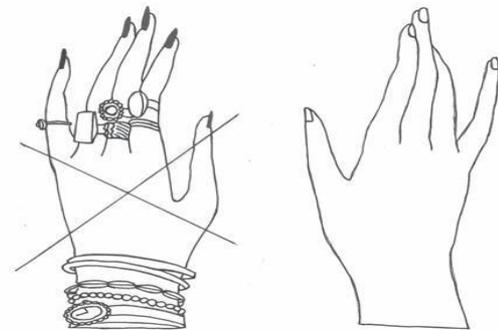
Politique « zéro bijou » (n=36)



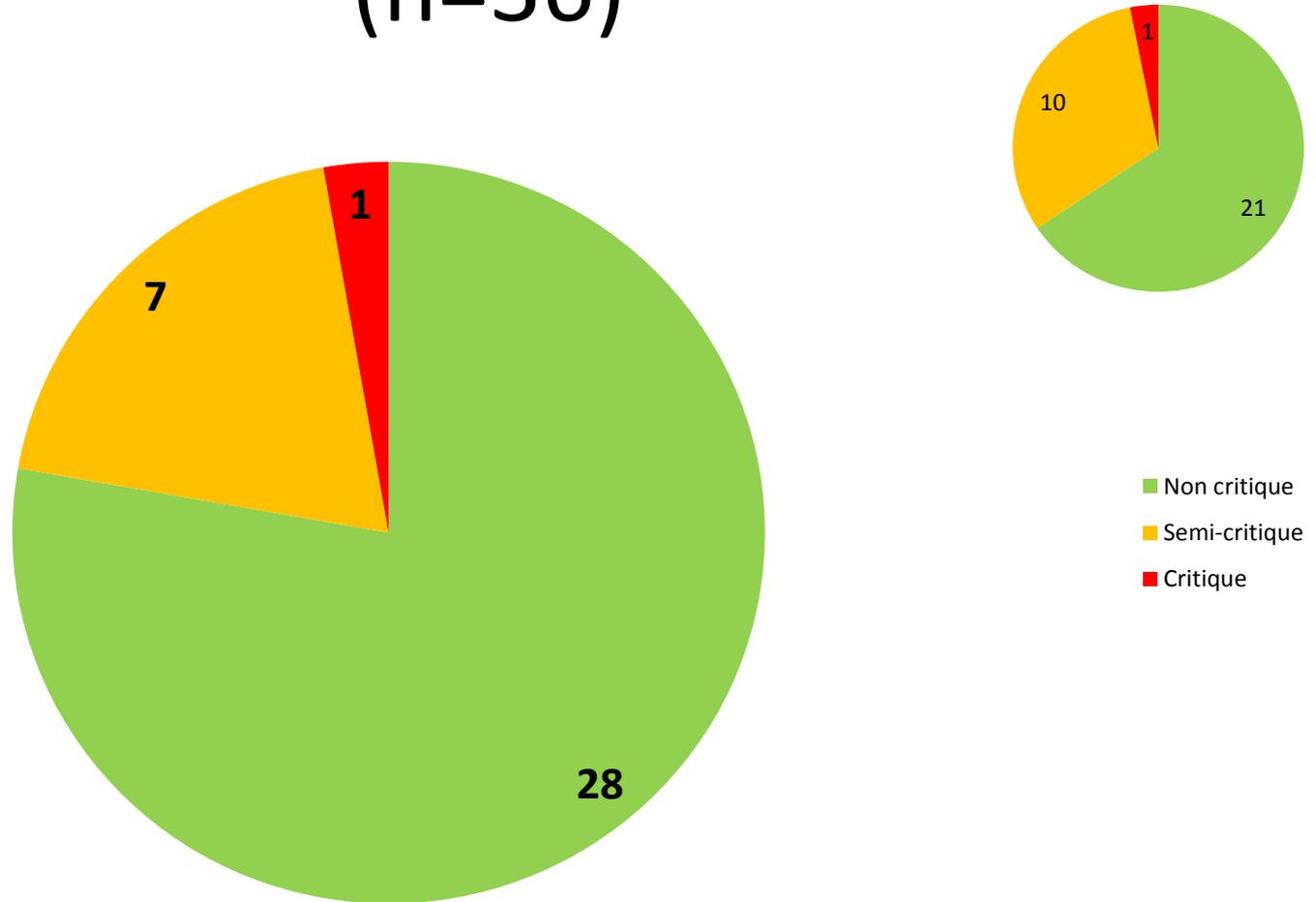
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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)

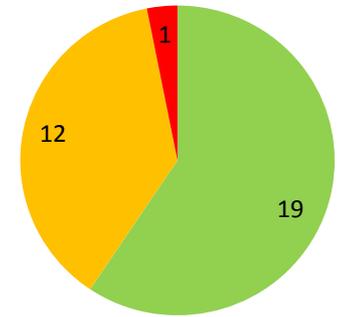
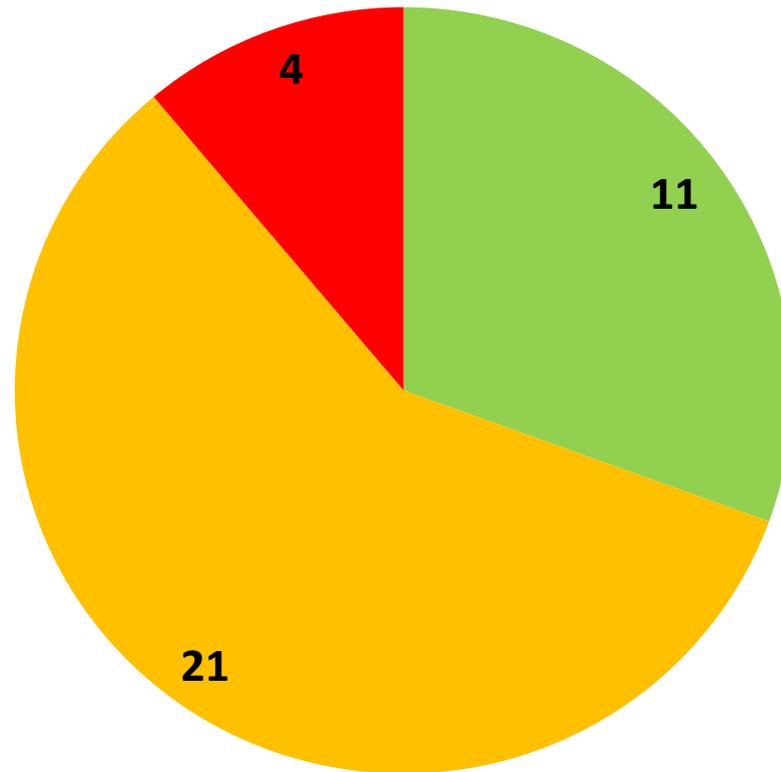


Politique d'hygiène des mains

- 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)



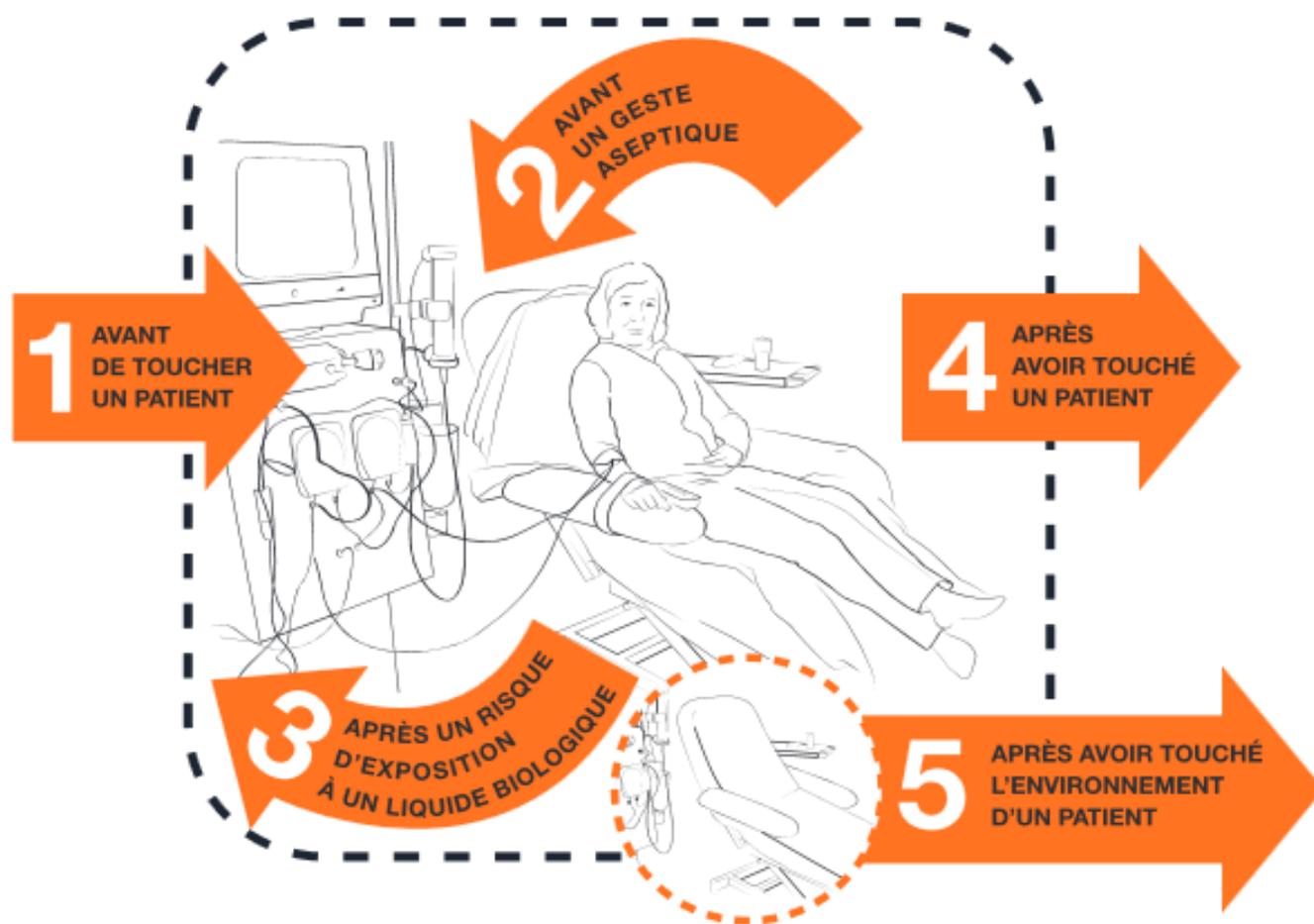
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Pratiques d'hygiène des mains

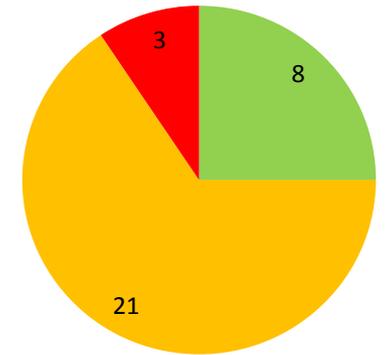
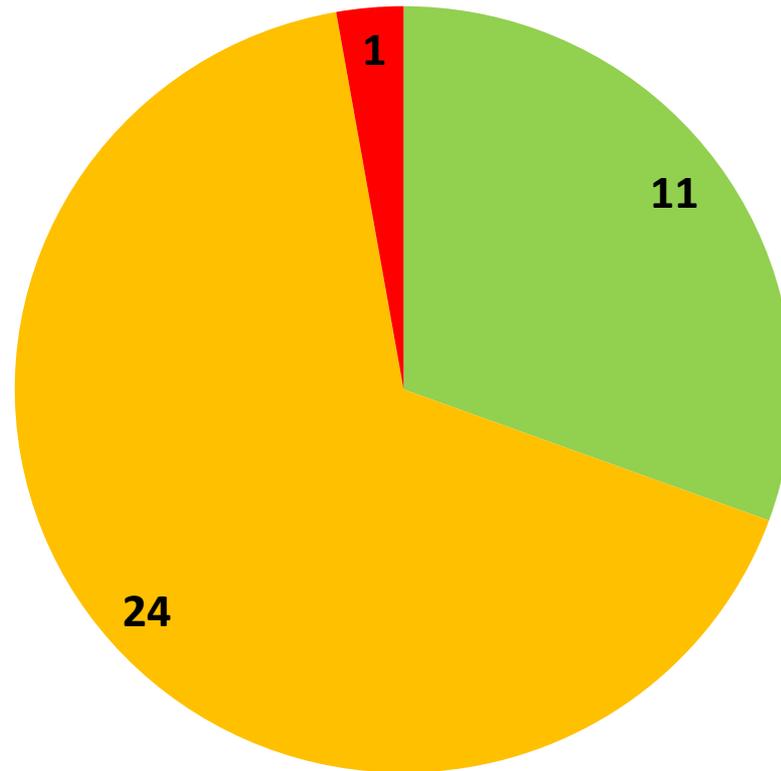
- Certains professionnels utilisent encore en systématique le savon doux => privilégier la SHA
- Revoir les opportunités (notamment après contact patient ou après port de gants +++) et la technique d'hygiène des mains par SHA
- Travailler avec les ambulanciers
 - ➔ Quick-audit HDM?

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)

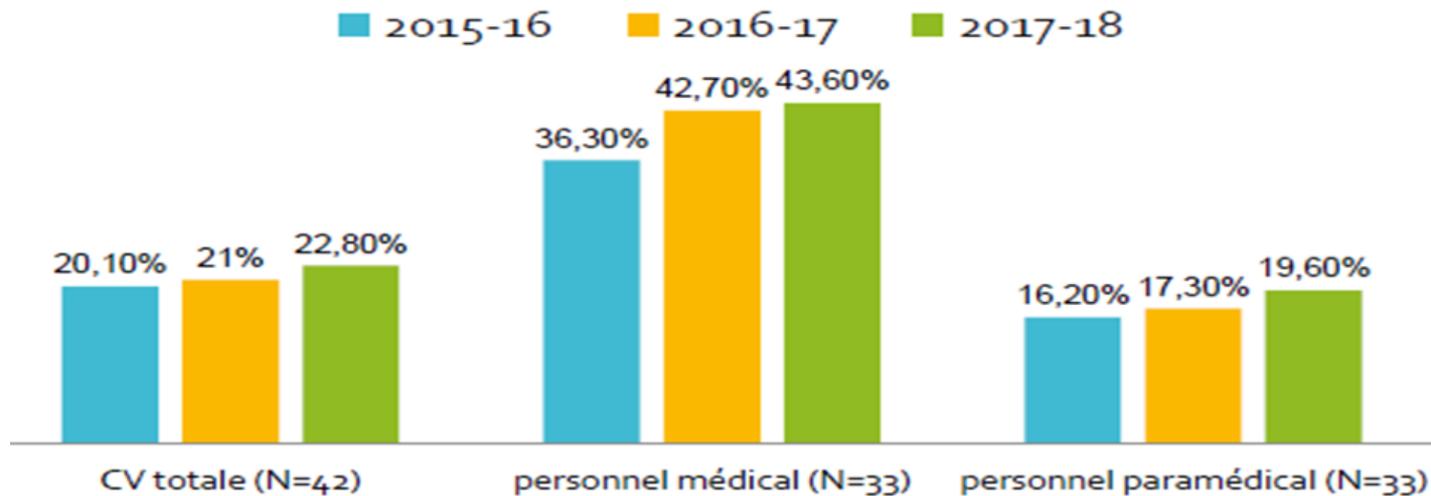
- Tendances nationales...
- Absence de vaccination du personnel malgré les campagnes de vaccination organisées par l'équipe d'hygiène/pharmacie
- Patients d'hémodialyse sont à risque de grippe sévère
 - Levier via indicateur HAS?

Politique vaccinale du personnel (grippe)

- Tendances nationales...

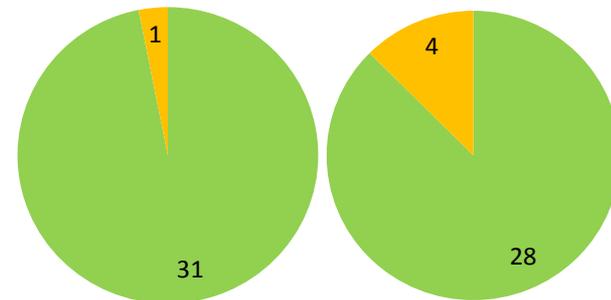
- Cohorte de 42 établissements ayant participé à l'enquête 3 saisons de suite

gré
par

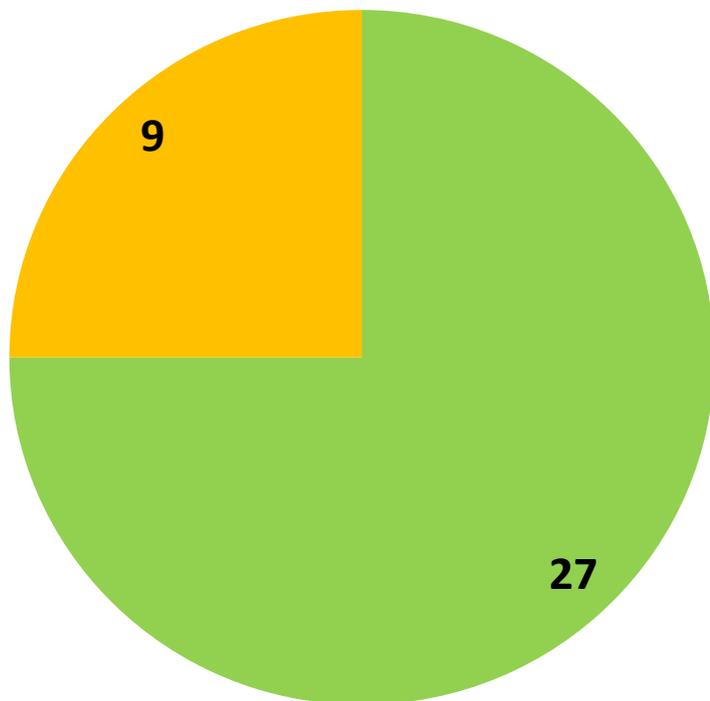


-

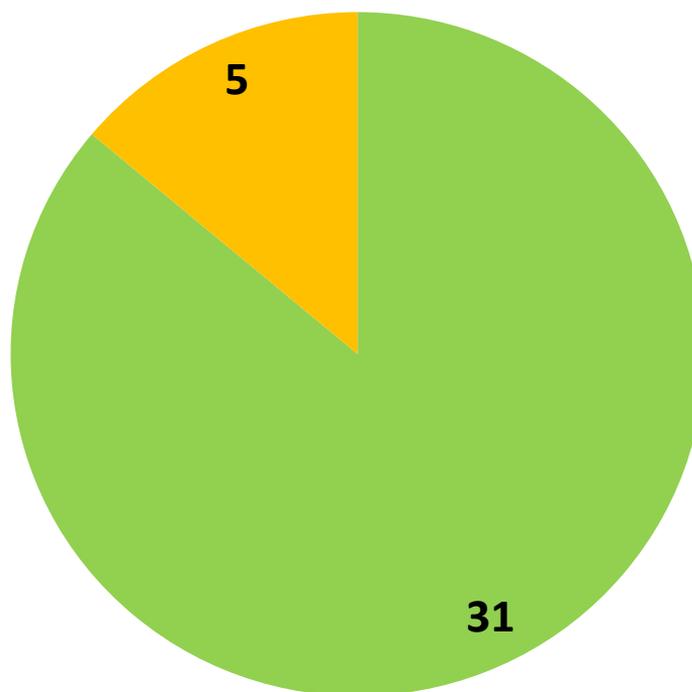
Générateurs (n=36)



Désinfection interne



Autres points de prévention



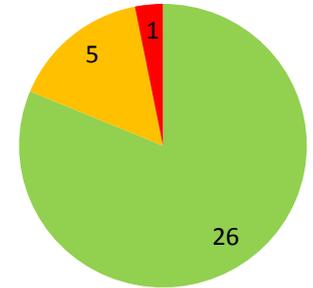
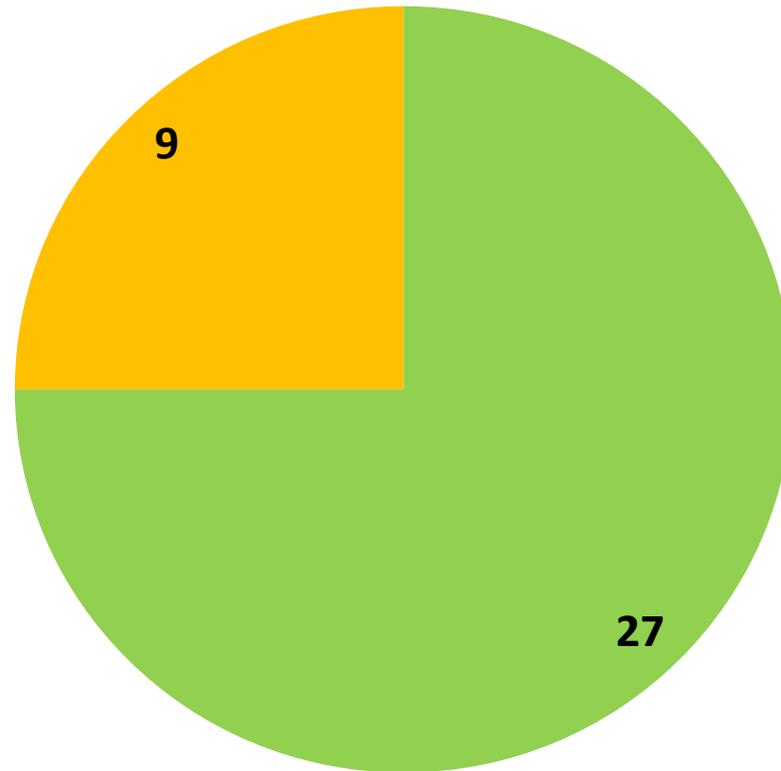
■ Non critique
■ Semi-critique

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

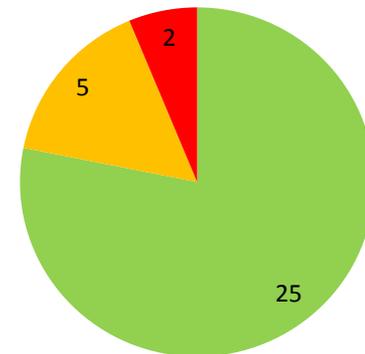
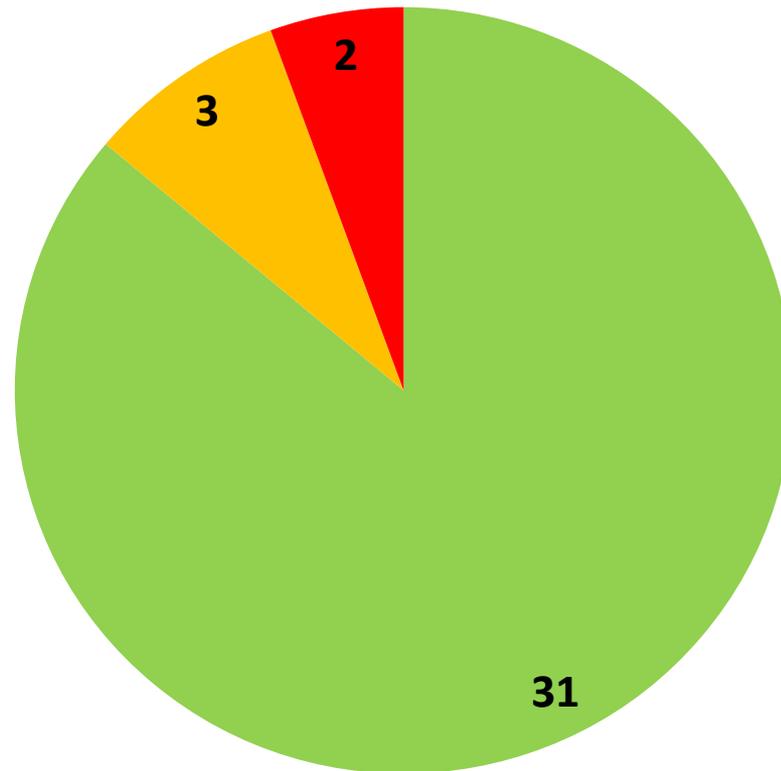
(n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Organisation du bionettoyage

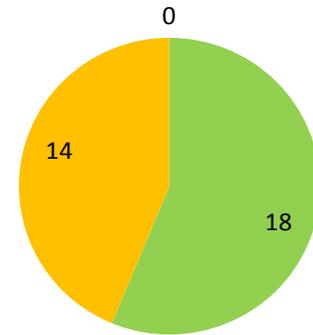
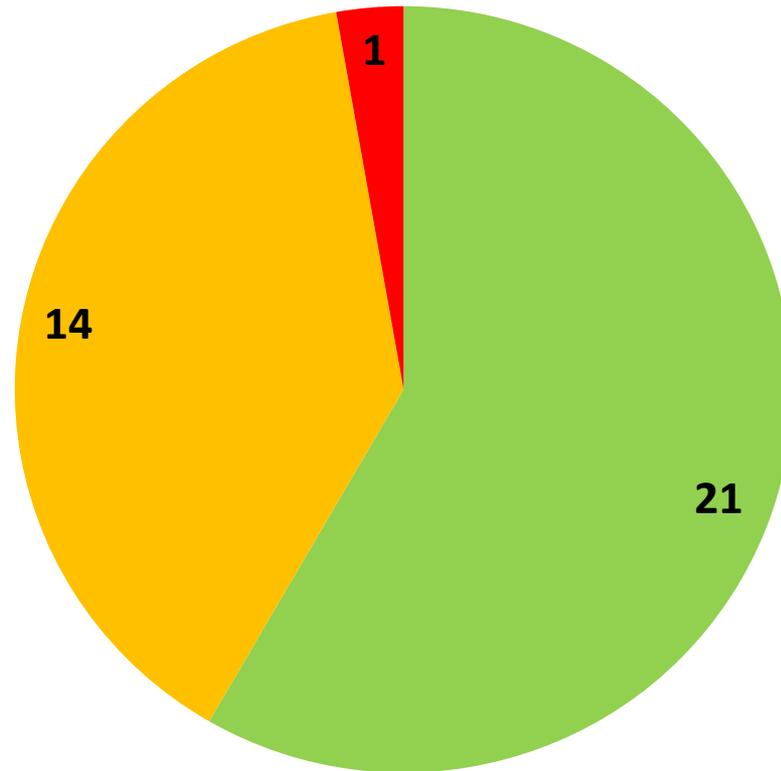
(n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Mise en œuvre du bionettoyage

(n=36)



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

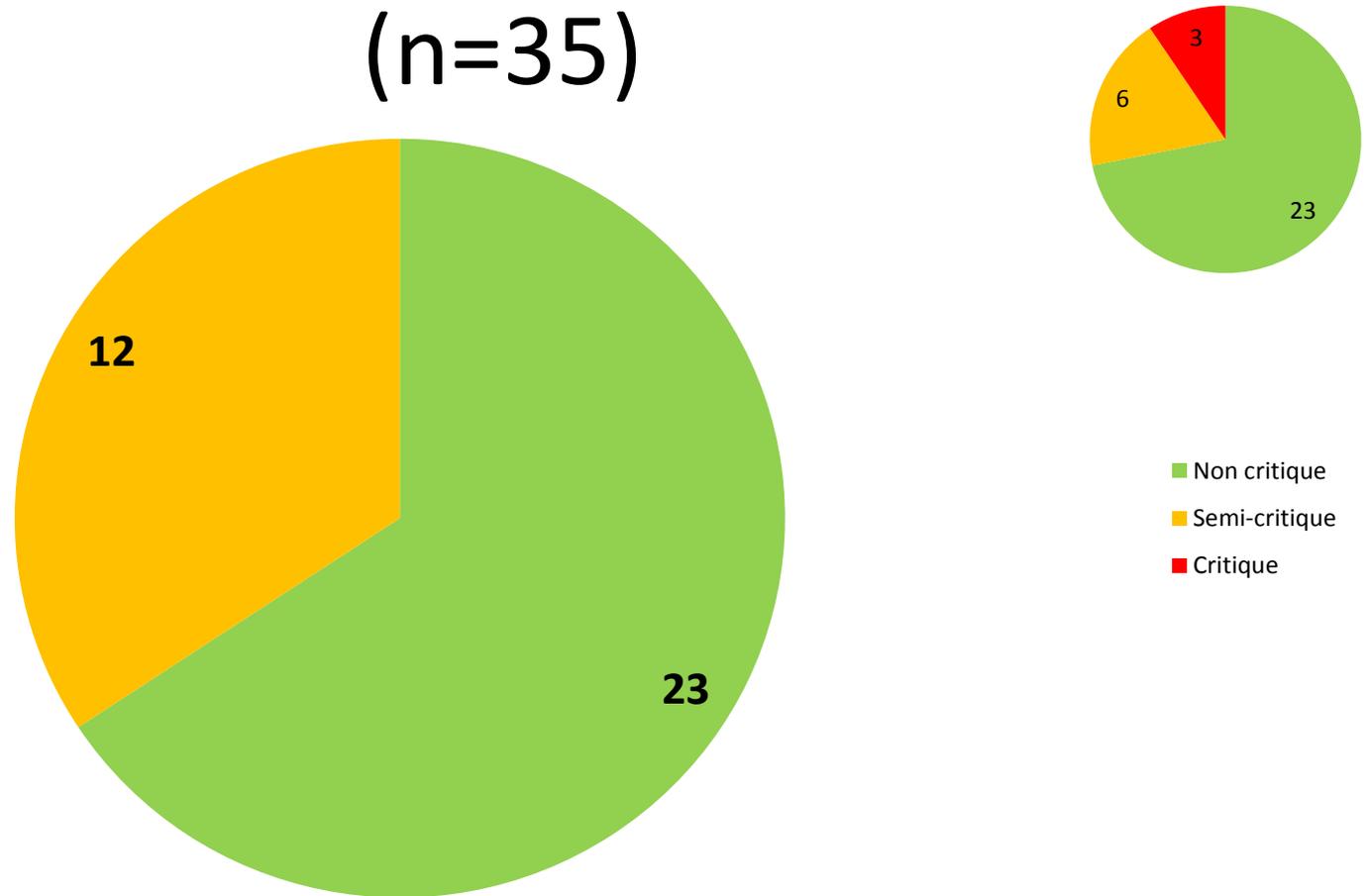
Bionettoyage



- 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

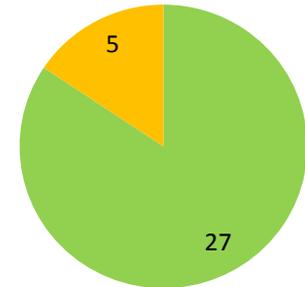
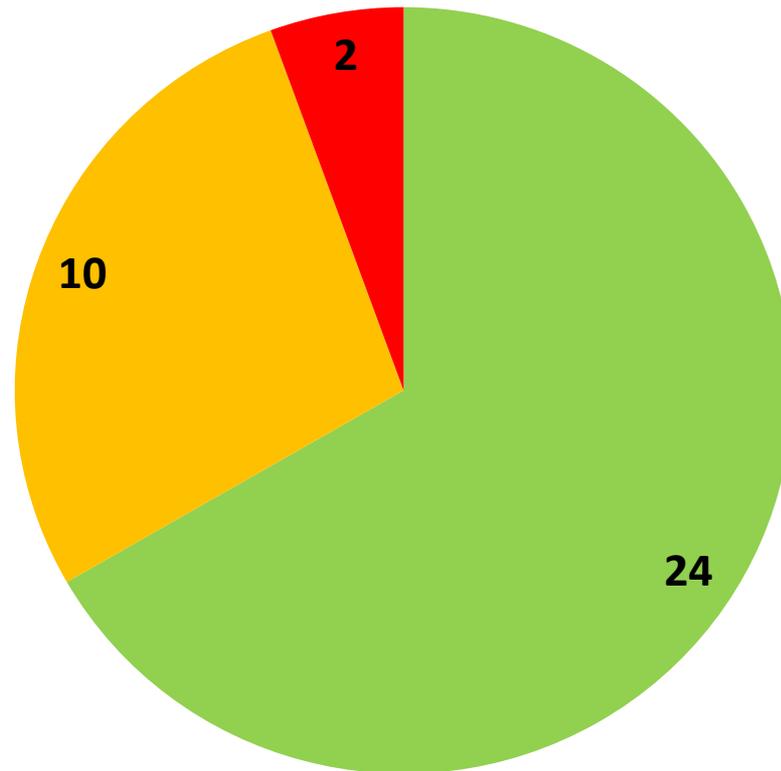
(n=35)



Antibiothérapie, politique vaccinale, suivi sérologique des patients

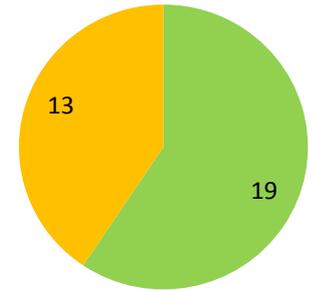
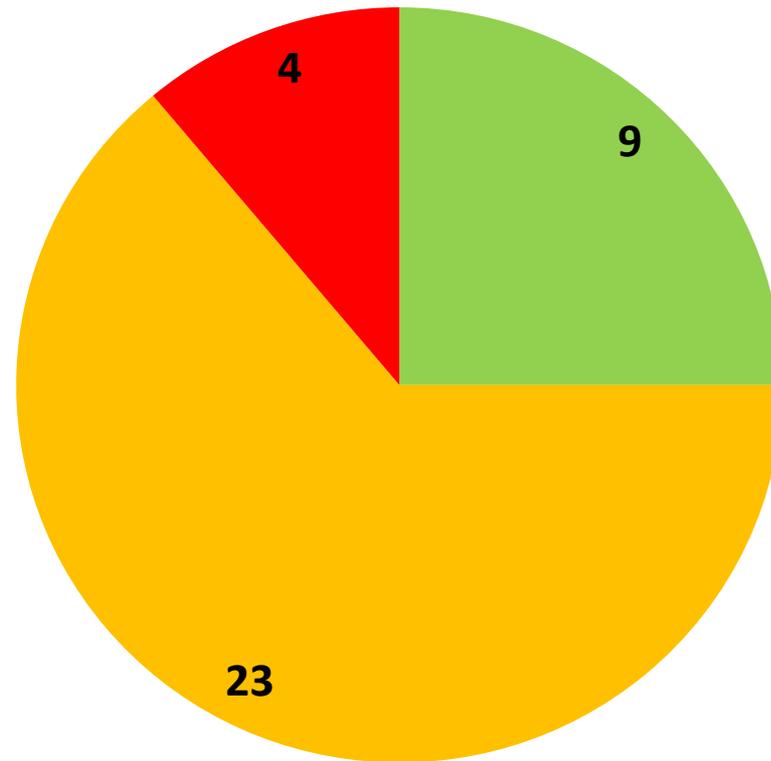
- La réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas systématique
 - ⇒ Réévaluation systématique du traitement à 48-72h
(Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016)
- Guide d'antibiothérapie pas toujours adapté à la spécificité du patient dialysé
- Vaccination et suivi sérologique des patients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

Procédure accès vasculaire (n=36)



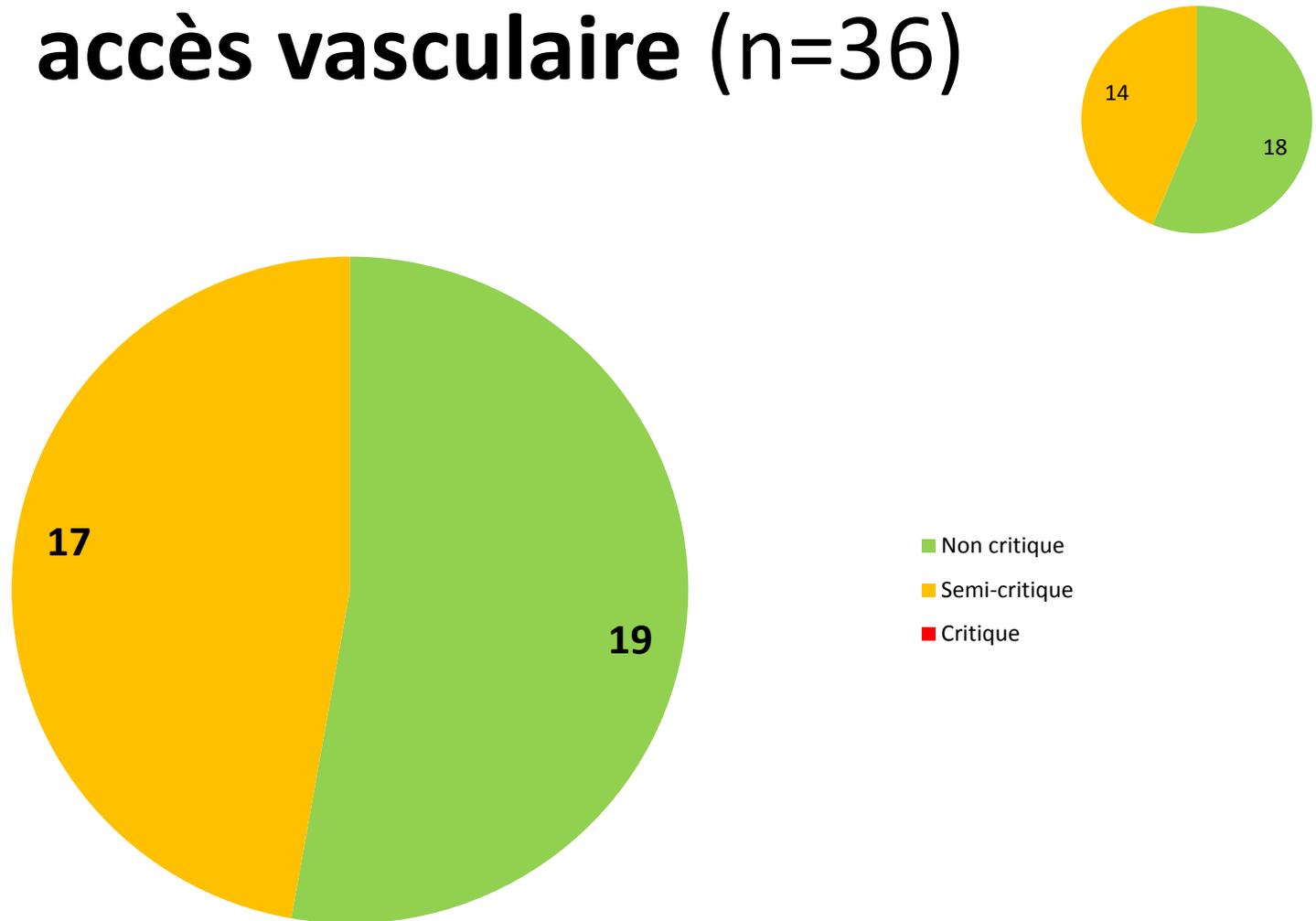
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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



- Non critique
- Semi-critique
- Critique

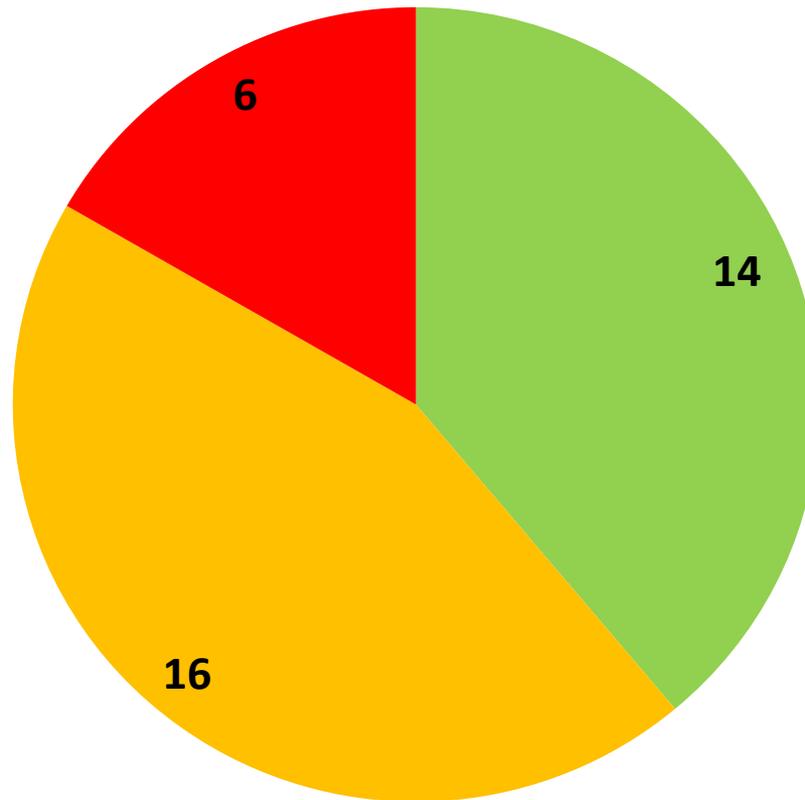
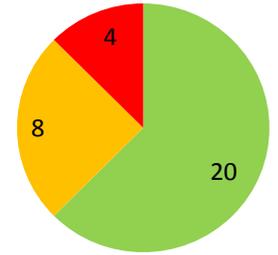
Connaissance du risque infectieux sur accès vasculaire (n=36)



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)



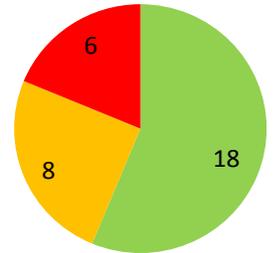
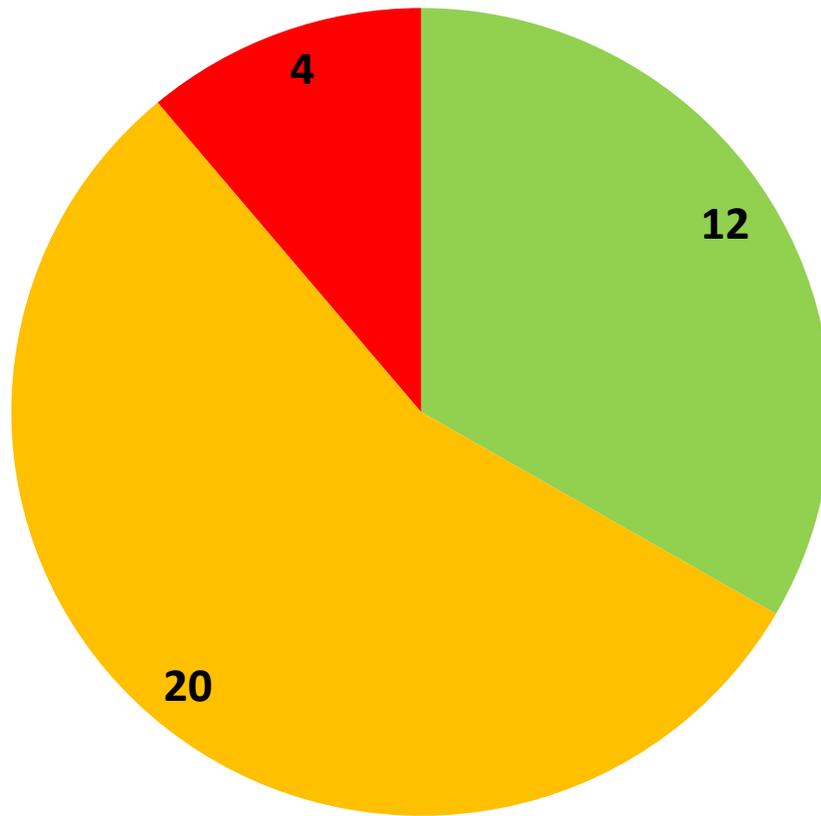
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Antisepsie 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)

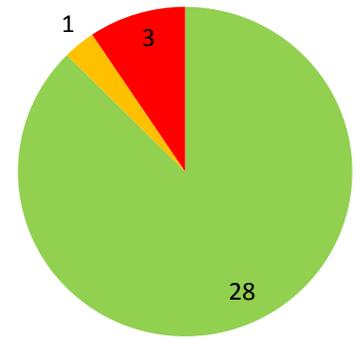
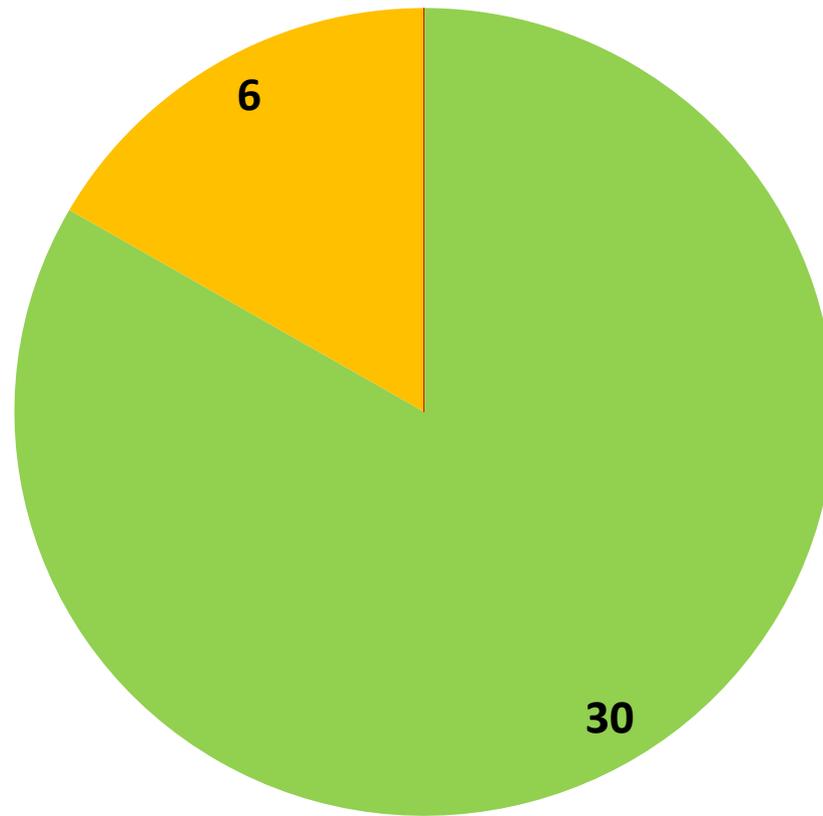


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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)



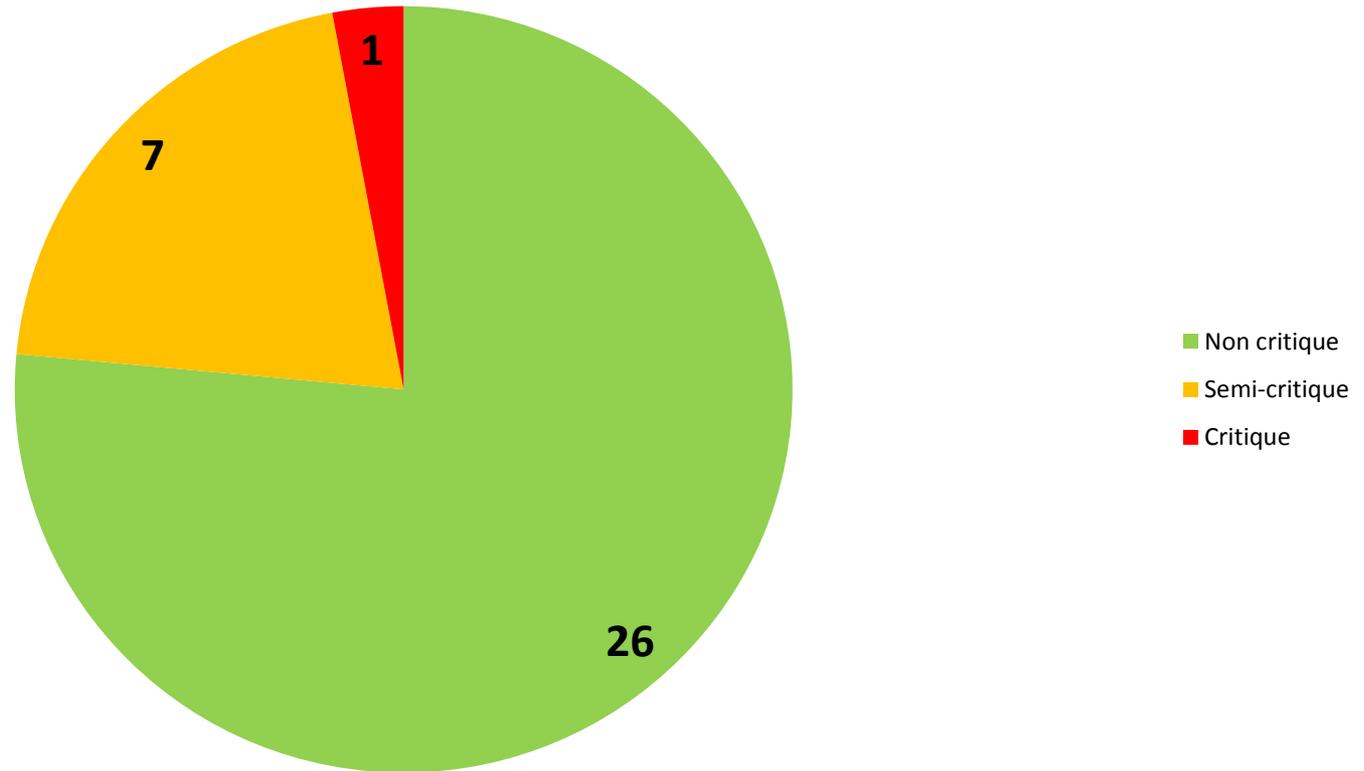
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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

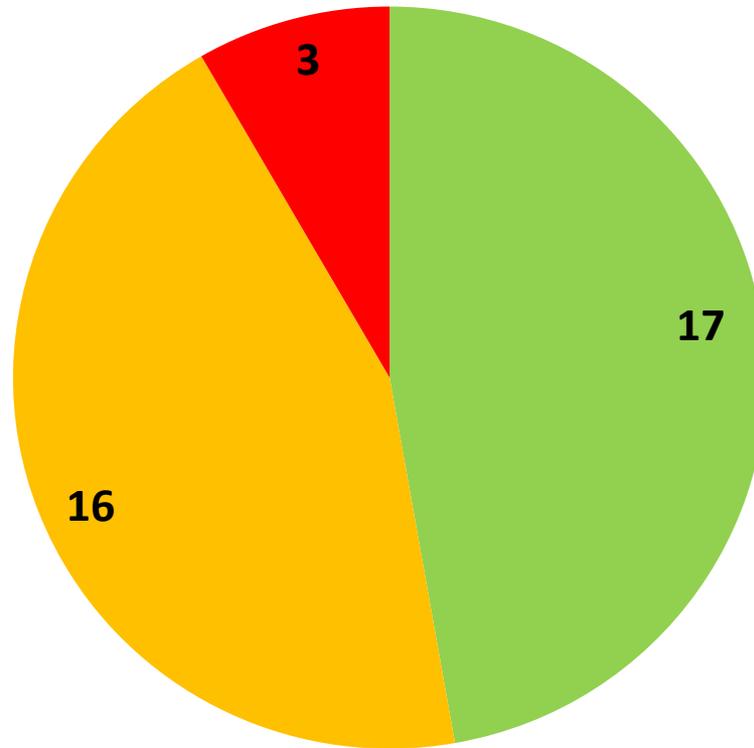
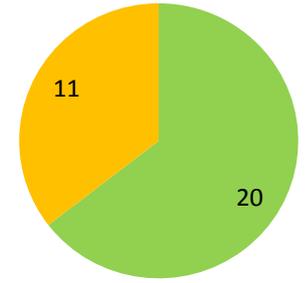
(n=34)



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)

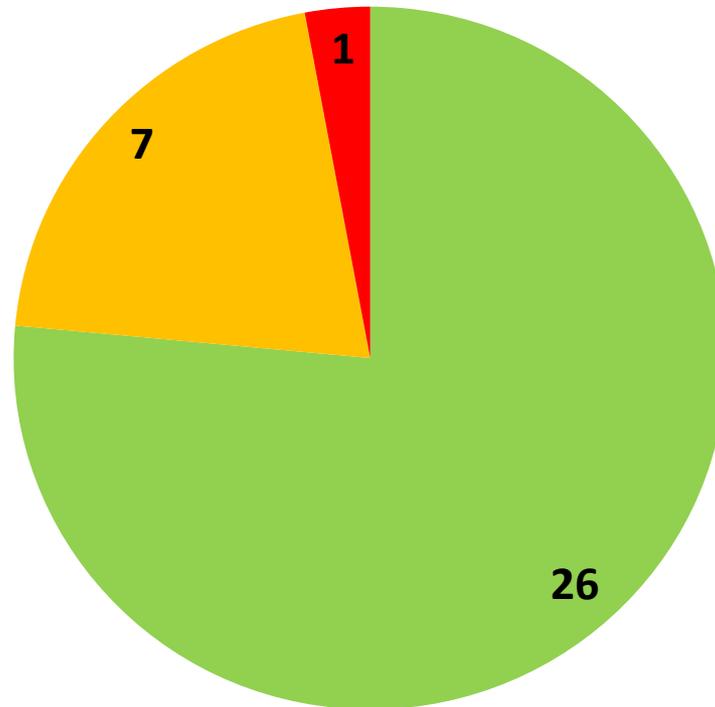
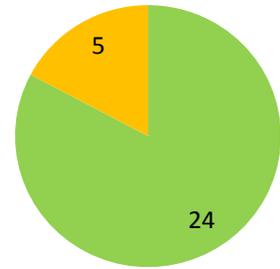


- Non critique
- Semi-critique
- Critique

Manipulations des lignes

- Les lignes ne sont pas toujours manipulées avec des 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)



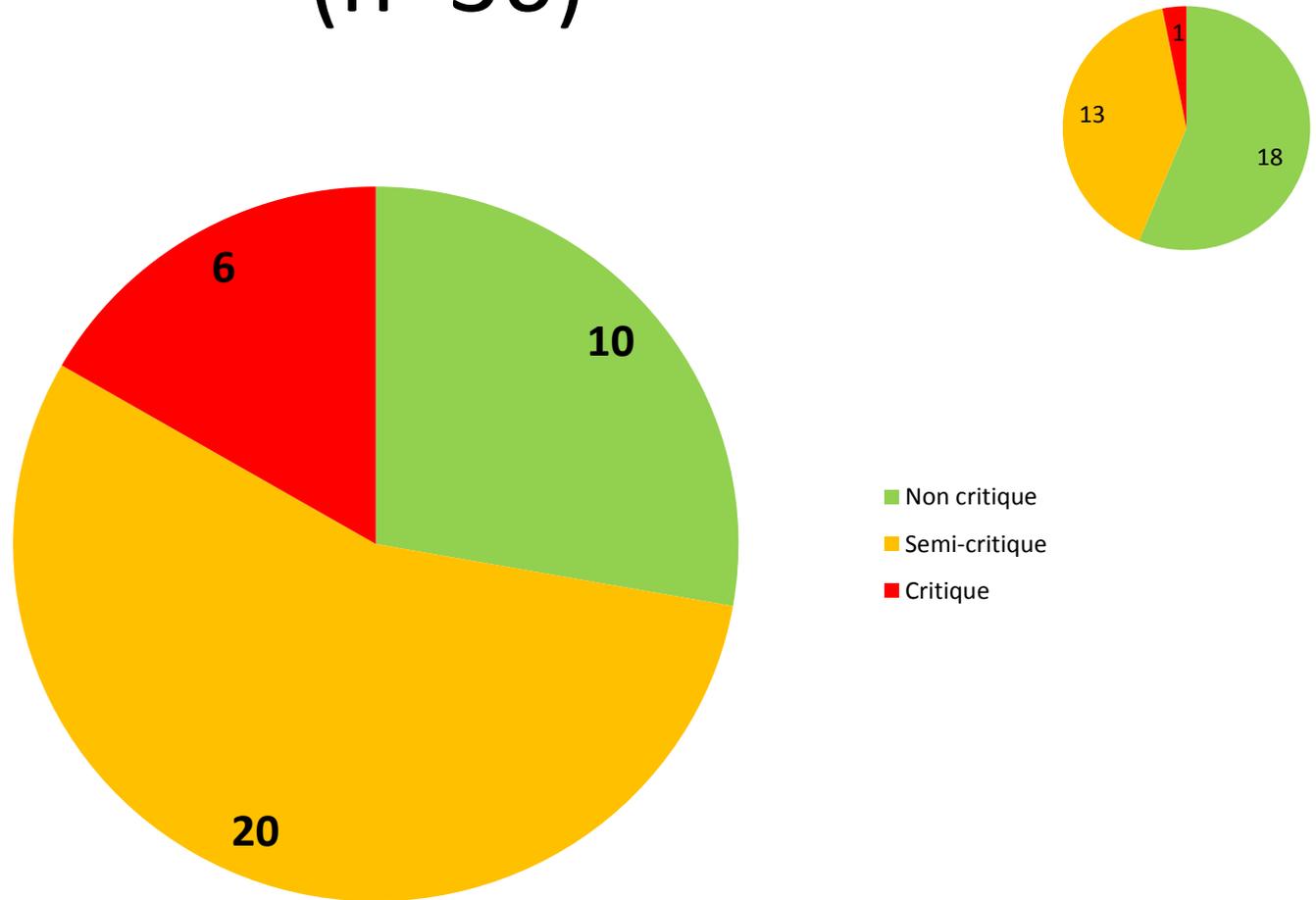
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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)

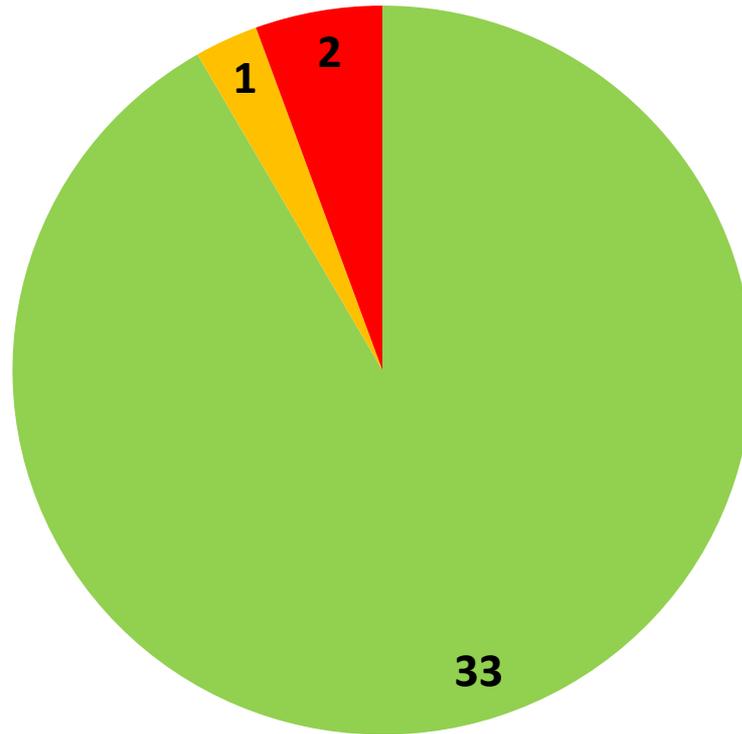
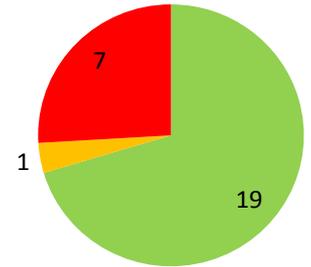


Risque de transmission croisée

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

Gestion des excréta

(n=36)



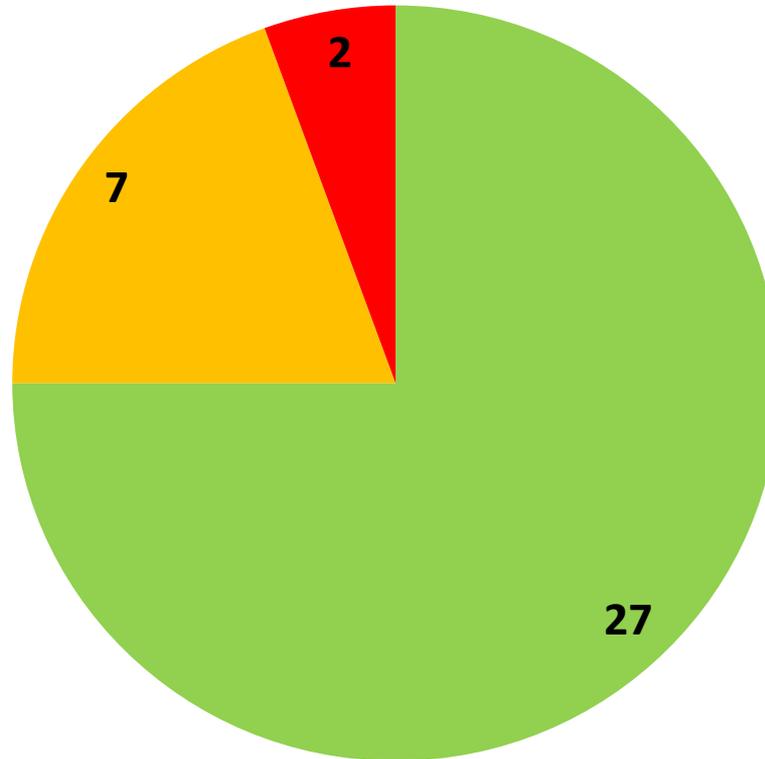
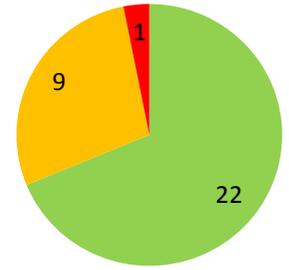
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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)



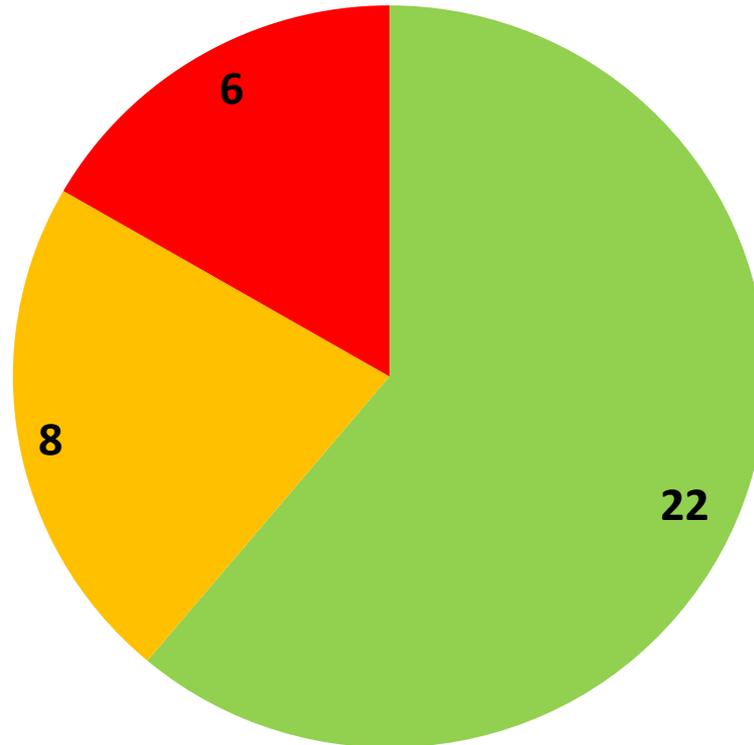
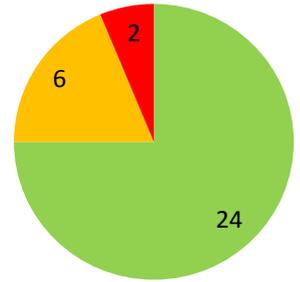
- Non critique
- Semi-critique
- Critique

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