

Emmanuelle POUILLOT-YUNG, Cadre de Santé, **Docteur Richard MONTAGNAC**, Chef de Service, **Yolaine DE BRITO**, Infirmière, **Isabelle GUERRAPIN**, Cadre de Santé, **Monique COTTEY**, Cadre Supérieur de Santé et l'équipe paramédicale, Service d'Hémodialyse – CH – TROYES

Suivi d'un indicateur qualité en hémodialyse : l'application du protocole d'hygiène de l'abord vasculaire par les patients et le personnel soignant

Dans le cadre des procédures d'accréditation, la démarche qualité touche l'hôpital depuis quelque temps afin qu'il puisse témoigner d'une assurance qualité des soins délivrés aux patients.

Différents outils existent pour envisager les actions de démarche qualité, dont certaines méthodologies de mesure pour l'analyse de procédures, la recherche de causes aux problèmes soulevés, ou le suivi d'indicateurs.

Le suivi d'un indicateur qualité est un moyen objectif pour l'équipe soignante d'évaluer, un jour J donné, la qualité des soins prodigués dans le service et d'envisager par la suite, si besoin, des actions adaptées pour améliorer celle-ci.

Genèse du projet

A la suite de la visite de certification n°2 dans notre hôpital, il a été décidé de travailler sur le suivi d'un indicateur qualité propre à chaque service afin de s'inscrire au mieux dans la démarche qualité entreprise par l'établissement.

Ainsi, dans le service d'hémodialyse, avons nous choisi de réajuster le protocole antérieurement établi pour l'hygiène à assurer au niveau du bras porteur de l'abord vasculaire en vue de sa ponction, bien que les infections ne représentent pas un problème particulier dans le service.

En effet, à l'occasion de la mise en place d'une nouvelle procédure d'antisepsie en 2009, nous avons remarqué certaines dérives et/ou mauvaises applications du protocole existant, tant par les patients que par les soignants.

Nous avons donc décidé d'analyser «l'application, par les patients et par le

personnel soignant, du protocole d'hygiène de l'abord vasculaire avant sa ponction», le suivi de cet indicateur devant nous permettre d'évaluer objectivement l'application de ce protocole et, si cela s'avérait nécessaire, de procéder aux actions nécessaires pour améliorer son application, voire même le modifier.

Ce protocole est le suivant : avant chaque ponction, les mains et le bras porteur de l'abord vasculaire doivent être lavés au savon doux, en respectant les différentes étapes : «mouillage et savonnage avec émission de mousse», «rinçage» puis « séchage ». Le produit ensuite utilisé avant la ponction est la Biseptine®.

C'est le personnel soignant qui applique ce protocole chez les patients non autonomes.

C'est le personnel soignant qui applique ce protocole chez les patients non autonomes.

Mise en place

Un groupe de travail a été constitué du cadre, d'IDE et AS d'anciennetés différentes pour que l'expertise des anciennes complète le regard des membres arrivés plus récemment dans l'équipe.



La fiche d'évaluation élaborée a été validée au cours d'une réunion par la totalité des soignants du service. Elle est destinée à être renseignée anonymement car l'objectif du travail n'est pas de juger les patients et les soignants sur leurs compétences mais d'évaluer la faisabilité, la compréhension et les difficultés relatives au protocole, dans un souci d'améliorer la qualité des soins dispensés.

HYGIÈNE DE LA FAV		
Patient autonome	OUI	NON
Se lave les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lave la fistule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavage effectué : incorrect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient dépendant ou semi dépendant	OUI	NON
Protocole appliqué : savon doux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole appliqué : double détertion à la Biseptine®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas de désinfection de la FAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (remarques)		

Les patients à évaluer étaient tous les patients dialysés dans le service, qu'ils soient autonomes ou dépendants, porteurs d'un abord vasculaire ponctionnable (et non d'un cathéter veineux central).

Pour être le plus objectif possible, il a été décidé que :

- L'évaluation serait réalisée sur une semaine afin de pouvoir observer l'ensemble des patients dont la liste serait cochée au fur et à mesure de leur évaluation.
- Ni les patients dialysés ni les membres du personnel travaillant cette semaine-là ne seraient informés des jours retenus.
- Pour les patients non autonomes, l'évaluateur ne serait pas le soignant appliquant le protocole mais le cadre de santé, afin de ne pas créer de situation inconfortable pour les soignants les uns vis à vis des autres. Par contre, les patients autonomes seraient évalués par l'IDE ou l'AS du service qui les prend en charge ce jour-là.
- Seuls les patients vus par l'évaluateur seraient notés ; aucune évaluation ne se ferait aux dires du patient ou du soignant.

Les résultats de cette première évaluation seront analysés et, si besoin, des actions seront envisagées pour améliorer l'application du protocole.

Une autre évaluation devra se faire quelques mois après la mise en place des éventuelles nouvelles actions afin d'en juger les résultats et permettre, si besoin, un nouveau réajustement.

La première évaluation

Elle a été faite la semaine du 9 au 14 Août 2010 chez 68 patients alors pris en charge, dont 10 patients (14,7%) ont été exclus car ils dialysaient sur un cathéter veineux central.

58 patients ont donc été évalués :

- 40 patients (58,8%) autonomes.
- 18 patients (26,5%) dépendants.

Résultats

- Parmi les 40 patients autonomes :
 - 19 (47,5%) suivent le protocole pour se laver le bras de l'abord vasculaire mais 8 sur ces 19 ne se lavent pas les mains correctement avant. 11 patients (soit 27,5%) seulement, par conséquent, ne font aucune erreur sur l'application complète du protocole et ont une hygiène parfaite avant ponction.
 - 20 (soit 50%) n'appliquent pas correctement le protocole.
 - 1 (2,5%) ne va pas du tout se laver le bras.

• Parmi les 20 patients autonomes n'appliquant pas correctement le protocole, les défauts d'application concernent :

- L'application du savon directement sur la peau sans avoir mouillé le bras au préalable dans 12 cas.
- L'absence d'application du savon doux (simple rinçage de la fistule à l'eau claire) dans 4 cas.
- Une quantité insuffisante de savon doux, donc une phase de savonnage incorrecte dans 3 cas.
- Un patient a utilisé un essuie main sur lequel il a mis du savon pour frotter sa fistule sans avoir mouillé le bras au préalable.

Lorsque l'on discute avec les patients sur leur lavage de bras, la plupart déclarent que l'on ne leur a jamais montré la procédure.

Certains justifient l'absence d'utilisation de savon doux par le fait qu'ils ont pris leur douche juste avant de venir.

- Parmi les 18 patients dépendants :
 - 10 (soit 55,5%) ont eu le protocole au savon doux appliqué.
 - 8 (soit 44,5%) ont eu directement (sans lavage préalable) une double détergence à la Biseptine® au moyen de compresses stériles, sans application de savon doux et le personnel ayant fait le geste dit avoir toujours fait ainsi.
- Parmi le personnel soignant appliquant le protocole au savon doux :
 - Certains utilisent 3 paquets de 5 compresses stériles, un paquet par phase.
 - D'autres des compresses non stériles (reste de sets de branchements antérieurs).
 - Et enfin d'autres des pansements américains non stériles.

Il est inutile d'utiliser du matériel stérile pour la phase de nettoyage du bras de fistule. Les patients autonomes se lavent et s'essuient le bras de la fistule au robinet avec du matériel non stérile, et il est inutile de faire différemment pour les patients non autonomes.

En définitif : 11 patients autonomes et 10 patients non autonomes sur les 58 évalués ont fait ou ont eu le protocole d'hygiène du bras de fistule de façon parfaite soit seulement 36,2% des patients.

Actions envisagées par le groupe de travail

Pour les patients non autonomes, un rappel du protocole a semblé nécessaire auprès des soignants.

Le protocole de 2009 a été ré-analysé par le groupe car n'a effectivement pas paru assez clair quant à l'utilisation du matériel non stérile et au rôle de l'aide soignante. Les corrections proposées ont été validées par la cellule qualité de l'hôpital.

Pour les patients autonomes, le groupe de travail a proposé de concentrer ses actions, dans un premier temps, sur la création de deux affiches :

- L'une, placée dans les vestiaires, indiquant que le lavage du bras de l'abord vasculaire se fait en salles de traitement et non dans les vestiaires afin de pouvoir assurer un meilleur contrôle et les réajustements éventuellement nécessaires.



- L'autre, placée au-dessus du lavabo principal en salle de soins, décrit au moyen de photos les différentes phases du lavage du bras afin que tous les patients, même ceux dont la barrière de la langue peut être un frein à la compréhension orale, puissent les appliquer correctement.





La deuxième évaluation

Elle a été faite la semaine du 14 au 19 février 2011. 13 (17,1%) des 76 patients alors présents ont été exclus car dialysaient sur un cathéter veineux central. Ont donc été évalués :

- 49 patients (64,5%) autonomes pour les soins d'hygiène.
- 14 patients (18,4%) dépendants.

Résultats

- Parmi les 49 patients autonomes :
 - 21 (soit 42,9%) appliquaient le protocole correctement.
 - 28 (soit 57,1%) ne l'appliquaient pas correctement avec, globalement, les mêmes défauts d'application que la précédente fois.
- Parmi les 14 patients dépendants :
 - 10 (soit 71,4%) ont eu le protocole correctement appliqué.
 - 4 (soit 28,6%) l'ont eu incorrectement.

En définitif : 21 patients autonomes et 10 patients non autonomes sur les 63 évalués ont fait ou ont eu le protocole d'hygiène du bras de fistule de façon parfaite soit 49,2% des patients.

Patients autonomes communs aux 2 évaluations

- 48 patients (36 autonomes et 12 dépendants) ont été évalués les 2 fois.
- 15 nouveaux patients (11 autonomes et 4 dépendants) n'ont été évalués que la deuxième.

Parmi les 36 patients autonomes, 36,1% appliquaient le protocole correctement la deuxième fois (vs 27,5% chez 40 patients la première fois) et donc 63,9% de façon incorrecte (vs 52,5% chez 21 la première fois). Parmi les 11 nouveaux patients autonomes qui n'ont été évalués, 7 le faisaient correctement (soit 63,6%) et 4 non (soit 36,4%).

Conclusions

Elles sont de plusieurs ordres :

- De telles évaluations sont chronophages et doivent être préalablement mûrement réfléchies et définies, voire testées sur un petit nombre de patients, avant d'être mises en route. Il faut en effet éviter les items insuffisants ou imprécis, de même que les biais de recueils et d'analyses, comme il faut anticiper les réactions des patients lorsque l'on touche, comme ici, à certaines questions d'intimité.

Néanmoins toute démarche d'évaluation motive une équipe à communiquer en son sein, à réfléchir à ses pratiques, à se remettre parfois en question et à réactualiser éventuellement ses habitudes et/ou ses protocoles.

- Le suivi de cet indicateur de qualité montre que, même si le pourcentage de patients dépendants ayant bénéficié d'un protocole correct s'est amélioré entre les 2 évaluations (71,4% de protocoles correctement appliqués chez 14 patients vs 55,5% la première fois chez 10 patients), le taux de malfaçons reste trop important à notre gré puisque ce protocole est assuré par les soignants.

Une vigilance accrue lors de notre formation des nouveaux personnels et, pour tous, dans l'application des différents protocoles du service nous apparaît donc nécessaire.

- Déçus des résultats de la deuxième évaluation, nous pensons que la mise en place des 2 affiches ne s'est pas accompagnée d'explications suffisantes. En effet, tous les patients disent avoir bien vu ces 2 nouveaux affichages mais sans en avoir approfondi le contenu.

De même, la surveillance, envisagée comme rapprochée au moment du lavage en salles de traitement, n'a pas été bien assurée.

Néanmoins, nous avons aussi interrogé nos patients sur leur attitude vis à vis de ce protocole. Si ceux qui l'appliquent correctement sont en majorité ceux qui semblent avoir compris les enjeux de l'hygiène dans leur traitement, certains le font aussi pour ne pas déroger aux règles du service, ne pas se démarquer vis à vis des autres et /ou ne pas subir de remarques de la part des soignants.

Pour ceux qui font mal, voire pas, divers sont les arguments qu'ils donnent pour expliquer leur laxisme (lorsqu'ils ne se réfugient pas derrière une attitude de déni, parfois même à la limite de l'agressivité) :

- Cela prend du temps et je vais être branché trop tard, ou après d'autres.
- Cela ne sert à rien, je suis propre, je me suis lavé avant de venir.
- Cela ne sert à rien, j'ai toujours fait comme cela et n'ai jamais eu d'infection.
- Pourquoi nous demandez vous cela maintenant alors que vous ne le faisiez pas avant ?

Les nouveaux patients, dorénavant éduqués à ce processus, l'appliquent mieux que les anciens car ils ont acquis, dès leur arrivée dans le service, que cela faisait partie du traitement. Comment faire alors adhérer les anciens patients à ces principes d'hygiène simple ? Les informations données ne sont apparemment pas suffisantes et/ou convaincantes mais, pour comprendre vraiment leur non-observance, il serait intéressant de savoir ce qui justifie pour eux cette attitude alors qu'il s'agit de gestes logiques et simples..., mais les questions toucheraient alors à l'intimité de la personne. S'ils avaient adhéré à un programme d'éducation thérapeutique, seraient-ils aussi observants que les nouveaux patients ?

A l'inverse, n'ont ils pas le droit de garder une part de choix et d'autonomie dans un traitement qui leur échappe ?

Ceci amène finalement à se poser des questions sur l'éducation thérapeutique vis à vis de laquelle le consentement du patient est un prérequis obligatoire pour se voir couronnée de succès.