



# Démarche régionale d'amélioration de la qualité des soins en autodialyse (UAD)

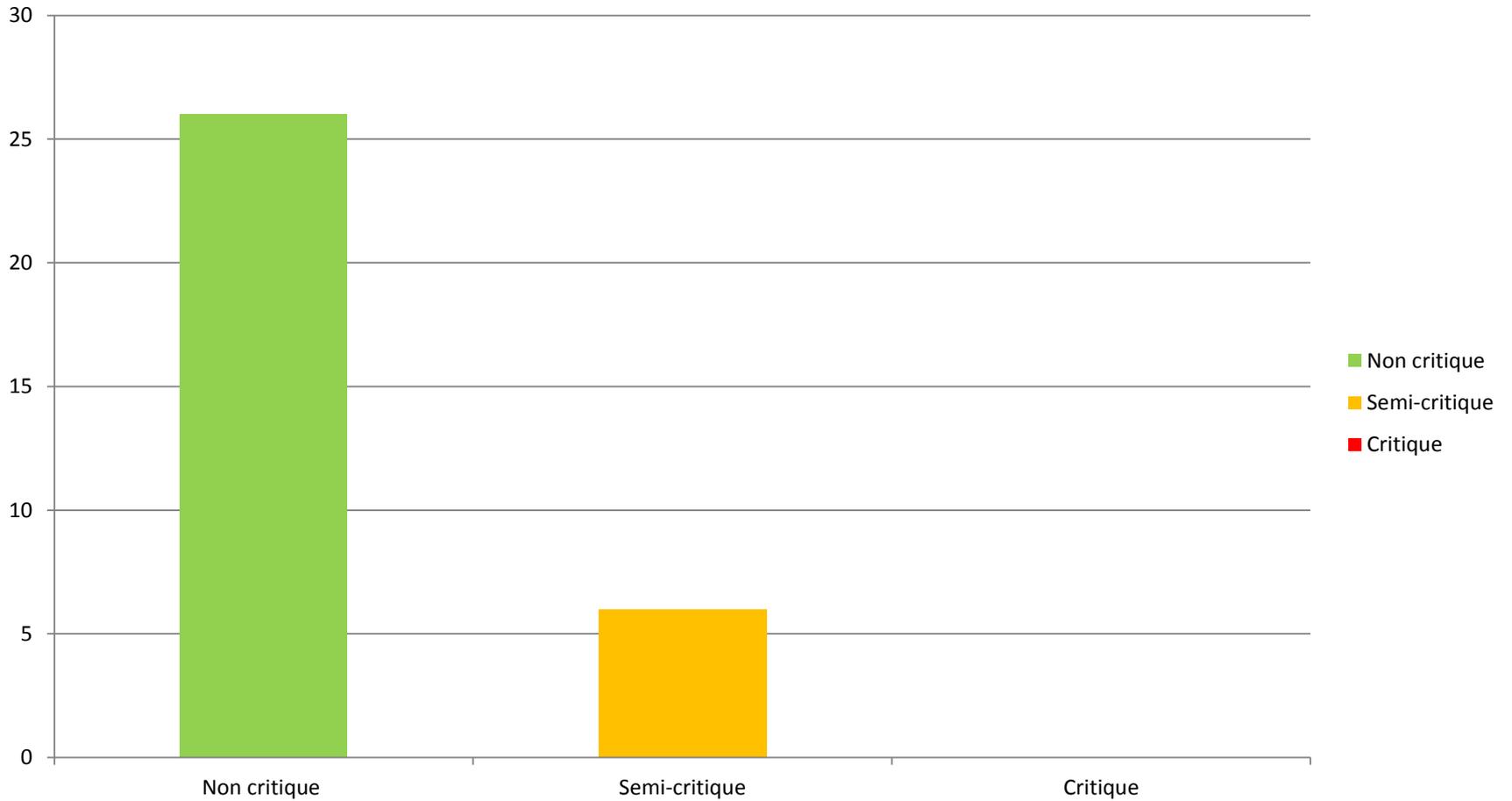
Visite de risque infectieux en  
hémodialyse

Arlin Ile-de-France

# Résultats

- 37 unités d'autodialyse ont réalisé la VDRI dans le cadre de cette démarche régionale (sur les 62 UAD d'Ile-de-France)
  - > 32 rapports
- Concerne  $\approx$  820 postes de dialyse

# Moyens humains

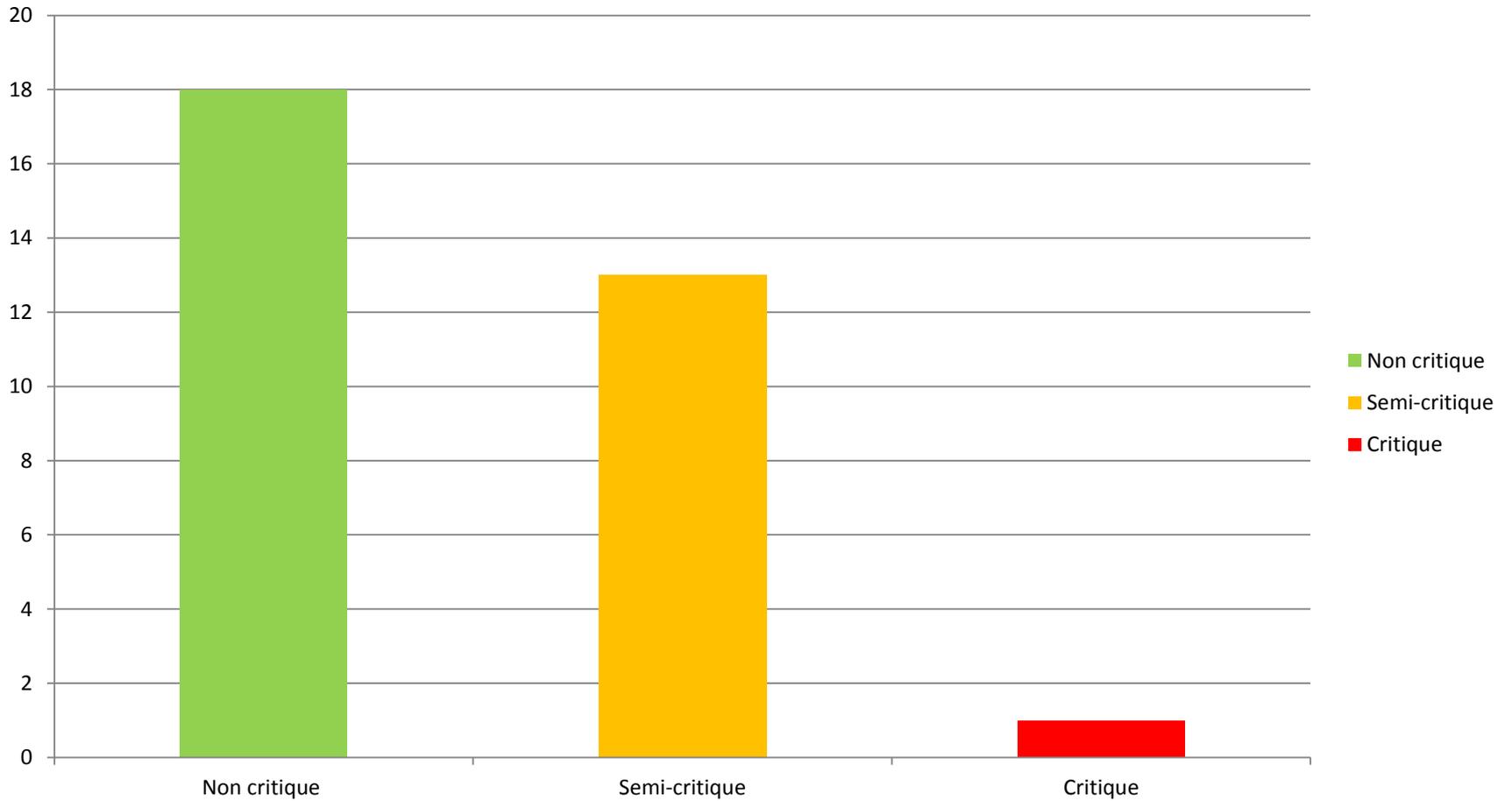


# Moyens humains

- Ratio IDE : toujours respecté mais mis à défaut par une surcharge de travail liée à des patients de moins en moins autonomes (patients âgés, ne se comprimant pas seul...) ou plus lourds (porteurs de CVC, BMR/BHRe...)
  - ⇒ Mauvais recrutement des patients relevant d'UAD?  
Défaut de formation à l'autodialyse des patients?
- ASH : ponctuellement insuffisant notamment en interséance



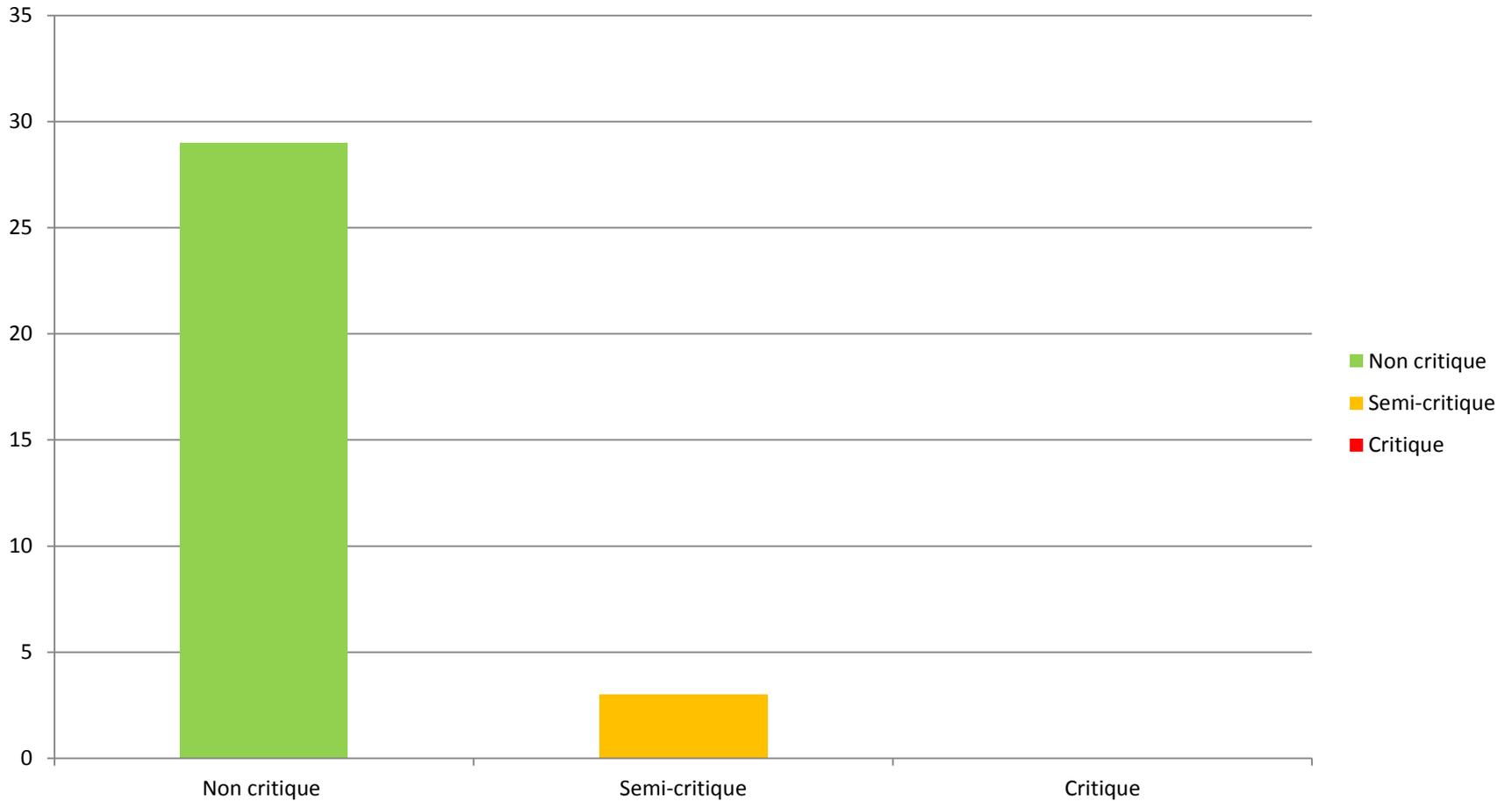
# Fiche de poste



# Fiche de poste

- Le risque infectieux n'est pas abordé en détail dans la fiche de poste
- Concernant les ASH notamment, les fiches de postes sont parfois conçues par le prestataire sans regard possible par l'UAD
  - =>travailler en concertation avec le prestataire sur ce sujet

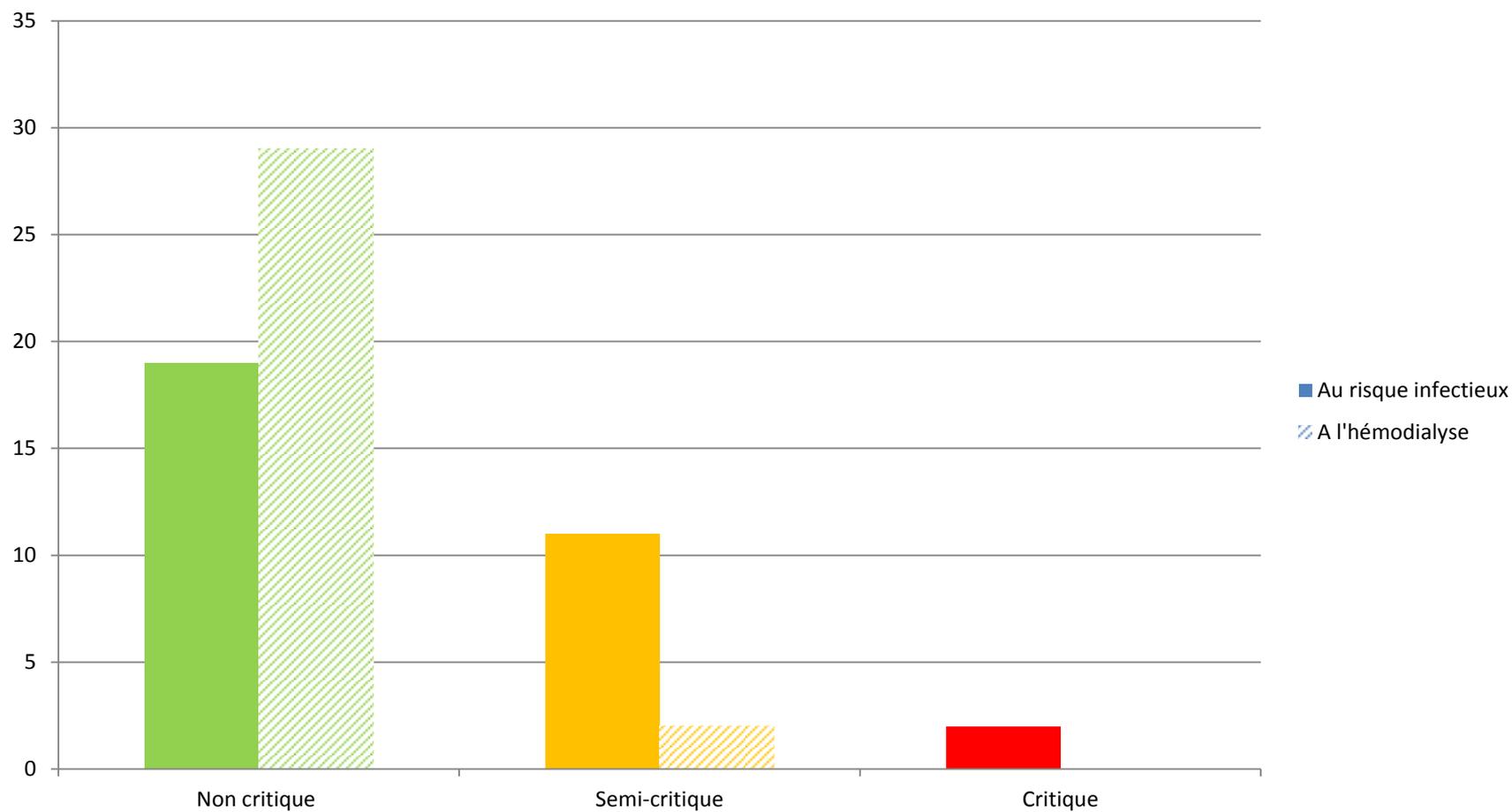
# Planification des séances



# Planification des séances

- Globalement les patients sont satisfaits de la planification de leurs séances -> but de l'autodialyse

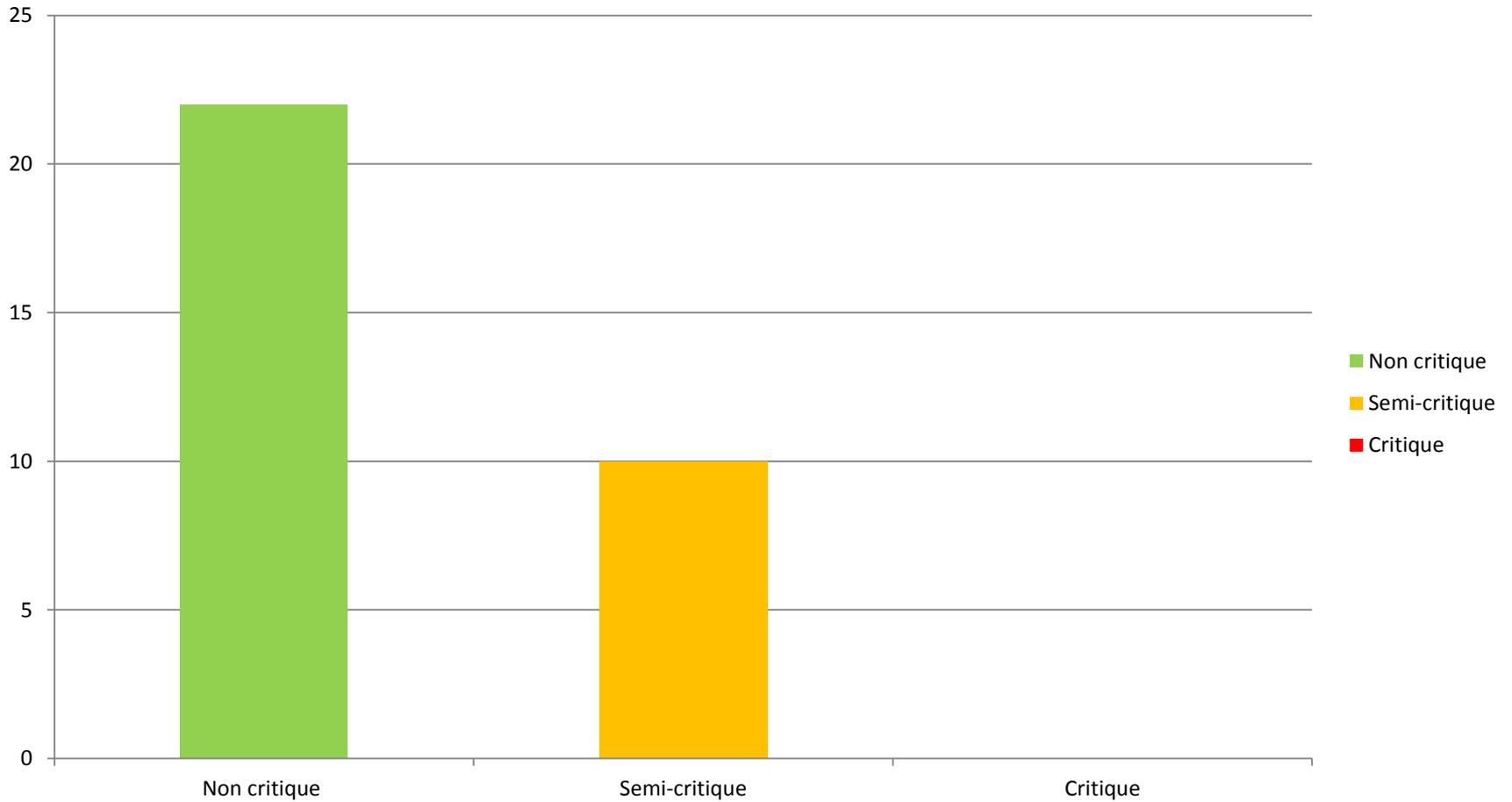
# Formation du personnel



# Formation du personnel

- Une formation à la spécificité de l'activité d'hémodialyse est faite à chaque arrivant.
- Par contre, une formation sur le risque infectieux en hémodialyse n'est pas systématique
  - ⇒ Action d'amélioration locale voire régionale?

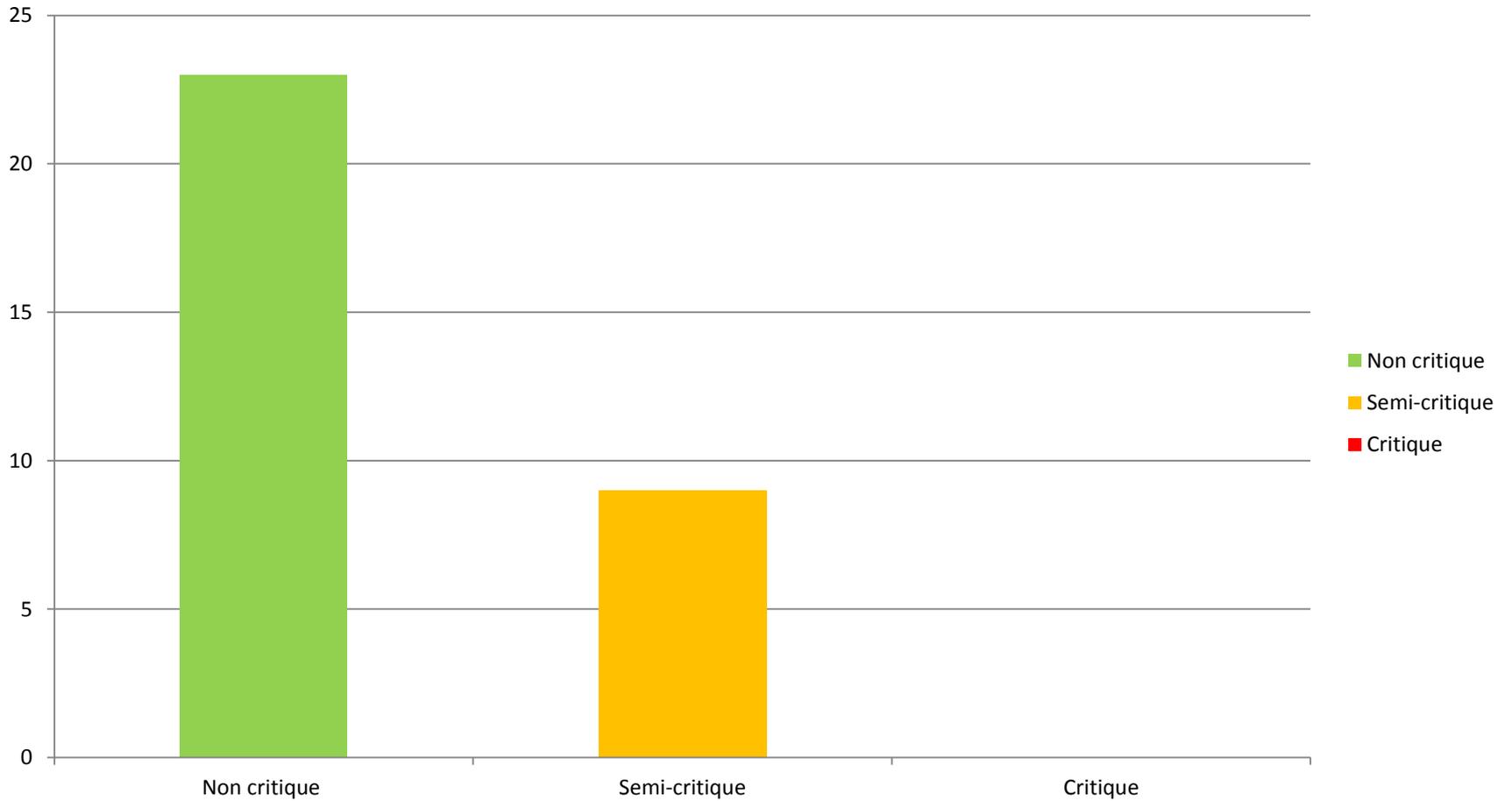
# Gestion des risques



# Gestion des risques

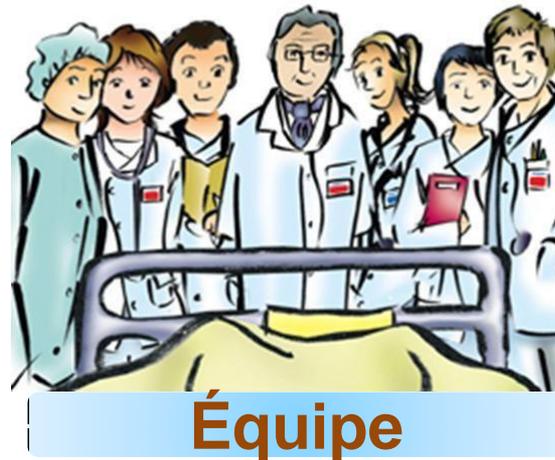
- L'outil permettant la gestion des risques est le plus souvent disponible mais cette culture de signalement d'évènements indésirables n'est pas encore ancrée dans toutes les structures et n'inclus pas tous les acteurs  
=> A promouvoir

# Communication

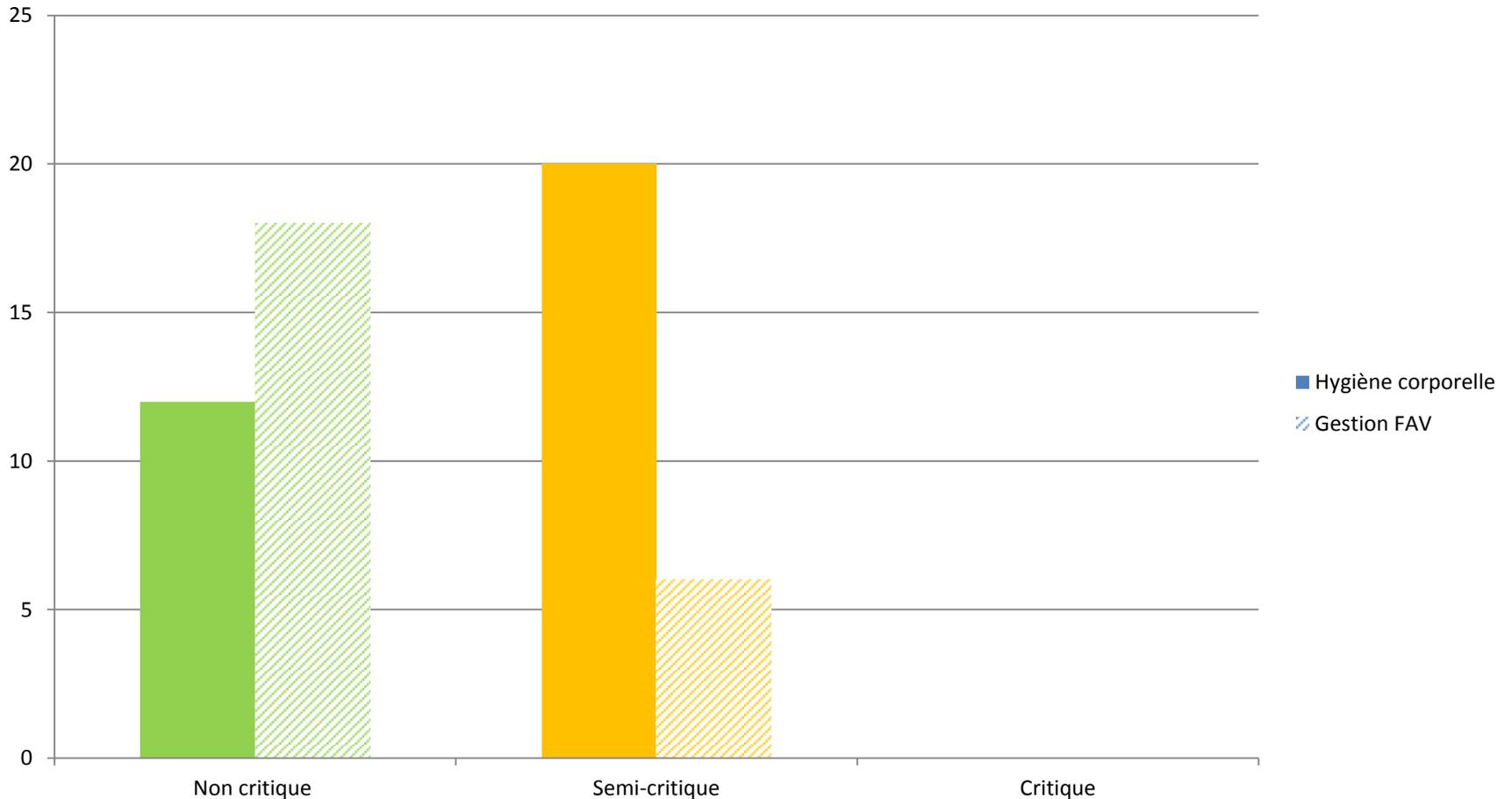


# Communication

- Il s'agit le plus souvent de petites équipes ce qui plus propice à une communication de bonne qualité



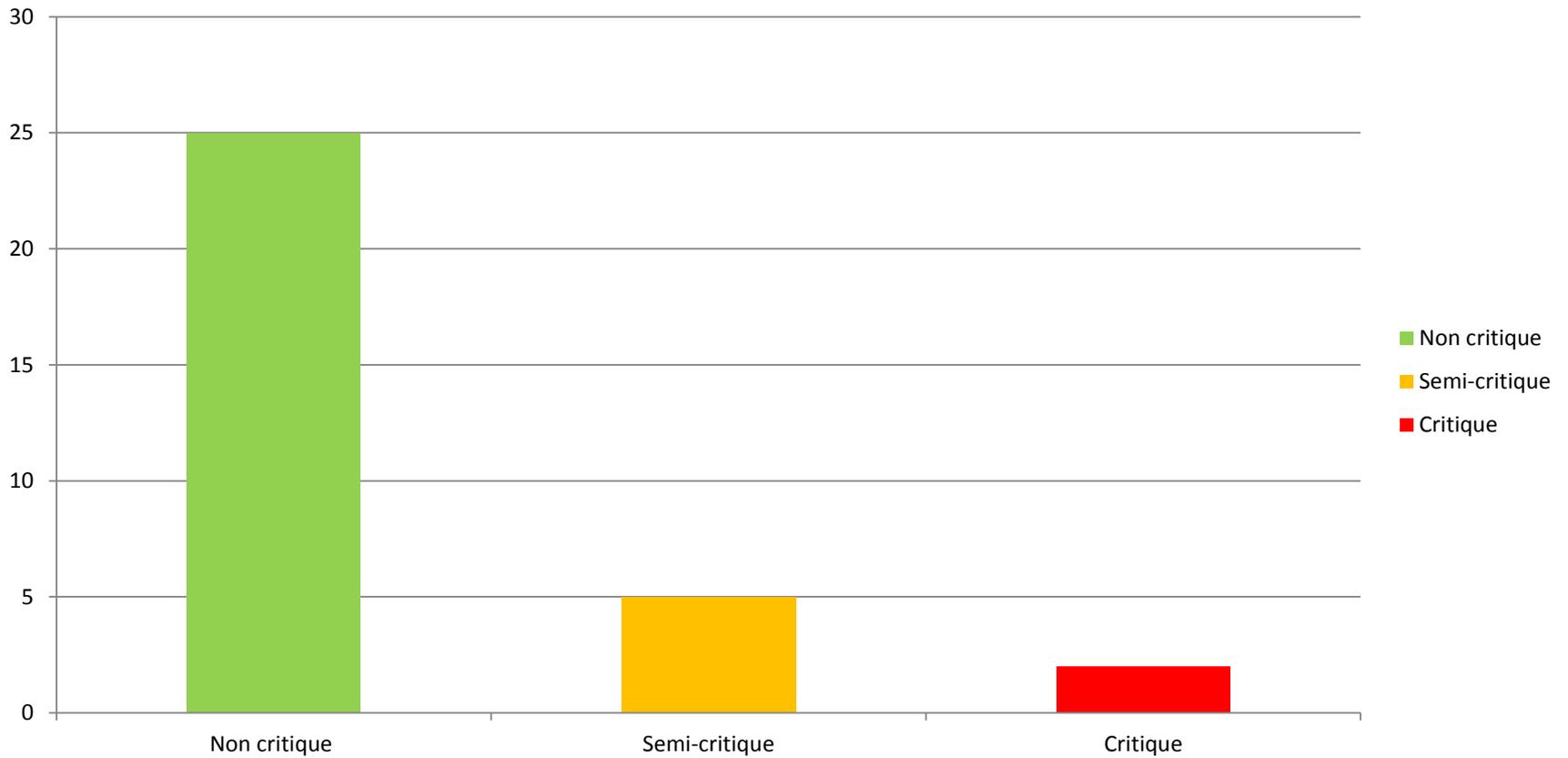
# Information et éducation des patients sur la prévention des infections



# 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 la fistule existent mais ne sont pas toujours remis ou expliqués aux patients
- La transmission des consignes se fait surtout de manière orale certains problèmes peuvent se poser comme la barrière de la langue
- Souvent, absence de vérification de la bonne application des consignes par les IDE et pas de traçabilité

# Réseau de correspondants

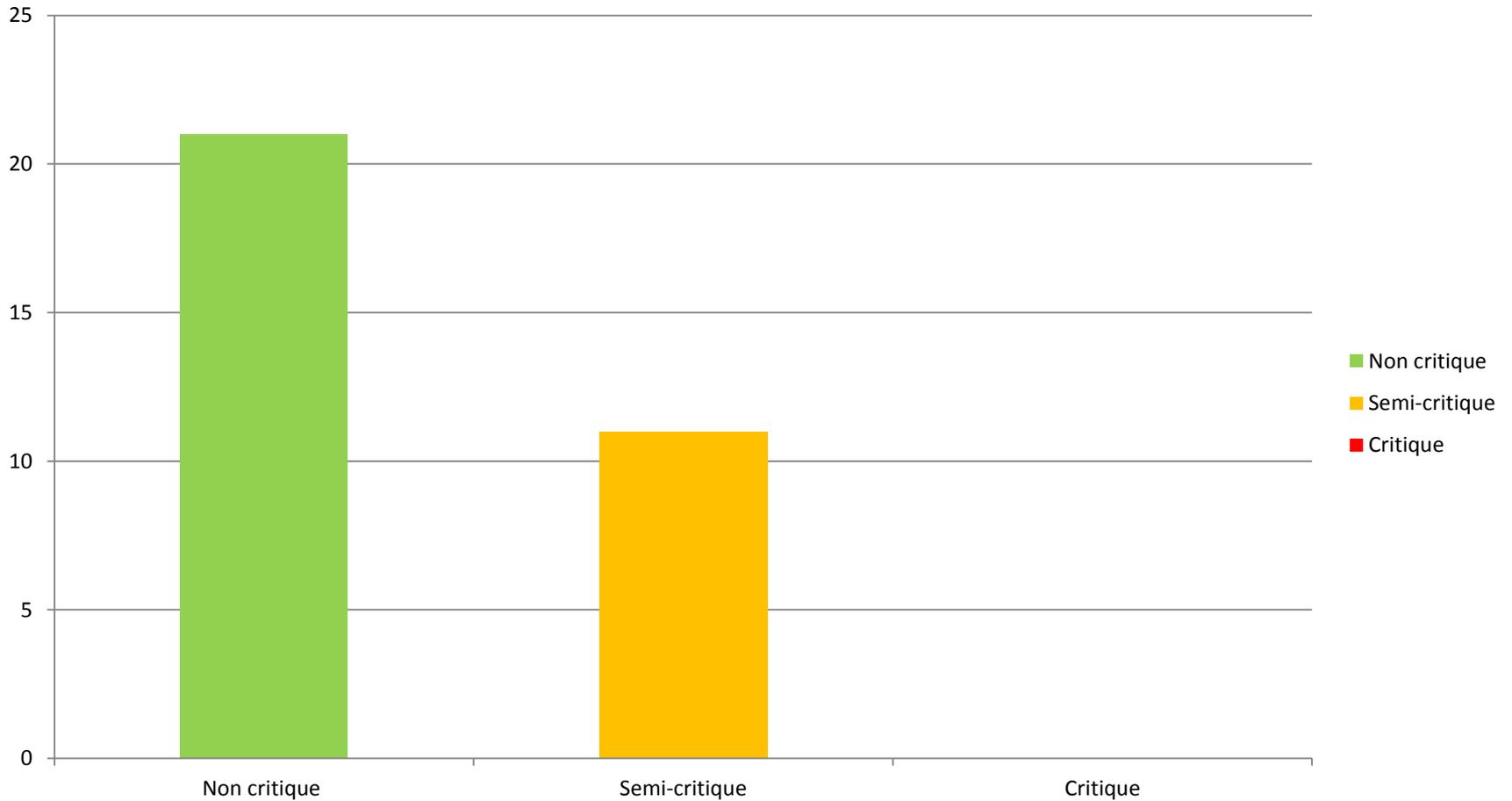


# Réseau de correspondants

- Réseau de correspondants bien structuré dans la plupart des unités **mais**
  - Quelles sont leurs missions?
  - Ont-ils un temps dédié à cette activité?

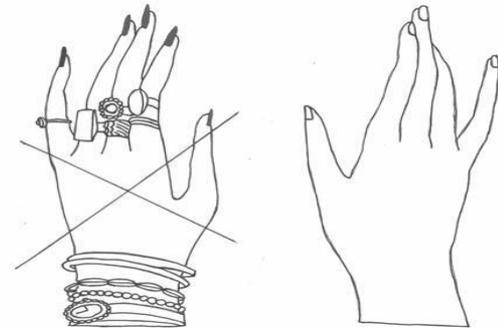
=> Plan d'action : organisation de journées de formation avec les correspondants au niveau local, au niveau régional?

# Politique « zéro bijou »

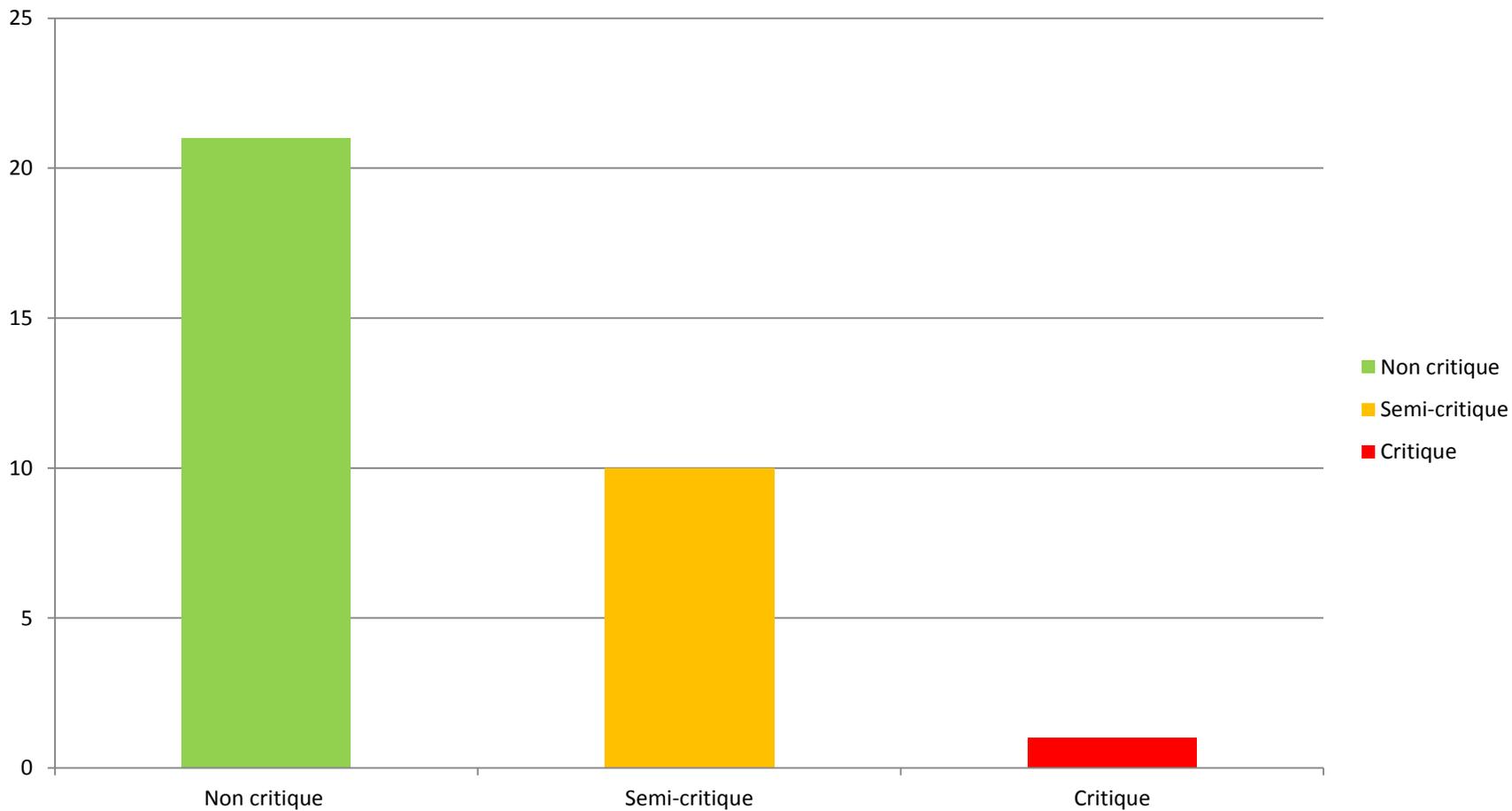


# Politique « zéro bijou »

- 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

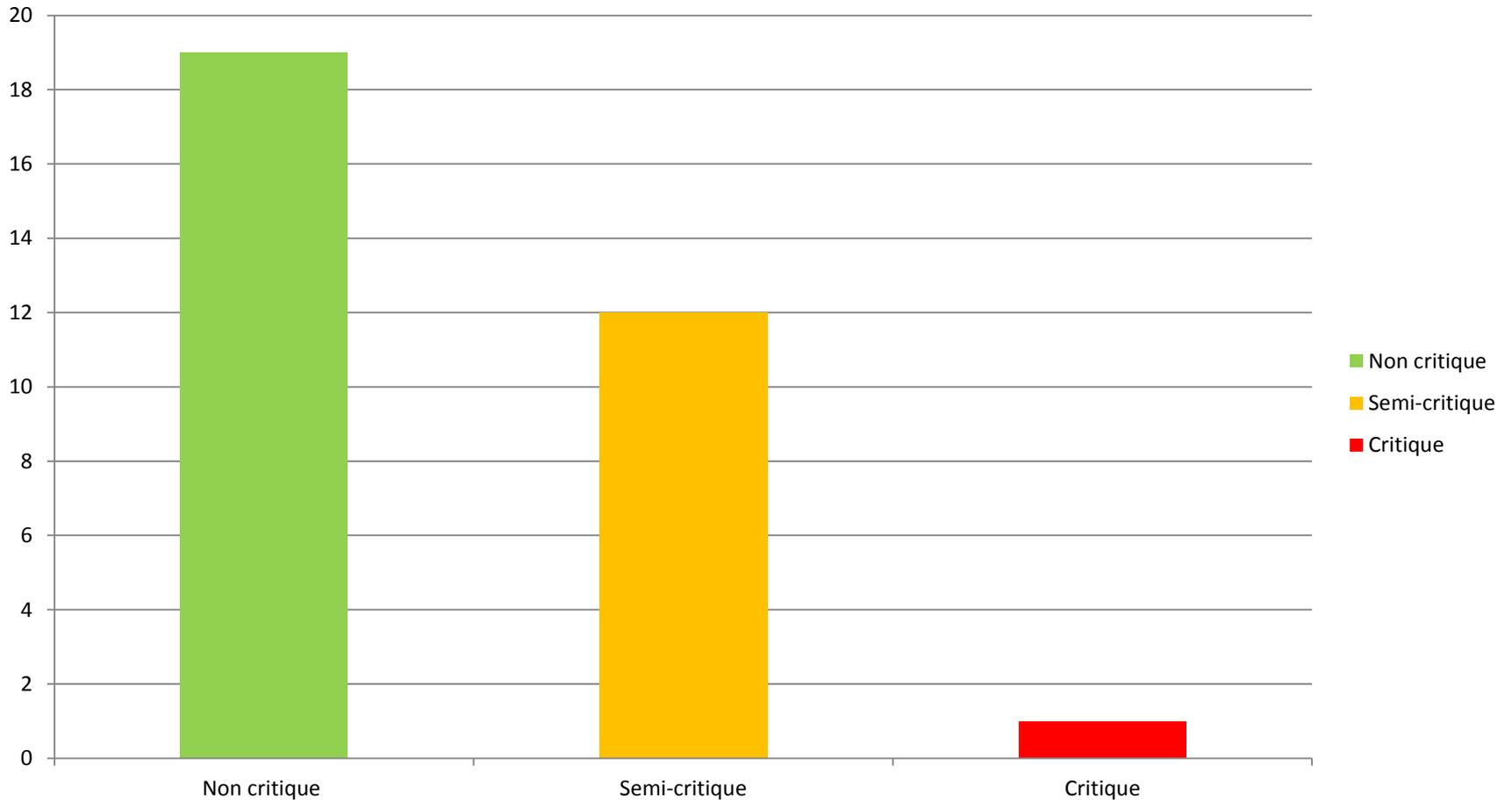


# Politique d'hygiène des mains

- Toutes les unités doivent pouvoir s'équiper de flacons de SHA placés judicieusement (au plus près du soin et à disposition des patients)
- 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



# Pratiques d'hygiène des mains

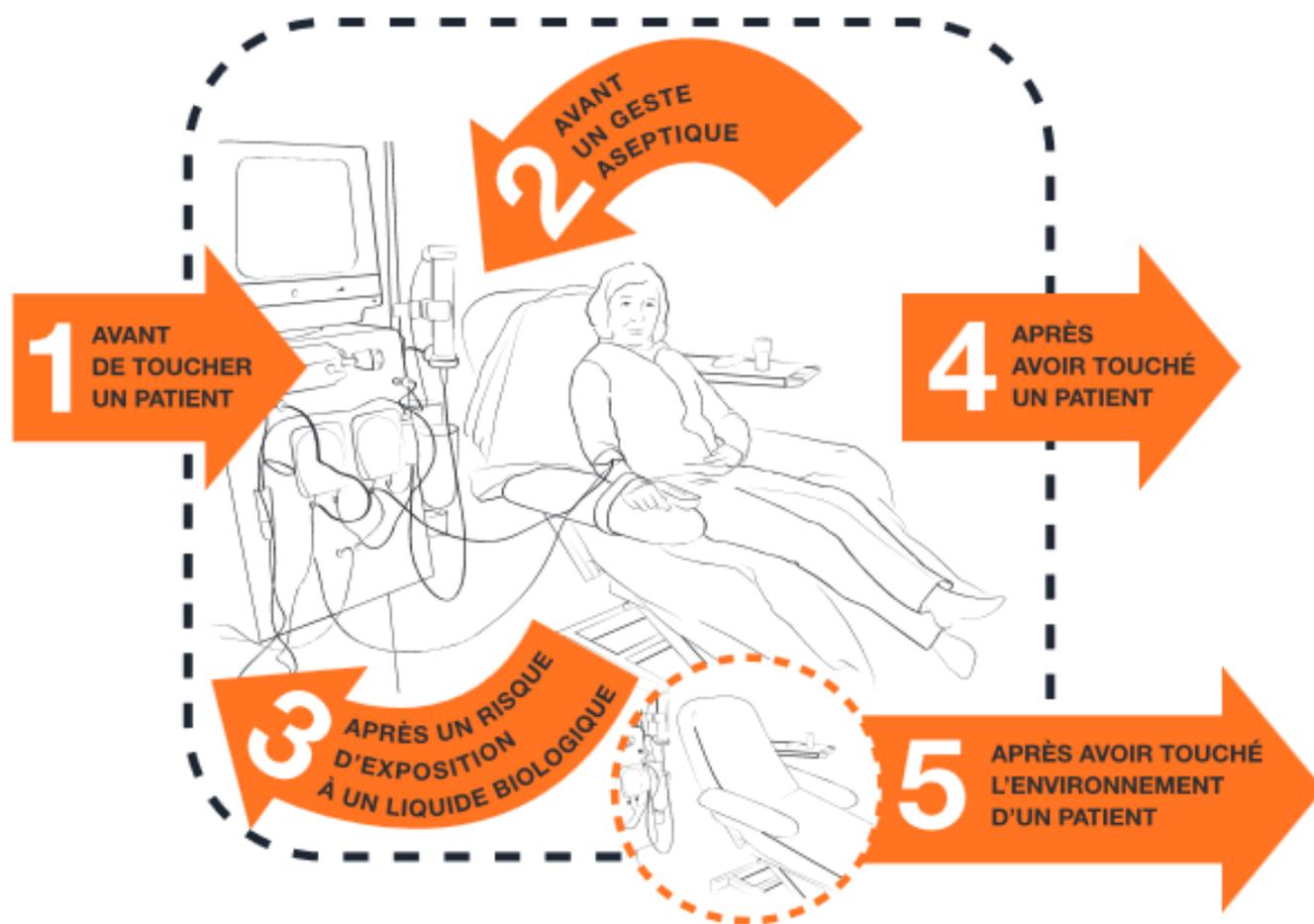


# Pratiques d'hygiène des mains

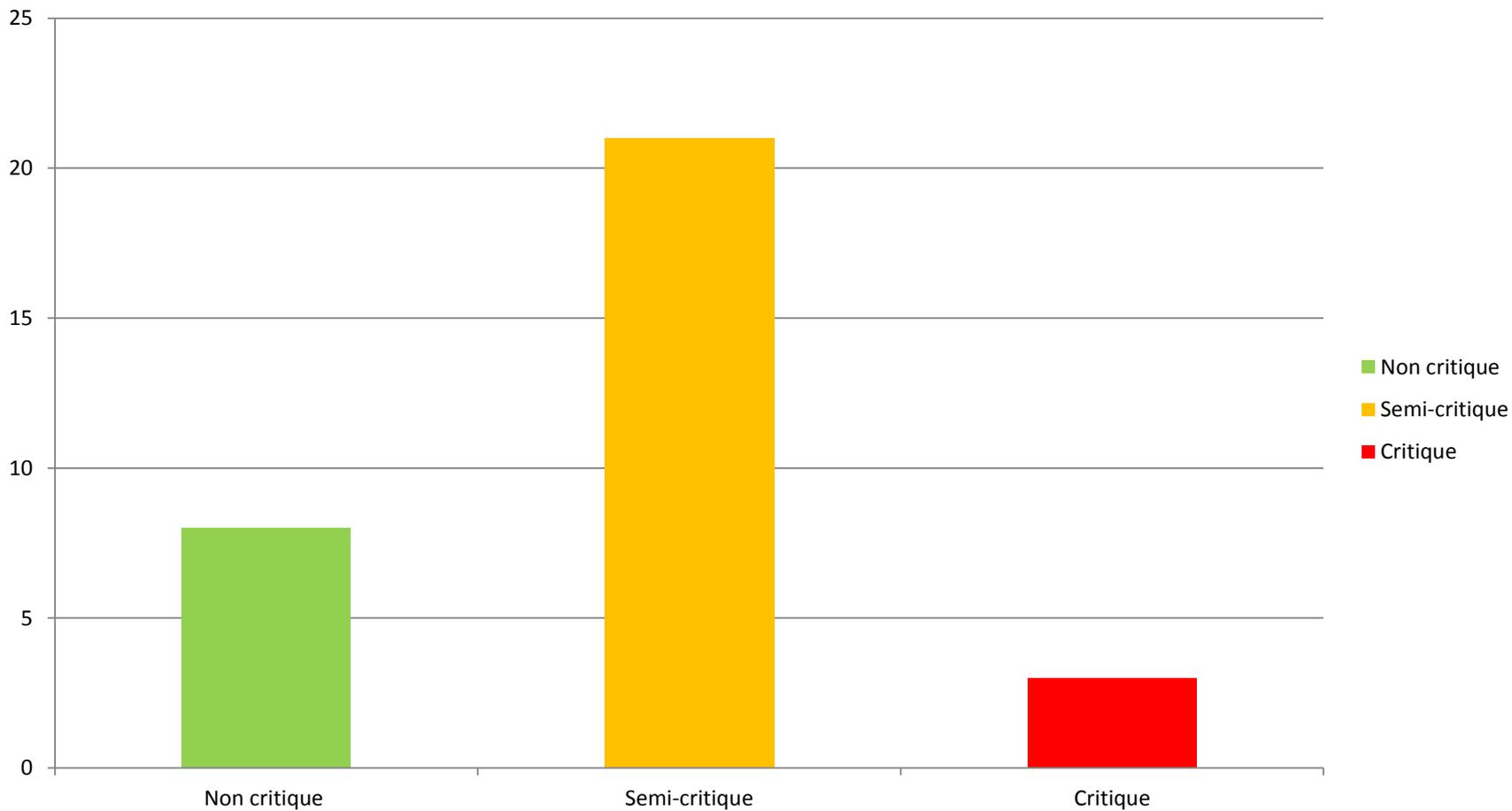
- Certains professionnels utilisent encore en systématique le savon doux => privilégier la SHA
- Revoir les opportunités et la technique d'hygiène des mains par SHA -> rôle des référents
  - => Démarche régionale quick-audit HDM à venir (versant patient/professionnel de santé)

# Les 5 indications de l'hygiène des mains

## Hémodialyse ambulatoire



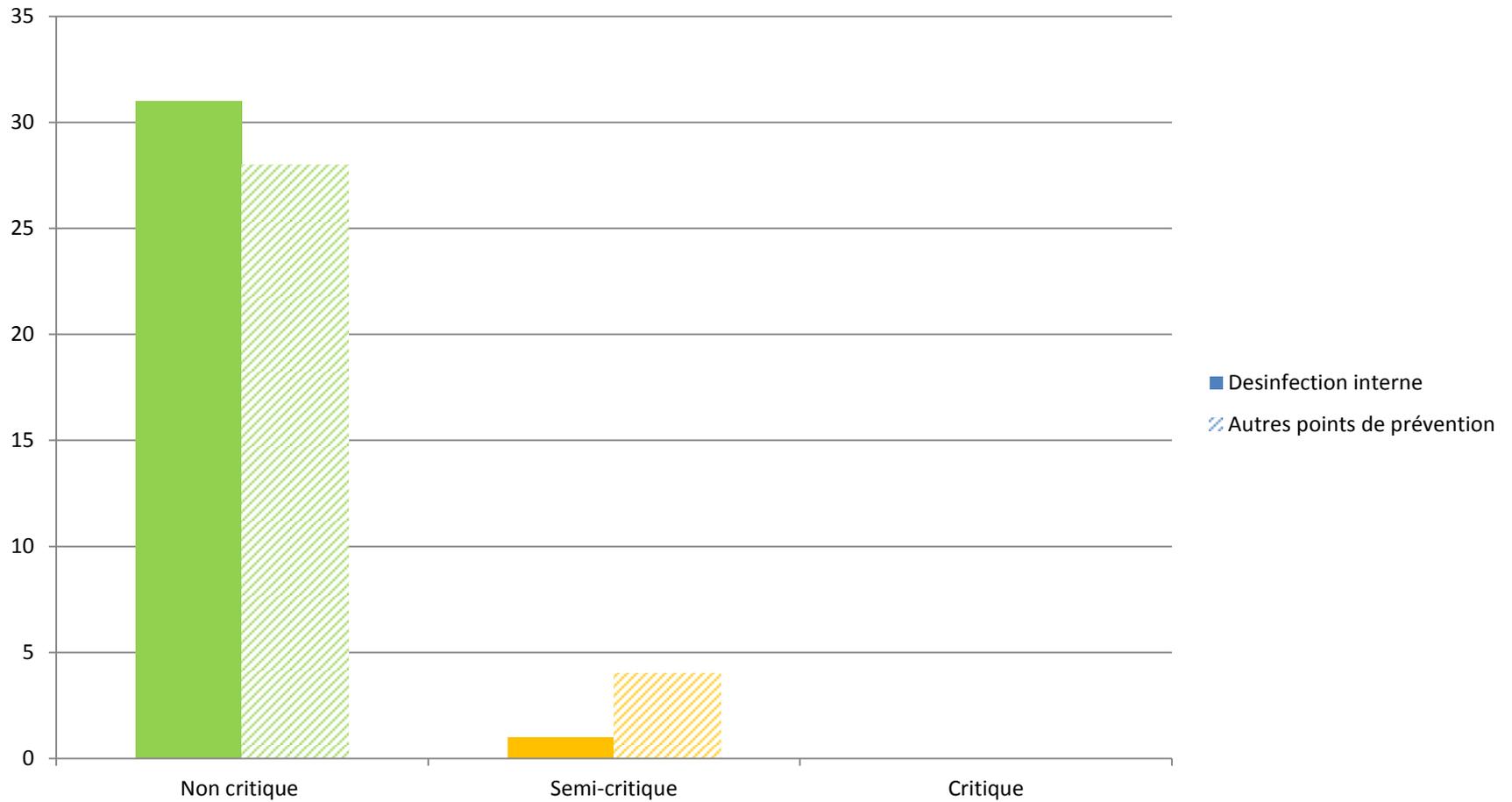
# Politique vaccinale du personnel (grippe)



# Politique vaccinale du personnel (grippe)

- Tendances nationales...
- Absence de vaccination du personnel malgré une sensibilisation de la part de l'équipe d'hygiène/pharmacie
- Patients d'hémodialyse sont à risque de grippe sévère

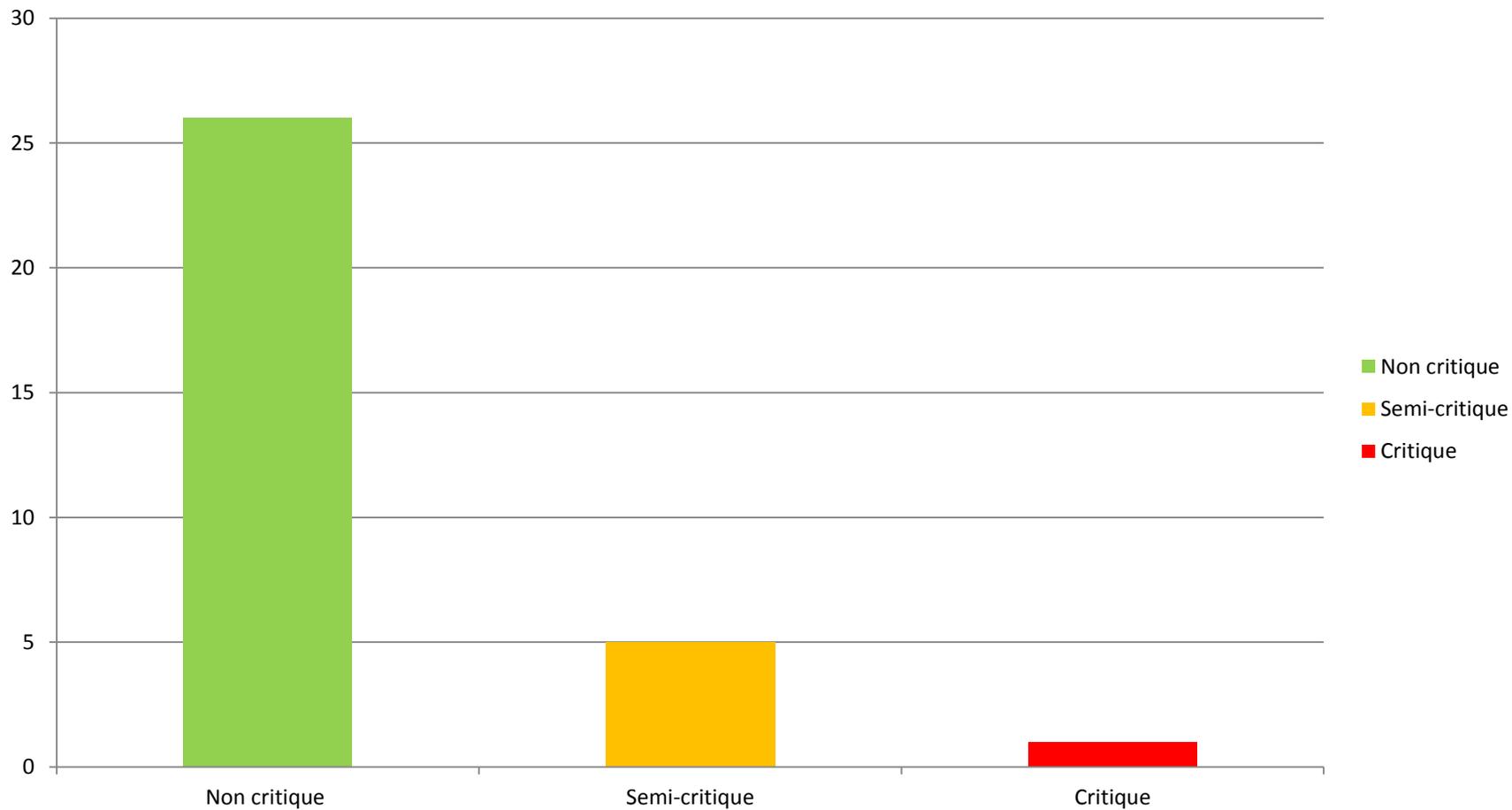
# Générateurs



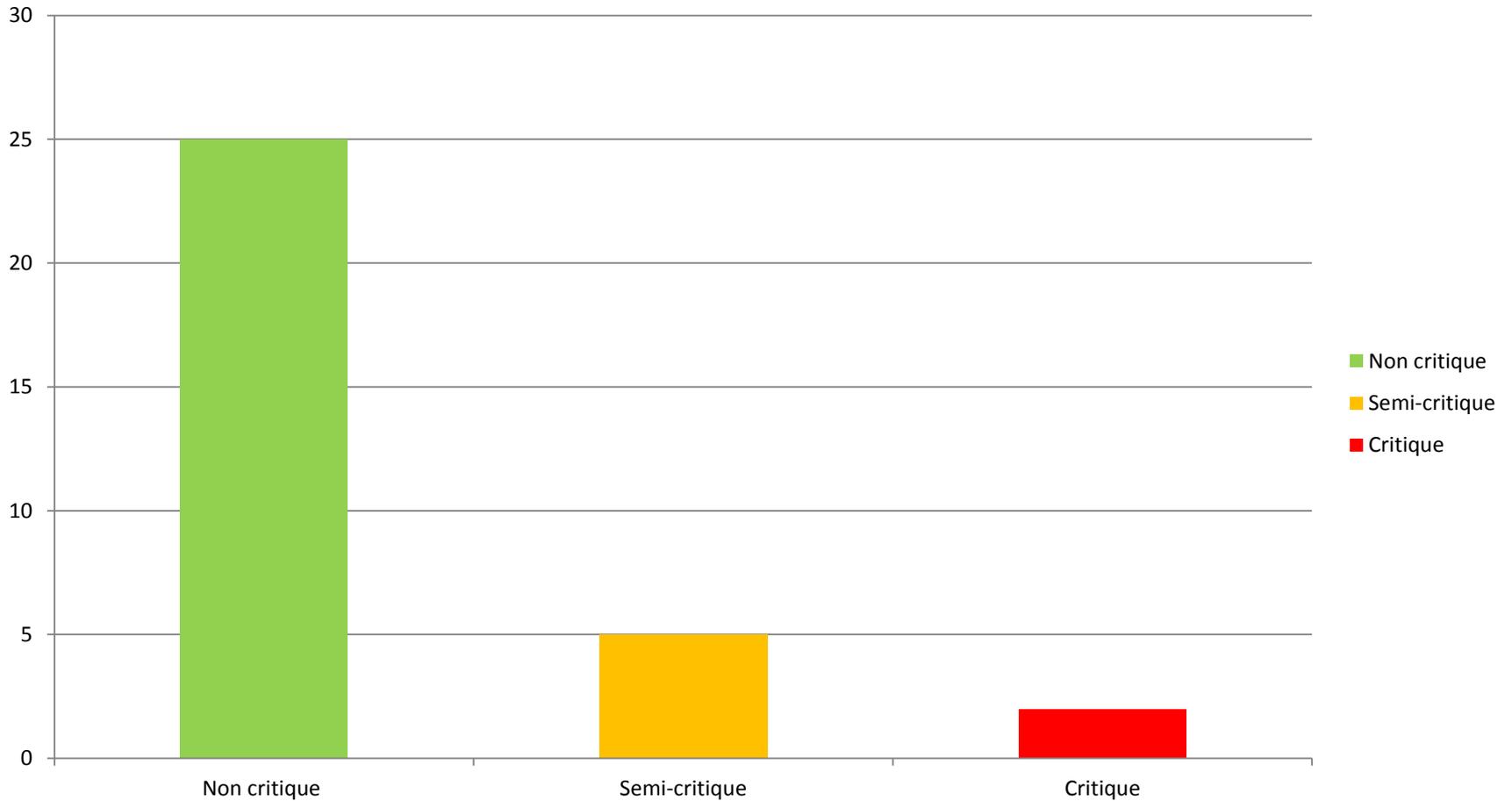
# Générateurs

- 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

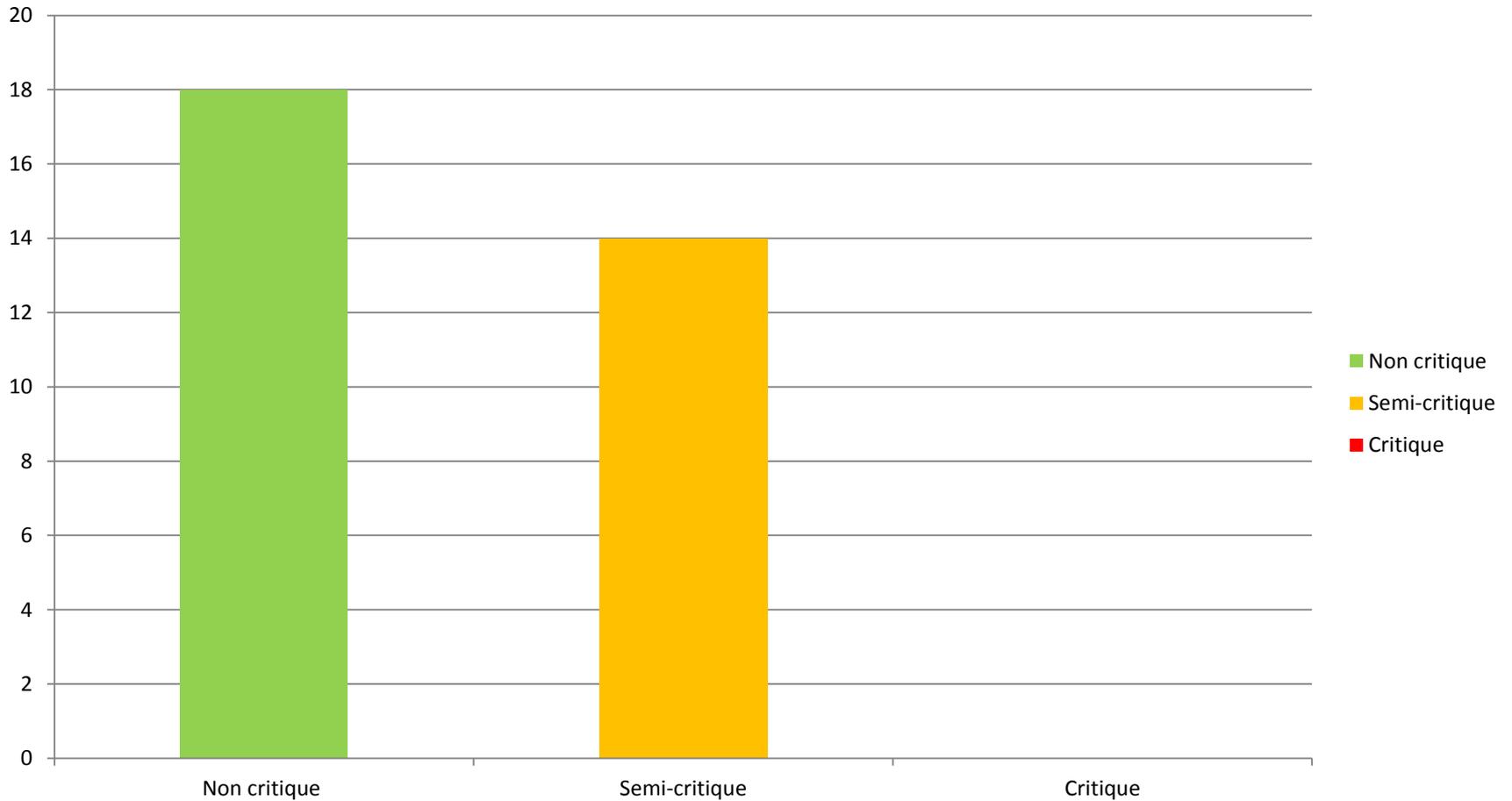
# Procédures de bionettoyage



# Organisation du bionettoyage



# Mise en œuvre du bionettoyage

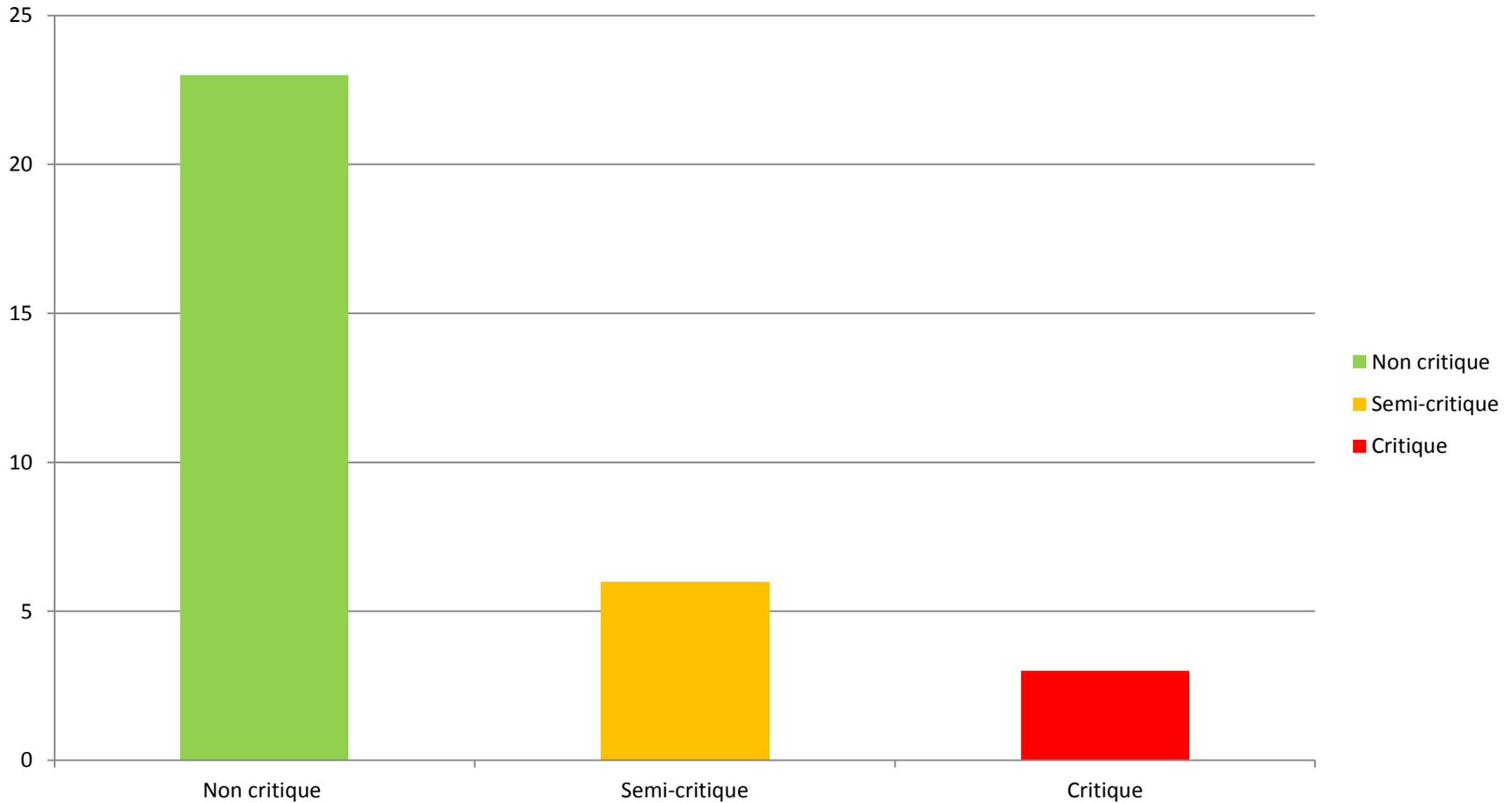


# Bionettoyage



- Difficulté d'avoir un ASH présent pour un bionettoyage du sol en inter-séance (contraintes financières, organisationnelles)
- 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

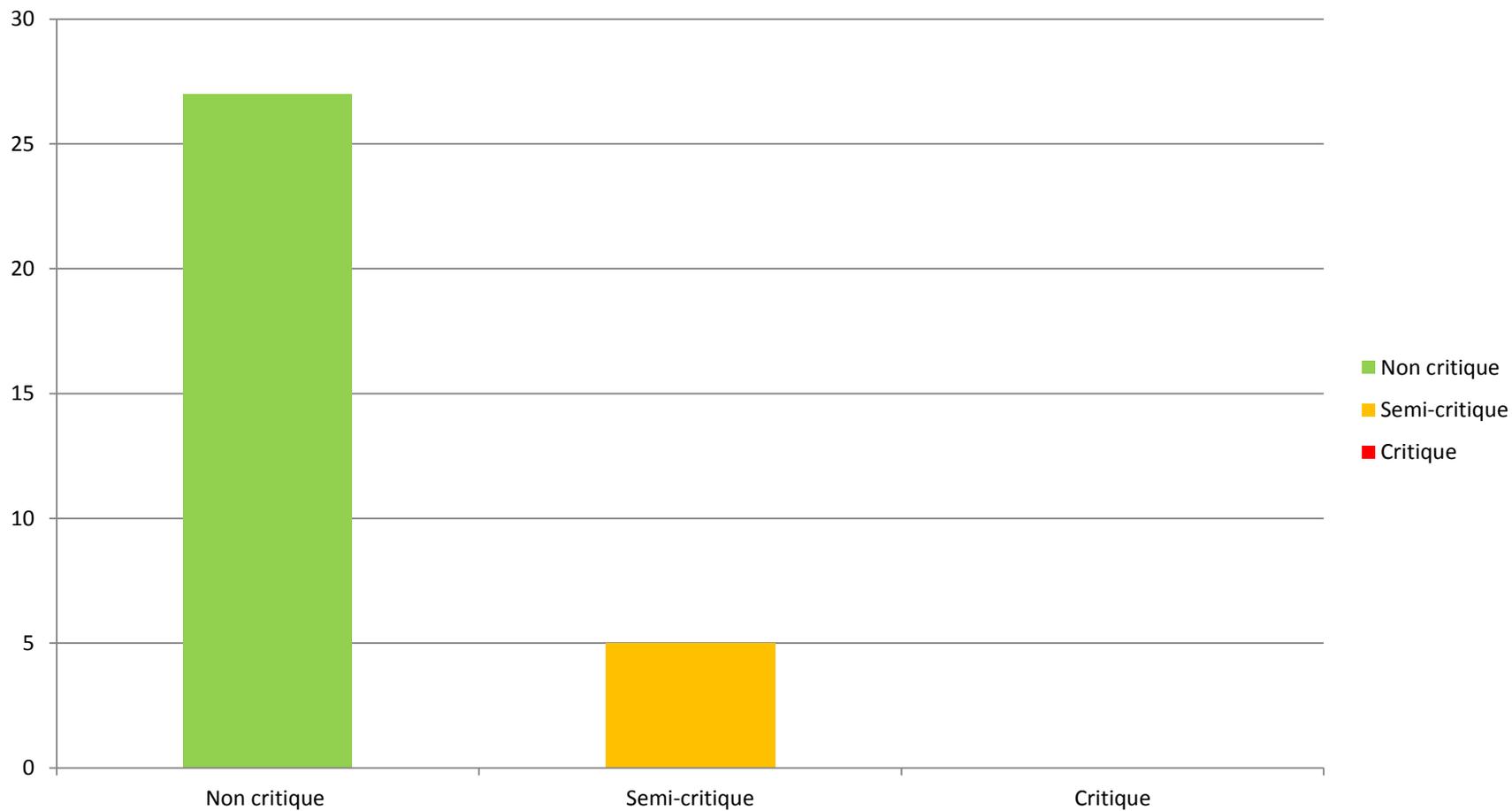
# Antibiothérapie, politique vaccinale, suivi sérologique des patients



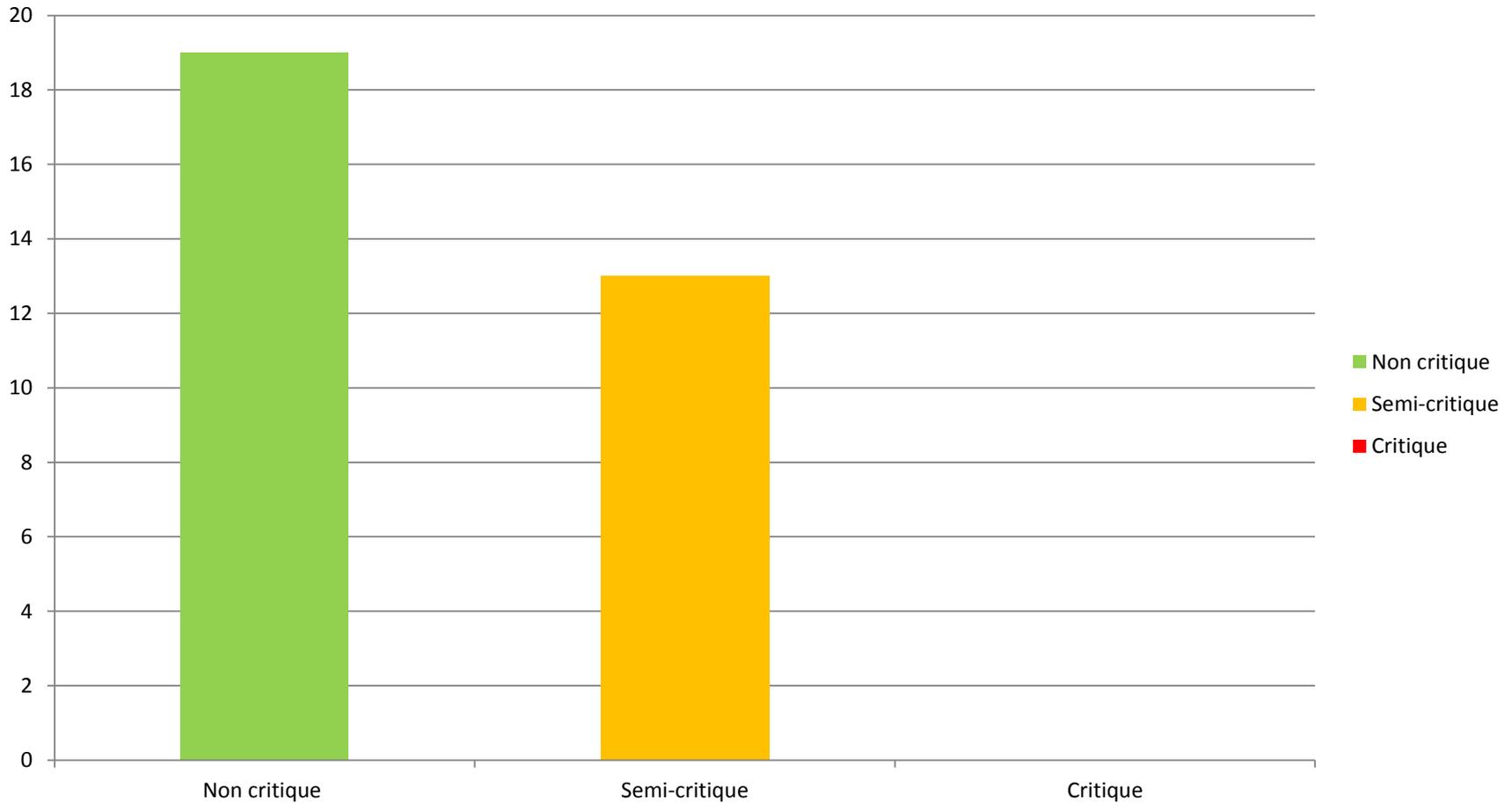
# Antibiothérapie, politique vaccinale, suivi sérologique des patients

- 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 parfois en cours de formalisation et pas toujours adapté à la spécificité du patient dialysé

# Procédure accès vasculaire



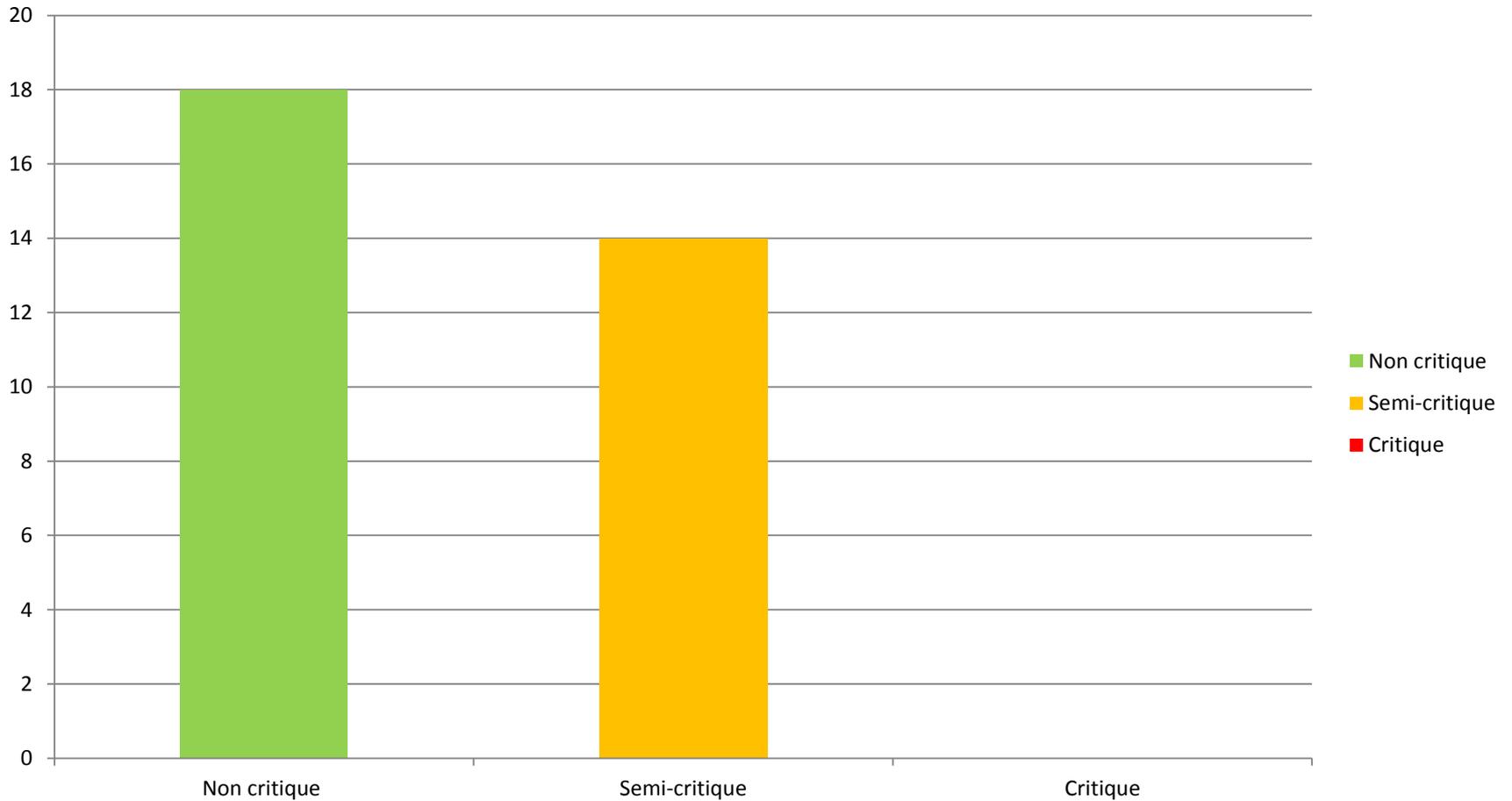
# Surveillance du risque infectieux sur accès vasculaire



# Surveillance du risque infectieux sur accès vasculaire

- La surveillance des infections sur accès vasculaire n'est pas organisée en réseau
- Pas de participation au réseau national DIALIN
  - > La surveillance des infections sur accès vasculaires est essentielle pour détecter tout écart et mettre en œuvre des mesures de prévention

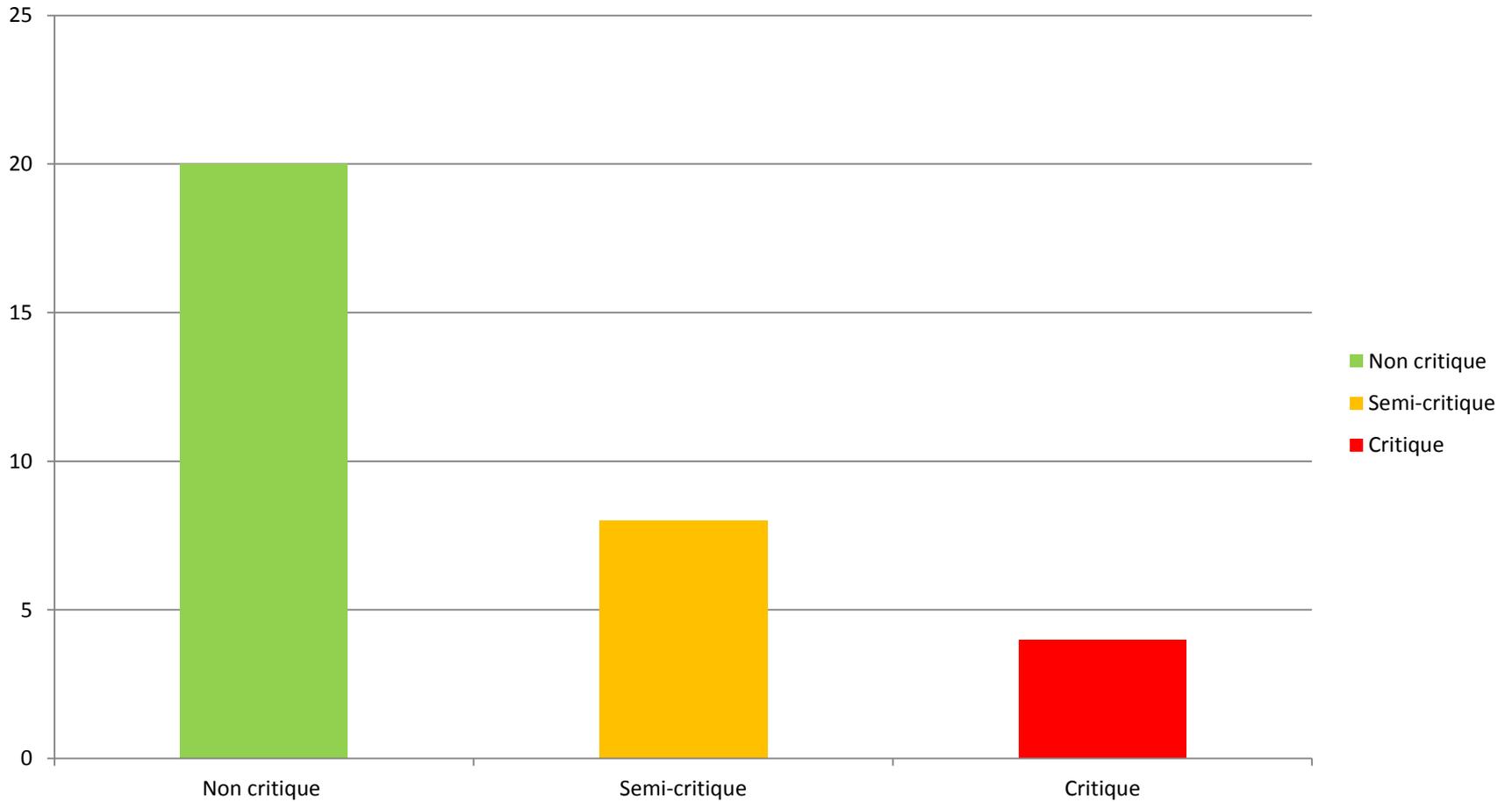
# Connaissance du risque infectieux sur accès vasculaire



# Connaissance du risque infectieux sur accès vasculaire

- La conduite à tenir en cas d'infection n'est pas toujours formalisée ou connue du personnel soignant
- Le plus souvent, les UAD n'ayant pas de politique de surveillance des infections sur FAV n'ont également pas de conduite à tenir en cas d'infection
  - => Protocole à rédiger et diffuser

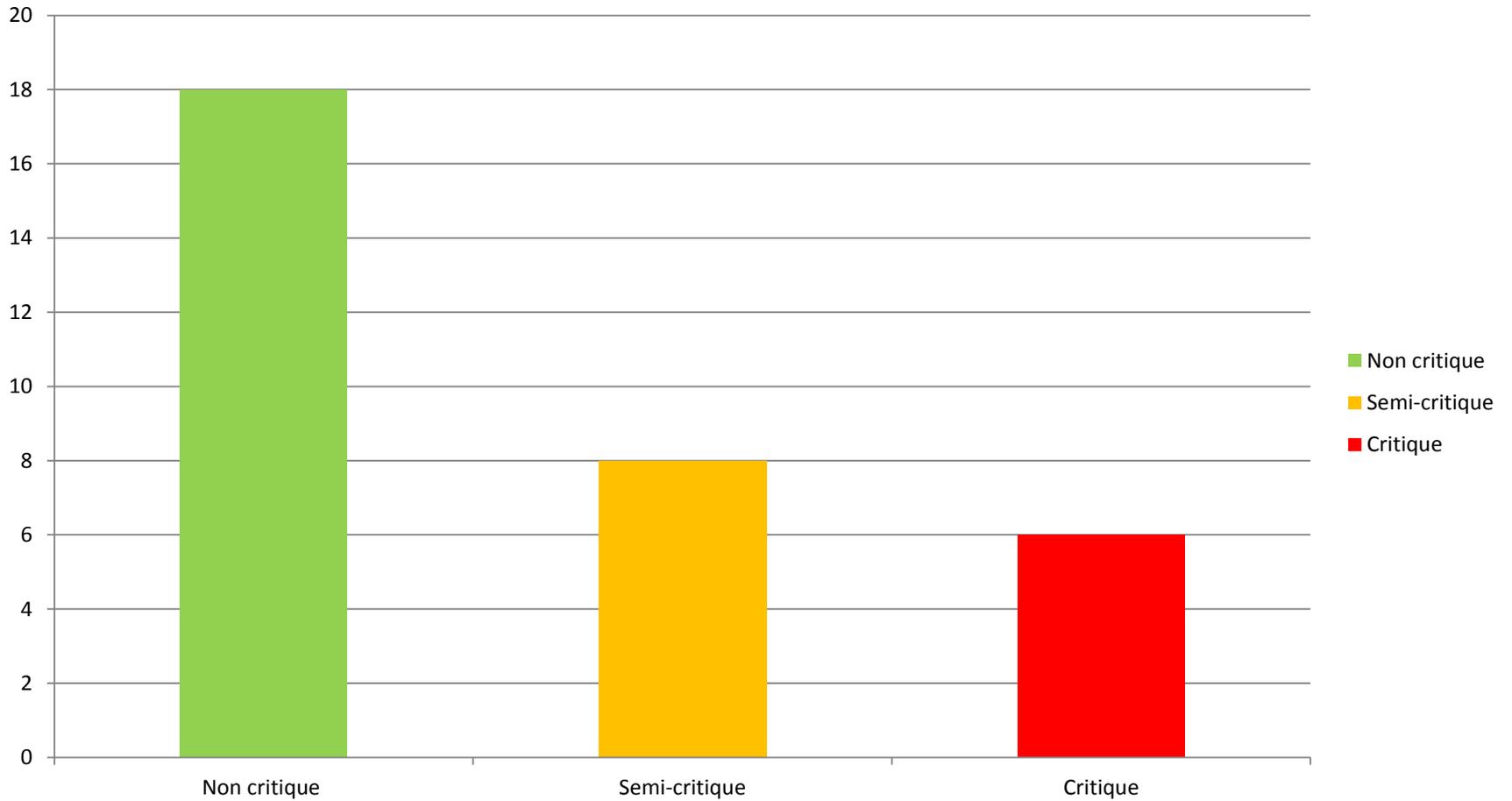
# Antiseptie de la FAV



# Antisepsie de la FAV

- Le lavage de la fistule n'est pas toujours fait par le patient et rarement contrôlé par les IDE  
=> Rôle propre de l'IDE + traçabilité dans le dossier patient

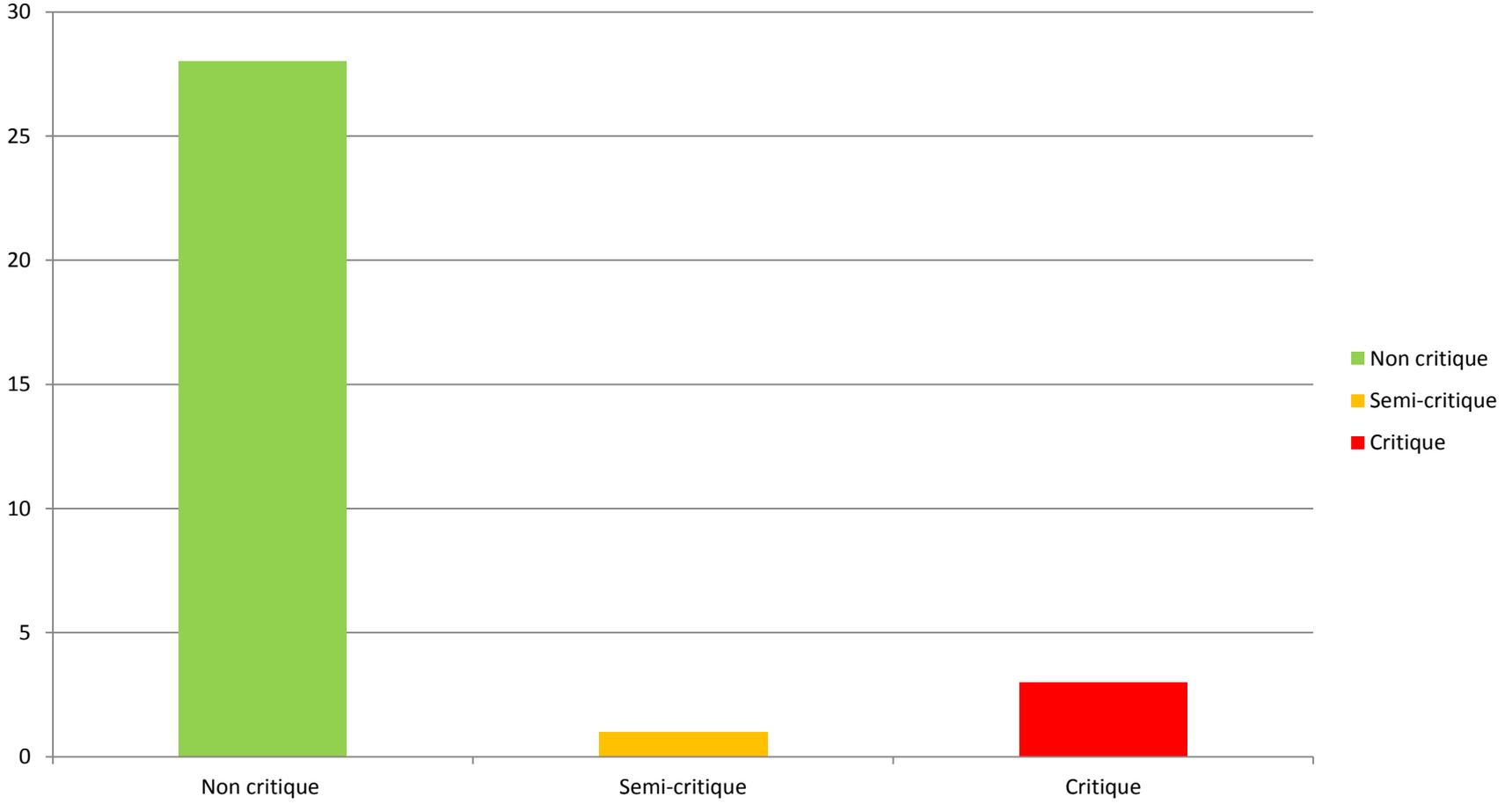
# Tenue pour ponction sur FAV



# Tenue pour ponction sur FAV

- Lunettes de protection souvent absentes / remplacées par les lunettes de vues
- Surblouses souvent absentes
  - => indispensable pour la prévention des AES
  - précautions standard

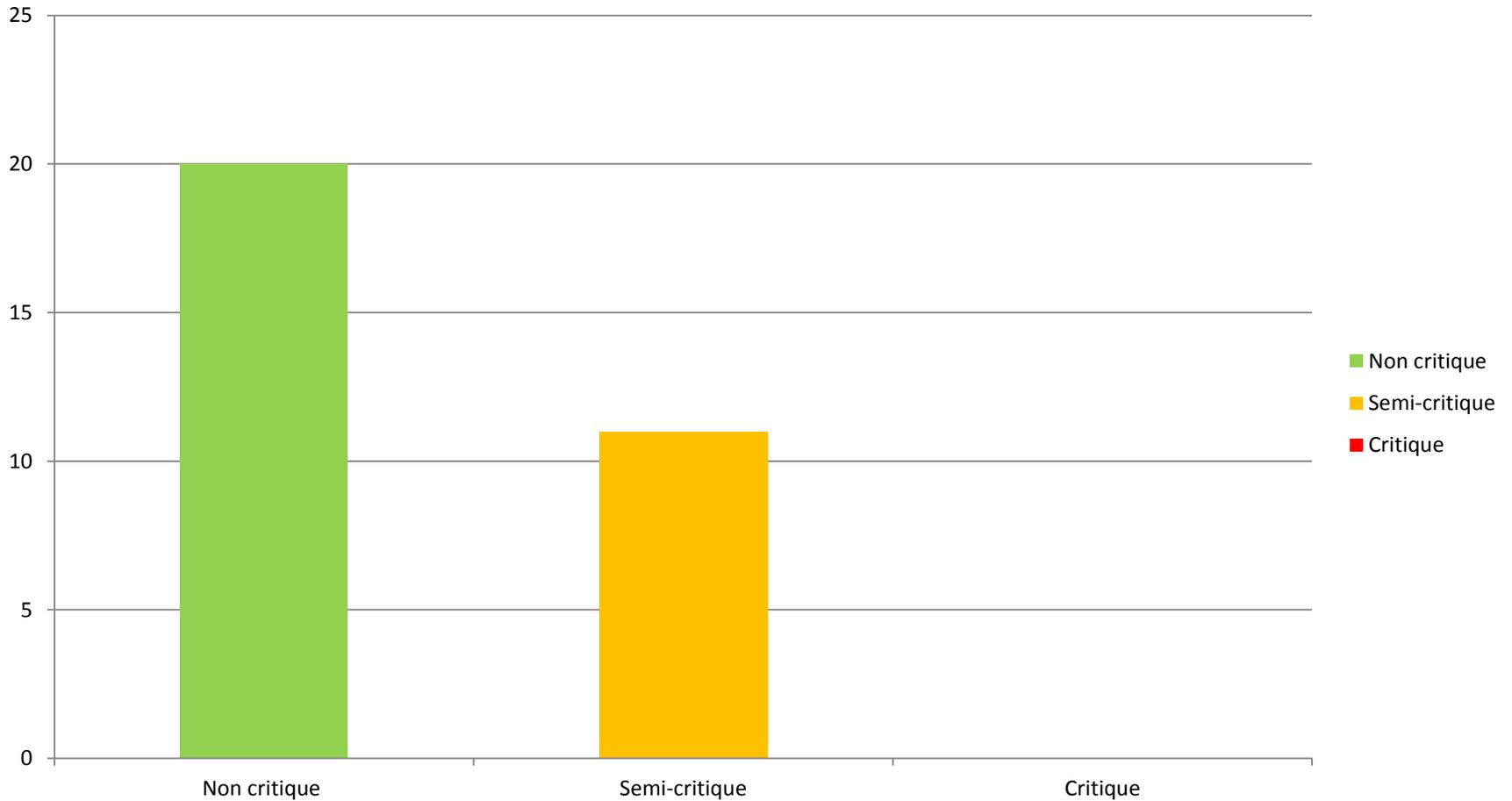
# Déroulement du geste sur FAV



# Déroulement du geste sur FAV

- Dans certains centres, le set de branchement est préparé par le patient sans HDM efficace au préalable  
=> Procédure à revoir?

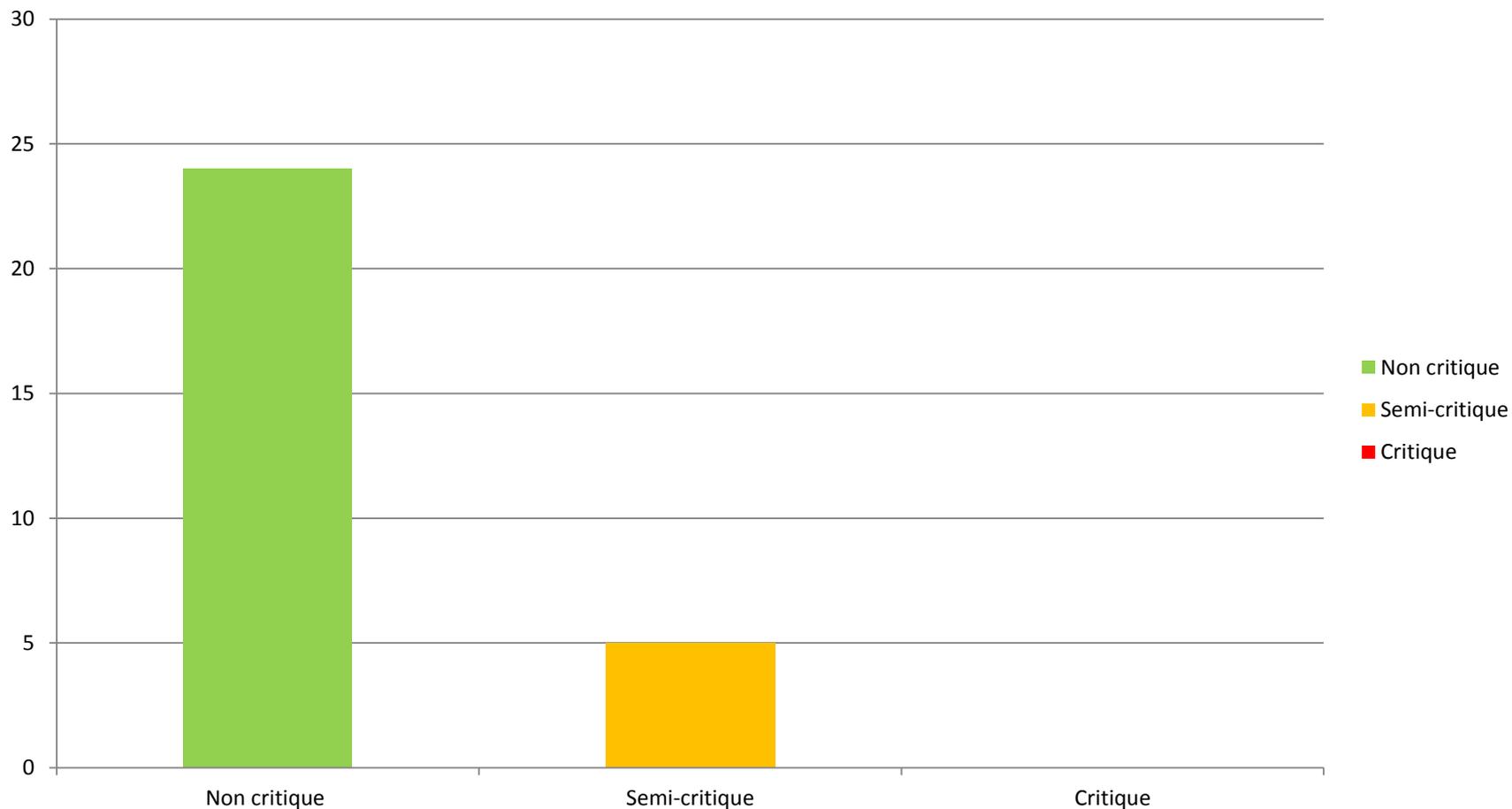
# Manipulations des lignes



# Manipulations des lignes

- Les lignes ne sont pas toujours manipulés avec des compresses imprégnées d'antiseptiques même lors d'injection dans le site d'injection
  - NB : la Biseptine<sup>®</sup> ne doit pas être considérée comme un antiseptique alcoolique (livret à réactualiser? )
- Le système clos et le branchement à blanc sont le plus souvent privilégiés

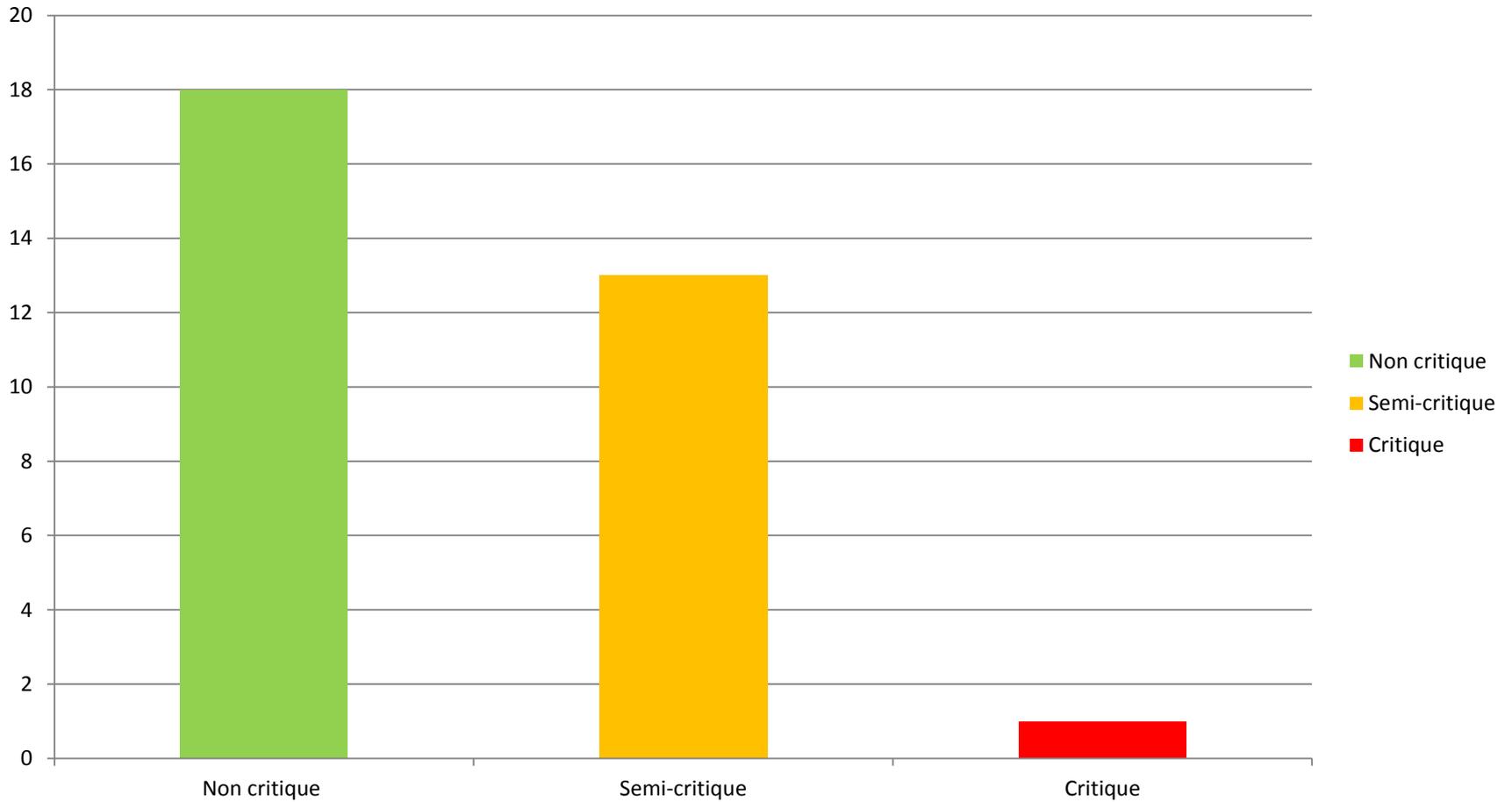
# Préparation des injectables



# Préparation des injectables

- Locaux ne disposant pas d'une paillasse dédiée pour la préparation des injectables. Si nécessaire, préparés sur l'adaptable du patient préalablement désinfecté.

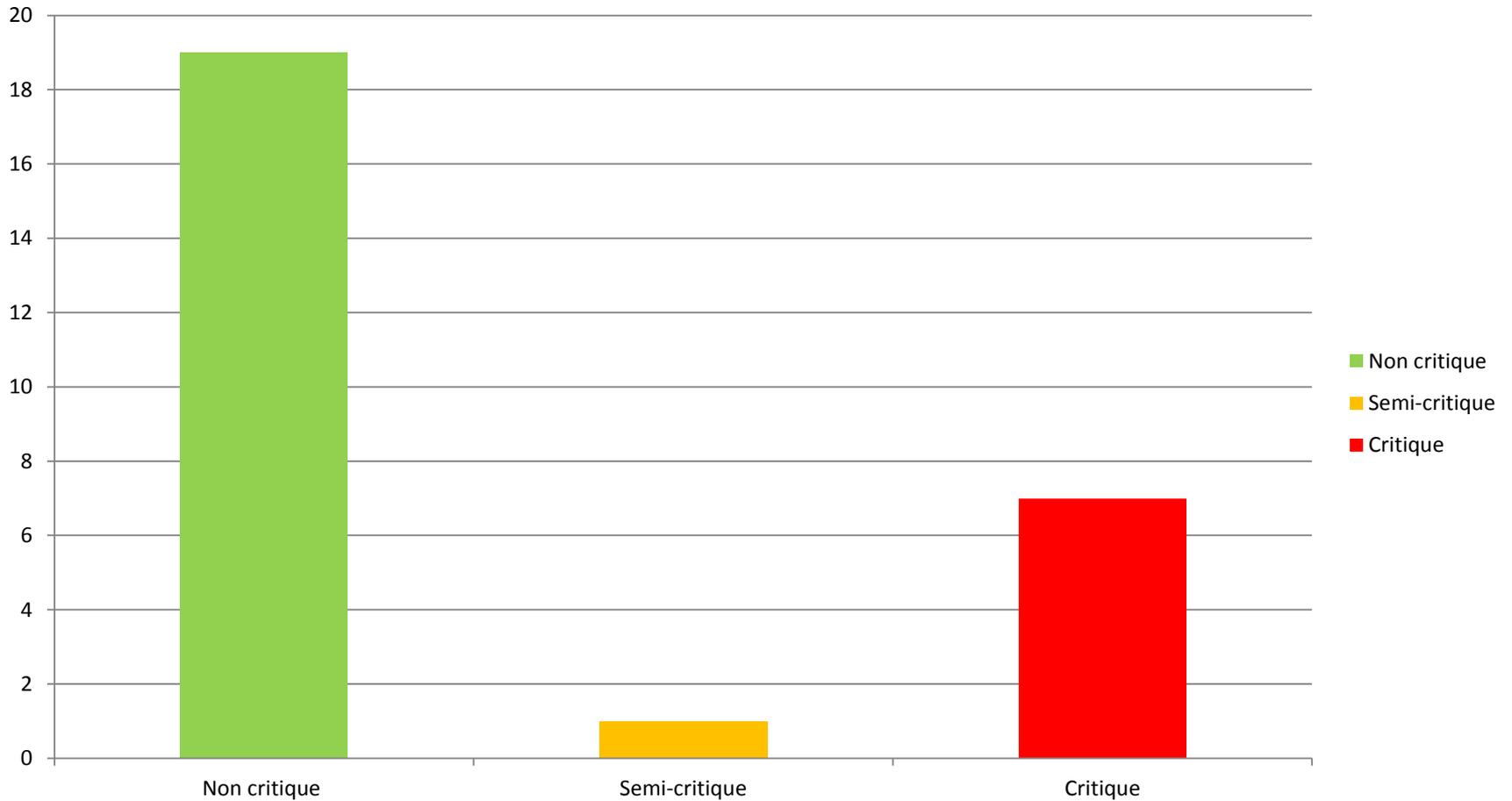
# Risque de transmission croisée



# Risque de transmission croisée

- Quelques UAD ne respectent pas la distance recommandée d'1m50 entre 2 postes
- Des pansements septiques sont encore réalisés pendant la séance
- PCC partiellement connues et ne font pas toujours l'objet d'une prescription  
=> Rôle du référent en hygiène

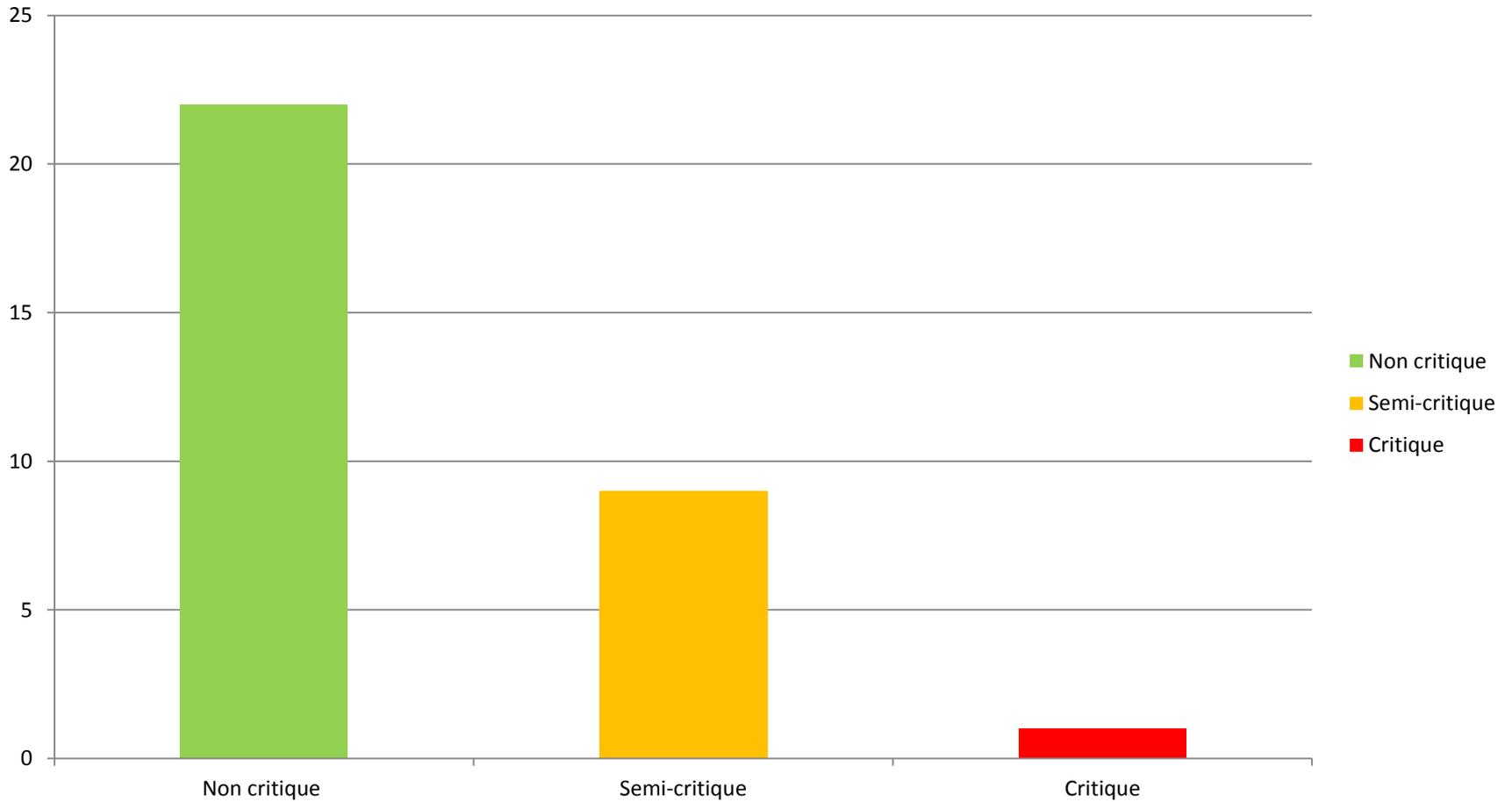
# Gestion des excréta



# Gestion des excréta

- De nombreuses unités ne disposent ni de lave-bassins ni d'alternatives mais les patients sont autonomes
  - => Question non adaptée aux UAD

# Gestion de déchets

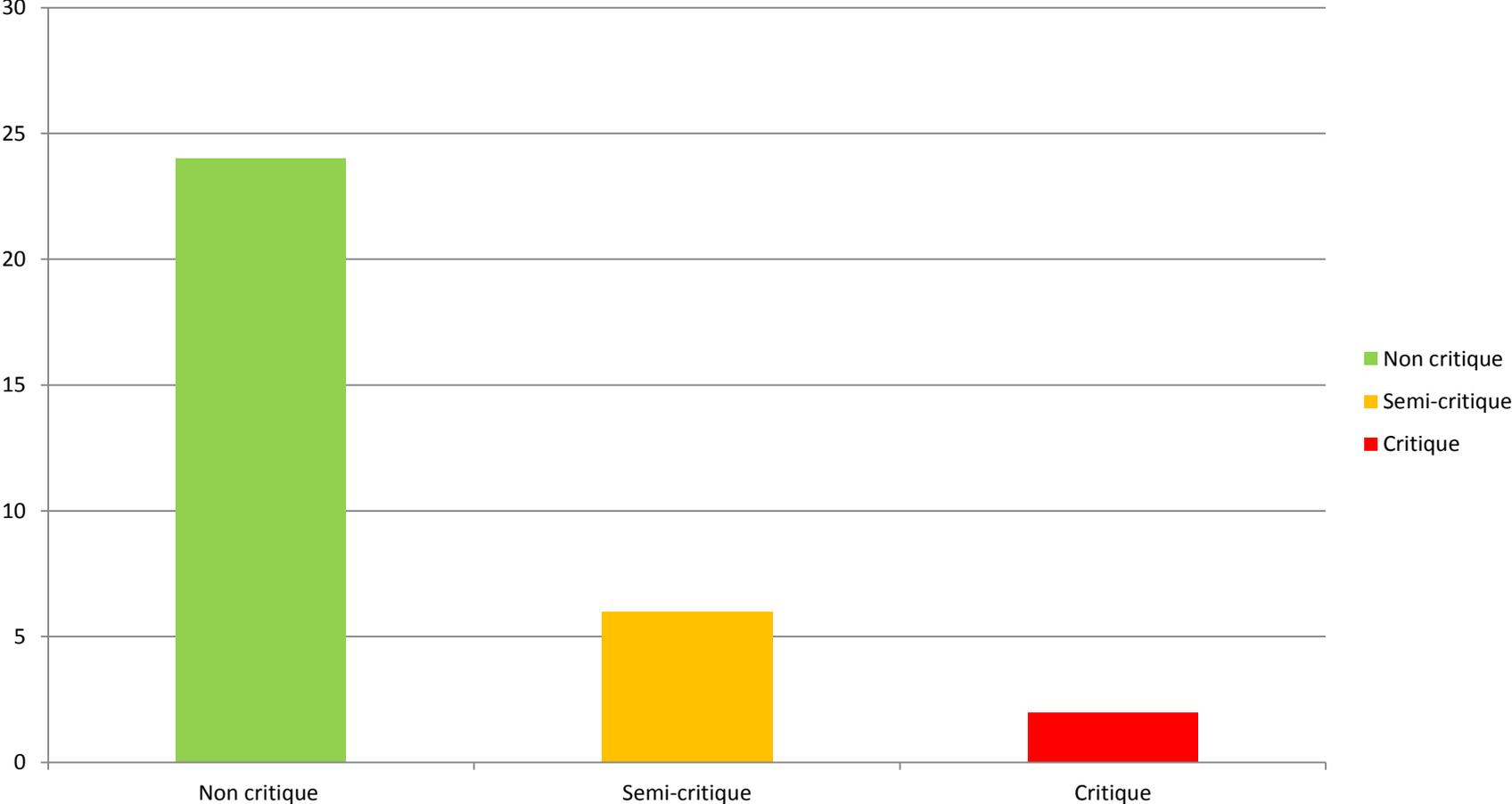


# Gestion de déchets

- Le collecteur à OPCT n'est pas placé au plus près du soins -> risque d'AES
- 1 cas avec suremplissage du collecteur et geste pour tasser -> à proscrire



# Architecture de l'unité



# Architecture de l'unité

- Petites unités avec
  - Casiers en nombres insuffisants -> effets personnels dans l'unité
  - Zone d'attente pour ambulanciers mal délimitée
  - Lavabos pas toujours très accessibles
  - Local de stockage DASRI non adapté

# 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