

Séverine CRUZ, Nathalie DULAC, Infirmières
Service d'Hémodialyse – CHU – LYON SUD

Rôle et implication des correspondants en hygiène hospitalière dans la prévention des infections en hémodialyse

Présentation du service

Nous avons déménagé dans de nouveaux locaux en 2005, c'est un centre lourd qui accueille les urgences, les nouvelles entrées en dialyse sur cathéter veineux central et les post réa.

Notre service accueille 2 séries de 10 patients par jour, nous travaillons en 12 heures. Nous sommes entre 4 et 5 infirmières par jour et notre charge de travail est très importante entre 12 et 14 heures puisqu'il faut débrancher les patients du matin et rebrancher les patients d'après-midi.

Nous dialysons sur voie veineuse centrale, environ 25% des patients, avec un branchement et un débranchement stérile, en doublette infirmière, et sur Fistule Artério-Veineuse (FAV), avec un branchement en stérile et un débranchement propre. Le patient est relié à un générateur, avec un circuit extra corporel relié à sa voie d'abord.

Historique des travaux de prévention des risques infectieux

En 2000, nous avons refait les protocoles de branchement débranchement sur cathéter veineux central et FAV.

En 2004, il y a eu un audit des soins sur les accès vasculaires par l'équipe d'hygiène qui n'a pas abouti à modifier durablement les pratiques.

Depuis 2004, le service s'investit dans le suivi des infections sur fistule et cathéter grâce à un réseau de surveillance des infections en dialyse.

En 2010, nous poursuivons la démarche qualité.

Notre problématique

Nous nous sommes interrogés sur la qualité des soins entre 2 séries de patients, accentué par la nécessité de faire vite pour que les générateurs soient prêts pour la 2^{ème} série.

Nous étions en difficultés pour faire accepter les changements de pratiques à l'ensemble de l'équipe.

Ce sentiment est fondé sur :

- La disparité des pratiques au sein de l'équipe.
- Des protocoles anciens (étaient-ils toujours adaptés ?).
- La charge de travail importante source d'erreur notamment en ce qui concerne l'enchaînement des tâches, avec le souci de prendre de l'avance par exemple on montait le circuit de l'après-midi dès le départ du patient du matin, sans attendre le bio nettoyage).

L'équipe est ancienne et très expérimentée et difficile à faire bouger.

De plus nous avons un faible taux d'infections, relevé par Dialin. Pourquoi tout changer alors que tout va bien ?

Notre problème de correspondantes : comment obtenir l'adhésion de l'équipe à une dynamique d'amélioration des pratiques ?

Le matériel et la méthode

Une démarche d'amélioration de la qualité des soins a été réalisée en plusieurs étapes :

- Tout d'abord en la réalisation d'un audit complet sur l'asepsie de nos pratiques de soins sur accès vasculaires.
- En parallèle, une réactualisation de nos protocoles a été réalisée.
- Les résultats de l'audit ont été présentés à l'équipe, 10 axes d'amélioration ont été retenus et réévalués à l'automne par un quick audit.

Nous avons constitué un groupe de travail :

- 2 correspondants mandatés par le cadre.
- 1 pharmacien hygiéniste.
- 1 interne en hygiène.
- 1 infirmière hygiéniste.



Nous avons organisé 10 réunions de travail au départ pour le 1^{er} audit et la réactualisation des protocoles et nous nous sommes appuyés sur les recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière et la bibliographie. Par la suite, le 2^{ème} audit à l'automne n'a nécessité que deux réunions.

Le rôle du correspondant dans le déroulement du 1^{er} audit

Nous avons participé à la construction de la grille d'audit.

Avant l'audit, nous avons alerté l'équipe d'hygiène sur les points de dysfonctionnement observés au quotidien et que l'audit doit mettre en évidence, ces points seront inclus après discussion dans la grille.

Comme points de dysfonctionnement, nous avons :

- La technique d'antisepsie sur la Voie Veineuse Centrale (VVC).
- Le bio nettoyage entre midi et 14h00.
- Et les gestes à risque d'AES.

Nous avons informé l'équipe et les patients de la survenue de l'audit, par une affiche d'information.

Nous avons participé à la rédaction du plan d'analyse, par exemple dans le calcul de l'observance de l'hygiène des mains, nous avons réfléchi au moment propice dans le soin où une hygiène des mains était attendu, exemple pour le branchement sur fistule chez un patient autonome, une Solution Hydro-Alcoolique (SHA) est attendue avant les gants stériles et en fin de soins.

Enfin, nous avons participé aux choix des mesures d'amélioration prioritaires en fonction des résultats de l'audit (les moins bons résultats ou les plus à risque infectieux) et en tenant compte de la faisabilité.

Nous avons retenu 10 points essentiels présentés à toute l'équipe et au médecin.

Pour le patient autonome, on lui demande de laver ses 2 mains et la fistule avec l'hibiscrub® dans la chambre.

Ensuite, nous ferons une antisepsie des points de ponction avec les gants stériles et la biseptine®.

Le patient qui tient ses points au débranchement doit porter un gant.

En sortie de chambre, on lui demande de se laver les mains ou de faire une « SHA ».

Pour le soignant, on lui demande de porter une surblouse non stérile ou un tablier pour le branchement-débranchement sur FAV.

On lui demande aussi de changer de gants pour faire la compression des points de la FAV.

Les étapes de l'antisepsie décrites dans le protocole doivent être suivies par tous.

En ce qui concerne le bio nettoyage, nous demandons une désinfection de la surface du générateur après le branchement avec des lingettes pré imprégnées.

On ne doit jamais monter le circuit stérile avant la fin de la désinfection externe du générateur, le bio nettoyage de l'environnement et la réfection du lit.

Enfin pour les mains des soignants, une SHA en sortie de chambre est demandée ainsi qu'une absence de bijoux et de vernis.

Le rôle du correspondant dans la réactualisation des protocoles

Nous avons fait une lecture critique des protocoles établis en 2000 et nous les avons modifiés en fonction des nouvelles

données techniques adaptées à nos nouveaux générateurs.

Nous avons aussi modifié les protocoles en fonction des données scientifiques de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, des données issues de consensus d'équipe. Nous voulions une homogénéité des pratiques dans l'équipe.

Par exemple au niveau de l'antisepsie de la VVC, nous voulions que l'ensemble de l'équipe utilise 3 compresses (une pour l'escargot, une du point d'insertion au milieu du cathéter, et une du point distal au milieu du cathéter).

Nous avons aussi inclus dans les protocoles les axes d'amélioration mis en évidence lors de l'audit.

Le post audit a été une période critique, il y avait un risque de perte d'élan de l'équipe, les habitudes étaient ancrées.

Au quotidien, il fallait rappeler le bien fondé des axes d'amélioration.

Ténacité et diplomatie sont indispensables pour un correspondant, le soutien hiérarchique du cadre est gage de réussite.

Pour le patient autonome, nous l'avons formé au lavage de fistule oralement et en créant une affiche, critiquée par l'équipe, la voici :



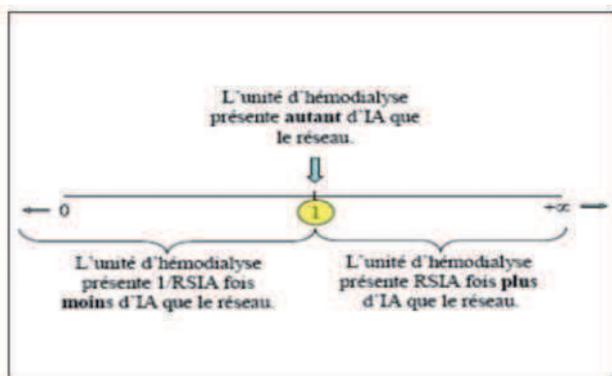
Nous avons informé le patient de la mise à sa disposition de gants de grande taille pour la compression de ses points de ponction, le patient doit aussi se faire une SHA en sortie de chambre.

En ce qui concerne le personnel, pour que les 10 points soient respectés, une commande de matériel a permis la mise à disposition :

- De gants stériles non poudrés, pour permettre de faire une désinfection des mains par friction,
- De tabliers et sarraus non stériles,
- Et le nombre de supports Purell® en sortie de chambre a été augmenté.

Des distributeurs de lingettes pré-imprégnées ont été installés sur tous les générateurs. Tous ces changements ont suscité des questions auxquelles nous répondons.

En ce qui concerne l'environnement, l'organisation entre midi et 14h00 a été changée, nous attendons que le bio nettoyage des surfaces et des sols soit fait pour monter les lignes du patient suivant sur le générateur. Notre cadre a été un maillon essentiel en imposant et surveillant la nouvelle organisation.



Résultats du quick audit de l'automne

RESULTATS :

Une amélioration significative ($p < 0.01$) des pratiques a été observée pour sept des dix points évalués (Test KHI2, Test exact de Fischer)

	2009		2010	
	n	%	n	%
Désinfection des surfaces du générateur après branchement	0/20	0	68/73	93
Désinfection des mains des soignants en sortie de chambre	21/32	66	222/248	90
Port d'une protection de la tenue au débranchement	0/17	0	134/135	99
Port de nouveaux gants entre la restitution et le débranchement	7/17	41	62/68	93
Port de gants par le patient qui comprime lui-même sa fistule	0/06	0	05/07	71
Désinfection des mains du patient en fin de séance	1/17	6	25/72	35
Montage du circuit après en fin de bio nettoyage	18/30	61	20/20	100

Les 3 mesures suivantes sont en amélioration non significative.

	2009		2010	
	n	%	n	%
Antiseptie de la VVC (respect des phases de l'antiseptie et de la gestuelle)	6/9	67	7/10	70
Port de bijoux chez les soignants	22/80	27	34/99	43
Lavage antiseptique de la fistule par le patient	06/09	40	26/58	45

Ratios standardisés d'infections acquises (RSIA)



Centre de dialyse, Centre Hospitalier Lyon Sud - Pièr

DIALIN

Surveillance des infections acquises en hémodialyse

RSIA =

Nb d'infections observées dans l'unité

Nb d'infections qui seraient dénombrées si l'unité travaillait comme la totalité des unités du réseau

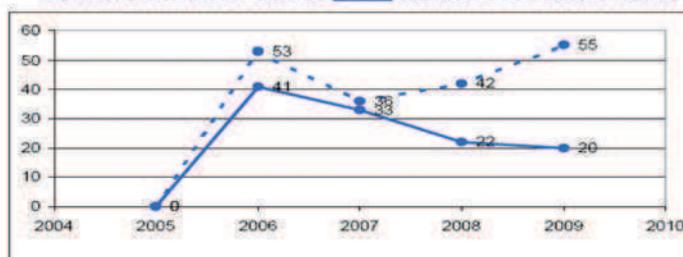
A quoi ça sert ?

A se situer parmi les autres participants du réseau DIALIN en termes de qualité de prévention des infections acquises

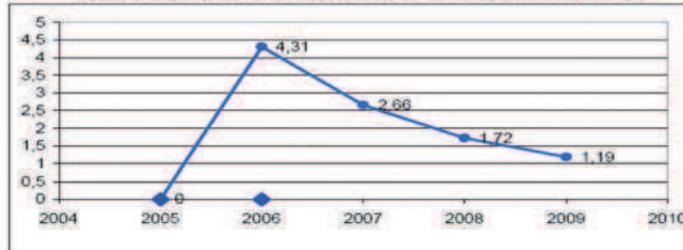
IAV = Infections de Sites d'Accès

sur l'axe des années : IAV significativement différent de 1
RSIA = 0 → l'unité n'a pas d'infection pendant le temps de surveillance

Nombre de sites suivis ____ cathéter fistule native



RSIA des IAV sur cathéters & fistules natives



Ce fut un projet intéressant qui nous a permis de nous investir dans notre rôle de correspondant, nous avons mené ce projet dans sa globalité et avons eu le soutien de notre hiérarchie qui nous a fait confiance.

Ce travail nous a permis de collaborer avec d'autres acteurs, et nous a renforcés dans notre rôle au sein de l'équipe.

Ce travail a été difficile à mettre en place, 10 mois ont été nécessaires, nous restons vigilantes à la bonne application des axes d'amélioration.