

# Infection

e t d i a l y s e

## CONSTRUCTION D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ DANS UN CENTRE DE NÉPHROLOGIE

P. DESLANDE, *IDE responsable assurance qualité*  
Centre de Néphrologie, Châteauroux.

**Je vais d'abord vous présenter notre centre.**

**Nous recevons 100 patients en hémodialyse ou en DP. Ils sont suivis par 3 néphrologues.**

**Depuis 3 ans, nous avons une nouvelle équipe médicale et une nouvelle direction. Ils ont seulement oublié de nous amener les palmiers et la mer !**

### QUELQUES DÉFINITIONS

#### Qualité

La qualité est définie comme l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins du patient.

La qualité des produits ou services doit être obtenue à un moindre coût, ce qui nécessite une bonne organisation des processus de travail.

#### Qu'est-ce qu'une démarche assurance qualité ?

La démarche assurance qualité représente la mise en place d'un système permettant l'application, le suivi et l'évolution de procédures qui assurent aux patients des soins et un environnement les mieux adaptés à leur situation.

Elle permet l'adaptation du service à une norme, en l'occurrence la norme ISO 9002, afin de contrôler l'efficacité du système.

#### Quels sont les objectifs généraux d'une démarche assurance qualité ?

Ces objectifs sont :

Mettre en place une méthodologie de travail.

Remplacer une tradition orale par des procédures écrites.

Afin d'assurer aux patients la meilleure qualité et la meilleure sécurité des soins.

#### La norme ISO 9002

Elle permet de définir le cadre de référence afin de construire le système qualité et d'instaurer un système de vigilance évolutif grâce à 19 critères applicables dans un service de santé.

### HISTORIQUE

Depuis 1996, la direction et les médecins présents envisageaient de mettre en place une démarche qualité au Centre de né-

phrologie de Châteauroux dans le cadre d'un projet de certification ISO 9002.

La première étape a été un audit « état des lieux » en août 1996 afin de bien cerner le sujet à choisir.

Suite à cet audit, le sujet choisi est « **Prévention et lutte contre les infections nosocomiales en hémodialyse** ».

La construction de cette démarche qualité a réellement débuté en janvier 1997.

Suite à une formation de deux jours, concernant la démarche qualité et la norme ISO 9002. Des groupes de travail ont été formés afin de réfléchir, construire la démarche qualité et rédiger les procédures dans les trois domaines choisis :

- Soins.
- Traitement d'eau et générateurs.
- Environnement.

Chaque groupe de travail est constitué de personnes directement liées au sujet à explorer :

- IDE + AS pour les soins.
- Techniciens + Pharmaciennes pour le traitement d'eau et les générateurs.
- Femmes de service + AS + IDE pour l'environnement.

Ces groupes de travail constituent le comité de pilotage.

Les médecins ont participé à différents groupes de travail et ont permis l'évolution du projet.

### CHOIX DU PÉRIMÈTRE

Ce choix est très important car il définit à lui seul, toute la suite de la démarche qualité. Nous avons choisi :

La gestion du risque infectieux, plus précisément lutte et prévention des infections nosocomiales en hémodialyse.

Ce sujet concerne tous les acteurs du centre : les patients, la direction, les médecins et le personnel.

Il représente une vision globale des risques médicaux et financiers et explore un domaine très large.

### CHAMPS D'ACTION DÉFINIS

La lutte et la prévention des infections nosocomiales nous a amenés à répartir notre champ d'action en 3 grands thèmes :

#### 1 – L'environnement

L'air, les surfaces, les sols, les déchets.

#### 2 – Les soins

Les gestes, les protocoles, les soins spéciaux, les personnes (personnel et patients).

#### 3 – La gestion du matériel

Le traitement de l'eau, la stérilisation, les générateurs, les achats.

Nous avons mis en place un **PLAN D'ACTION**.

1°) Composition du groupe de pilotage tel que je l'ai précisé plus haut.

2°) Choix du coordinateur qualité ou responsable assurance qualité (RAQ). Le RAQ est à un point stratégique du système. Il est le lien entre tous les acteurs du centre pour la mise en place de la démarche assurance qualité. Il gère le suivi et la bonne marche du système.

3°) Constitution du comité stratégique : Médecin + Direction + RAQ.

Il prend les décisions finales et valide les procédures.

Une fois le plan d'action défini, l'élaboration de la démarche qualité commence.

### ÉLABORATION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ

Pour construire un tel projet nous avons procédé par étapes :

- 1°) définir les objectifs,
- 2°) analyser l'existant,
- 3°) rédiger les procédures,
- 4°) appliquer les procédures,
- 5°) rédiger le manuel assurance qualité,
- 6°) effectuer un audit blanc,
- 7°) évaluer les conclusions de l'audit blanc,
- 8°) réajuster le système qualité,
- 9°) demander l'audit de certification ISO 9002,
- 10°) suivre et faire évoluer le système qualité.

#### 1°) Définir les objectifs

Les objectifs définis sont :

Lutte et prévention des infections nosocomiales, pourquoi ?

L'objectif essentiel est d'assurer aux patients la meilleure qualité de soins possible par :

- l'application collective des procédures écrites et adaptées,
- la communication entre tous les membres de l'équipe soignante.

L'application des procédures écrites permet de prodiguer les soins aux patients hémodialysés en contrôlant la qualité et la sécurité face aux infections nosocomiales.

Ce sujet a été retenu car en hémodialyse, il existe un risque réel compte tenu de la nature du traitement : circulation extracorporelle, risques actuellement liés au sang et nature des patients souvent âgés.

#### 2°) Analyser l'existant

Dresser la liste des procédures à rédiger en différenciant les trois sujets choisis :

- les soins,
- l'environnement,
- la gestion du matériel (traitement d'eau et générateurs).

Écrire ce que l'on fait, l'analyser pour vérifier si les procédures écrites sont conformes aux résultats recherchés.

#### 3°) Rédiger les procédures

Un protocole devient une procédure quand on précise qui doit appliquer ce protocole.

Une procédure doit décrire :

- ce que l'on fait,
- qui le fait,
- quand, où et comment on le fait,
- quels matériels, documents, équipements doivent être utilisés.

Chaque situation à décrire a été rédigée en plusieurs étapes. La première étape a été une rédaction « littéraire » car il nous a semblé naturel de tout expliquer sous forme de phrases très construites.

Après la première lecture, nous nous sommes aperçus que le résultat n'était pas satisfaisant. Nous avons donc transformé chaque procédure sous forme de plan en limitant les développements au strict nécessaire. Ce qui facilite la compréhension des textes et permet une certaine souplesse quant à l'application des procédures. Le plus important dans une procédure, c'est qu'elle soit :

- claire,
- réaliste et logique,
- réalisable et cohérente,
- et adaptable au patient concerné, tout en lui assurant la qualité et la sécurité des soins.

#### 4°) Appliquer les procédures

Chaque procédure doit être adaptée à la situation et doit envisager l'acte dans son ensemble.

Un protocole explique ce que l'on doit faire. Il devient une procédure quand on précise qui l'applique.

Chaque procédure permet de savoir qui fait quoi afin de limiter les dérives possibles.

Si une procédure est mal ou pas appliquée, il est important d'en évaluer la cause afin

# Infection et dialyse

de resensibiliser le personnel ou de revoir la procédure si elle n'est plus valable.

Chaque procédure est révisable à tout moment en fonction des évolutions des techniques ou du service. Ce qui permet un système qualité évolutif.

Voici quelques exemples de procédures sous forme de plan et de tableau (ci-dessous).

## 5°) Rédiger le manuel assurance qualité

Le manuel assurance qualité est la référence de la démarche qualité. Il recense les différentes actions mises en œuvre afin d'appliquer les procédures. Il se réfère à une méthodologie très précise permettant de conformer notre projet à la norme ISO 9002 qui est très rigoureuse.

## 6°) Effectuer un audit blanc

Lorsque nous avons pensé que le sujet était « bouclé », nous avons procédé à un audit blanc dirigé par un auditeur AFAQ (organisme qui effectue les audits de certification).

L'audit consiste en un épiluchage systématique de chaque chapitre de la norme ISO 9002 afin de mesurer la conformité entre cette forme et notre démarche qualité.

La conformité doit être documentaire et d'application : écrire ce que l'on fait et faire ce que l'on écrit.

La conclusion de l'audit met en évidence des non-conformités ainsi que des remarques.

## 7°) Évaluer des conclusions de l'audit blanc

L'audit a mis en évidence des non-conformités documentaires et d'applications. Certains documents que nous utilisons n'apparaissent pas dans le manuel assurance qualité ; il a fallu les inclure. Certaines pratiques citées dans le manuel n'étaient pas mises en œuvre, comme la revue de direction.

Les non-conformités ainsi que les remarques ont toutes été analysées afin de prévoir les actions correctives à mettre en place.

## 8°) Réajuster le système qualité

Des actions correctives ont été mises en place afin de supprimer toutes les non-

conformités ainsi que les remarques. Elles ont été évaluées et validées lors d'une revue de direction.

La revue de direction est une réunion tenue par les médecins, le directeur et le responsable qualité afin d'évaluer le système qualité et d'envisager les actions correctives et préventives à mettre en œuvre.

## 9°) Demander l'audit de certification ISO 9002

Une demande d'audit de certification a été effectuée. L'audit est envisagé fin 1998.

## 10°) Suivre et faire évoluer le système qualité

Une démarche qualité doit vivre au fil des situations nouvelles qui peuvent apparaître au sein de notre service. Il est important d'être à l'écoute des patients et du personnel soignant afin de mettre en évidence tous les dysfonctionnements qui pourraient survenir et de les corriger. Aucune procédure n'est figée. Elle doit évoluer en fonction des nouvelles données que l'on peut découvrir tant sur le plan technique que médical.

Finalement, une démarche assurance qualité, est-ce un cadeau empoisonné ou une bonne surprise ?

PROCÉDURE : SOINS INFIRMIERS 3/30  
DATE DE VALIDATION : 20 Janvier 1998  
DATE DE REVISION : Avril 1998  
REDACTEUR : P. Deslande  
VALIDEUR : Docteur TESTOU  
REFERENCE : SI 1.07/3.a

**PORT DES GANTS pour IDE et AS**

Lors de :

- Chaque geste susceptible d'être en contact avec :
  - du sang,
  - des selles,
  - des vomissures,
  - des crachats.
- Chaque soin :
  - branchement,
  - débranchement,
  - pansement fistule,
  - pansement cathéter,
  - intervention sur bras de fistule pendant la séance.
- Chaque manipulation de poubelle.
- En cas de lésions sur les mains du soignant.
- Le port des gants est recommandé pour le nettoyage du matériel.

**1 PAIRE DE GANTS POUR UN GESTE**

PROCÉDURE : SOINS INFIRMIERS 29/30  
DATE DE VALIDATION : 20 Janvier 1998  
DATE DE REVISION : Avril 1998  
REDACTEUR : J.P. Dufort - P. Deslande  
VALIDEUR : Docteur TESTOU  
REFERENCE : SI 1.07/2.a

	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi
<b>AK 100</b> après 1 <sup>re</sup> séance après 2 <sup>e</sup> séance après 3 <sup>e</sup> séance	Chaude Chaude Acide chaude	Chaude Chaude Acide chaude	Chaude Acide chaude Javel	Chaude Acide chaude Dialox	Chaude Chaude Acide chaude	Chaude Acide chaude Dialox
<b>INTEGRA</b> après 1 <sup>re</sup> séance après 2 <sup>e</sup> séance après 3 <sup>e</sup> séance	Javel Javel Acide chaude	Javel Acide chaude Dialox	Javel Javel Acide chaude	Javel Acide chaude Dialox	Javel Javel Acide chaude	Javel Acide chaude Dialox
<b>MONITRAL</b> après 1 <sup>re</sup> séance après 2 <sup>e</sup> séance après 3 <sup>e</sup> séance	Javel Javel Acide suivi de Javel	Javel Javel Acide suivi de Dialox	Javel Javel Acide suivi de Javel	Javel Javel Acide suivi de Dialox	Javel Javel Acide suivi de Javel	Javel Javel Acide suivi de Dialox

# Infection

## et dialyse

Tout dépend de la tournure que prennent les événements mais pour découvrir les clefs qui mènent vers le succès il faut :

– *L'adhésion et l'engagement* conjoint des médecins, de la direction et de l'ensemble du personnel.

– *Des ressources humaines et financières* :

- humaines, car le temps et la disponibilité sont importants.

A Châteauroux, la mise en place de cette démarche assurance qualité représente environ 500 heures de travail effectif soit environ 60 jours.

- financières, car un tel projet nécessite pour le cadre que nous avons défini un in-

vestissement de 100 à 150 000 francs. Pour un cadre plus élargi, l'investissement peut atteindre 200 à 400 000 francs.

– *La communication* avec l'ensemble du personnel afin de mieux faire comprendre et accepter la démarche qualité, et l'appliquer.

– *La volonté* de maintenir et de faire évoluer le système en restant vigilant à ce qui se passe et attentif à toutes les évolutions touchant le domaine que nous avons choisi.

Mais **ATTENTION !!!!**

Une démarche assurance qualité doit être au service des patients et des acteurs du centre et non le contraire.

Elle doit être adaptée à la spécificité du service.

## CONCLUSION

La construction d'une démarche qualité nécessite l'adhésion de toute l'équipe. La communication est primordiale afin que toutes les étapes soient comprises et assimilées. Il est indispensable que le projet soit cohérent afin d'être réalisable.

La certification ISO 9002 n'est pas un objectif ultime. L'étape suivante sera de faire vivre cette démarche qualité et de l'appliquer à d'autres thèmes.



(Illustration tirée de la revue FNAIR, avec l'aimable autorisation de son auteur, D. BOUZOU)