

GUIDE PERSONNALISÉ POUR ÊTRE SUR LA BONNE VOIE

Au 1^{er} janvier 2010, une restructuration des services d'hémodialyse aiguë et d'hémodialyse repli (pour les patients issus de l'Association Régionale d'Aide aux Urémiques du Centre Ouest – ARAUCO) ont été à l'origine de l'embauche de 6 nouveaux infirmiers, dont 5 novices en dialyse.



Véronique REBONDY, Infirmière,
Martine FAUCCONNIER,
Infirmière référente – Service
d'Hémodialyse – CHRU - TOURS

Puis, sur les 2 années suivantes, 6 autres nouveaux infirmiers sont arrivés suite à des changements de poste/départ à la retraite. Sur le service d'hémodialyse chronique, composé de 26 infirmiers, le turn-over a également été assez important suite à des départs à la retraite et des demandes de changement de service.

La spécificité du poste, demandant un temps de formation de 4 semaines pour les chroniques et 5 pour les aigu/repli, a généré une organisation assez conséquente pour les équipes aussi bien médicales que paramédicales.

A cette occasion, il a été constaté un manque avéré de transmissions et d'harmonisation des pratiques, notamment relatives à la prise en charge des fistules artério-veineuse (FAV). Une réflexion avait été entamée sans pouvoir aboutir à un outil concret.

Martine Fauconnier, 18 ans de pratique en dialyse, a pris ses fonctions d'infirmière référente en mars 2011 et ses premières missions ont été de :

- mettre en place un suivi de formation des nouveaux arrivants (IDE et AS),
- d'établir un support rappelant les bonnes pratiques de prise en charge des patients porteurs de FAV,
- de réfléchir à un support permettant de transmettre des informations relatives aux ponctions de FAV.

Organisation

Afin d'obtenir un résultat cohérent avec les pratiques de « terrain », et impliquer l'équipe soignante, nous avons opté pour la mise en place d'un groupe de travail mené par l'IDE référente et regroupant,

sur la base du volontariat et en dehors des heures de travail, des infirmiers ayant des niveaux d'expérience différents. Une dizaine de personnes s'est portée volontaire.

Une première réunion a permis de fixer les objectifs du travail à effectuer, de convenir des modalités de réalisation et d'avoir un premier échange sur les pratiques de chacun.

Objectifs fixés :

- formaliser une fiche technique de ponction et de fixation,
 - réaliser un document de suivi unique permettant à chaque IDE de connaître rapidement tous les événements survenus et l'état actuel de la FAV.
- Le tout afin d'améliorer la prise en charge des patients porteurs de FAV.

Modalités d'exécution :

- travail en autonomie avec mise en commun ultérieure,
- programmation de 2 autres réunions de travail à 1 mois d'intervalle,
- programmation d'une date butoir afin de présenter nos travaux à l'ensemble de l'équipe médicale et soignante.

Compte-rendu de l'échange :

Tout le monde est d'accord sur le fait que, bien qu'il y ait déjà un outil de surveillance des fistules (fiches Transonic mensuel), il y a un manque avéré de transmissions écrites relatives notamment aux ponctions difficiles et événements indésirables (hématomes, points de nécrose, lésions...), et qu'il serait donc judicieux d'avoir un support permettant un suivi.

Il a également été évoqué la possibilité d'avoir accès aux fistulographies, ainsi qu'à un appareil d'échographie pour « repérer » le trajet de la fistule.

Lors de la deuxième réunion, les échanges ont permis d'établir deux fiches :

- *l'une comportant les informations qu'il serait nécessaire de faire apparaître sur la fiche de suivi des FAV :*

identité du patient et du soignant, type de fistule, date de création, schéma du bras pour pouvoir dessiner le trajet de la fistule, une légende pour indiquer les zones de ponctions, les anévrismes, l'anastomose, les hématomes, les échecs de ponction, une partie réservée aux transmissions écrites difficiles à schématiser.

- *l'autre comportant les points importants à appliquer lors de la prise en charge d'une FAV :*

accueil du patient, préparation à la ponction, examen clinique systématique de la FAV, l'ergonomie, le choix des aiguilles, la ponction, les fixations. La possibilité d'insérer des photos est évoquée.

A la troisième réunion, l'IDE référente a présenté une première ébauche de fiche de suivi de FAV avec un schéma de bras et d'avant-bras, ainsi qu'une ébauche de procédure de prise en charge de FAV reprenant principalement les recommandations de l'AFIDTN issues de leur ouvrage « L'abord vasculaire pour hémodialyse – Former pour mieux soigner – 2^{ème} édition » (Edition Masson).

Les échanges permettent d'apporter quelques précisions aux deux documents et il est décidé de les soumettre ensuite aux médecins néphrologues – dialyse afin de les mettre en fonction rapidement.

Ainsi voient le jour deux nouveaux documents :

- « **Procédure de prise en charge d'une FAV** »,
- « **Fiche de suivi des FAV** ».

Rappel des bonnes pratiques

La procédure de prise en charge d'une FAV est à destination principalement des nouvelles recrues, mais est également un bon rappel pour les plus anciens.

Nous avons souhaité dans un premier temps faire un topo sur les conditions d'une bonne prise en charge, puis sur la notion de qualité de dialyse en rapport avec le calcul de la clairance qui peut varier suivant le débit sang, qui lui peut dépendre de la qualité de l'abord.

Puis, la procédure rappelle l'importance :

- qu'il faut accorder à l'accueil du patient (interrogation, lavage du bras par le patient ou le soignant, confort d'installation),
- de l'examen préalable du bras et de la FAV (recherche de lésion, du thrill, du souffle, de sténose, voire de thrombose), par la palpation avec les doigts et/ou le stéthoscope,
- de l'ergonomie qui facilite la ponction (hauteur du lit, luminosité correcte, aisance des mouvements, préparation préalable du matériel de ponction, axe de la ponction par rapport à la position du bras),
- de l'asepsie indispensable pour éviter tout risque d'infection (protocole à suivre).

Des conseils sont donnés pour la réussite de la ponction :

- repérage du vaisseau par la palpation, placement des doigts,
- 2 temps de ponction, 1^{er} temps pour la barrière cutanée, 2^{ème} temps pour la paroi,
- angle de l'aiguille de 30 à 45 °,
- injection de sérum physiologique au moindre doute (diffusion, transfexion...).

Puis, il est rappelé l'importance des fixations des aiguilles pour éviter tout risque de dépiquage en cours de séance.

Différents modèles de fixation sont proposés en image (en croix, en cravate, boucle de sécurité des lignes, les cales...).

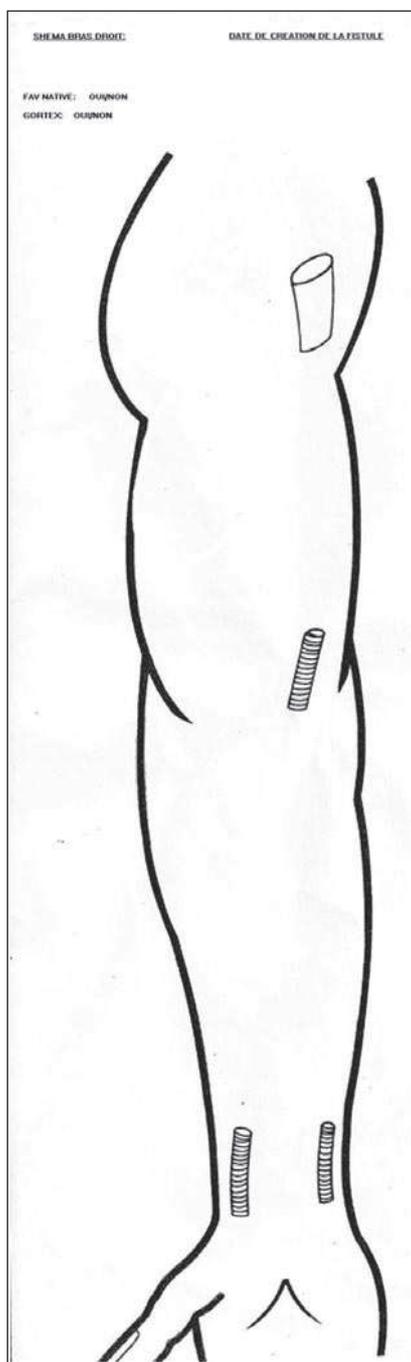
Ces techniques sont bien sûr laissées à l'appréciation du soignant en fonction de ses pratiques.

Fiche de suivi des FAV

Création de l'outil

4 schémas ont été utilisés pour pouvoir représenter les différents sites de ponction (radio-céphalique droite, huméro-céphalique droite...) (cf. exemple ci-contre).

Sur chacun d'eux ont été repris les éléments indispensables qui avaient été listés lors de la 2^{ème} réunion de travail : identité du patient et du soignant, type de fistule, date de création, schéma du bras pour pouvoir dessiner le trajet de la fistule, une légende simple, claire et compréhensible pour indiquer les zones de ponctions, les anévrismes, l'anastomose, les hématomes, les échecs de ponction, une partie réservée aux transmissions écrites difficiles à schématiser. Ont été ajoutés la date de création de la fiche, la possibilité de la numéroter, ainsi que le type d'aiguilles utilisées.



Présentation à l'équipe

Cette fiche a d'abord été soumise à l'approbation de l'équipe médicale, puis a été mise en fonction dans les différents services d'hémodialyse (chroniques, aigu – repli) par l'IDE référente pour en expliquer les tenants et les aboutissants.

Dans le secteur d'hémodialyse chronique, nous avons 90 patients dont 75% sont porteurs de FAV ; une utilisation assez large a été constatée – chaque cahier contenait une fiche au bout de trois semaines environ. Dans les secteurs aigu/repli, la mise en place a été plus longue (en lien avec la nouveauté de l'outil ?, les situations plus délicates ?, le temps de travail différent ?), mais s'est avéré d'une grande utilité pour les jeunes fistules.

Suite aux remarques après 4 semaines d'utilisation, quelques réajustements ont été apportés sur la légende : un sigle pour les zones de ponction à éviter a été ajouté, et un espace plus important pour les transmissions écrites.

Questionnaire de satisfaction

Après 8 mois d'utilisation effective, un questionnaire de satisfaction, rédigé par nos soins, a été distribué à l'ensemble du personnel soignant et médical. Quelques questionnaires ont été remis aux centres extérieurs de l'ARAUCO, par rapport aux patients du repli. Les réponses étaient attendues de façon anonyme.

Les questions étaient à réponse limitée, mais comportaient toutes un espace permettant de mettre ses observations personnelles.

Sur 45 questionnaires distribués, 25 ont pu être exploités. 100 % de ceux qui ont répondu ont utilisé la fiche. 96 % sont satisfaits par sa présentation et précisent que la fiche est claire, fonctionnelle, complète, aidante surtout pour les patients non communicant. Le point négatif évoqué est qu'elle est non évolutive pour un suivi cohérent.

La fiche est essentiellement utilisée quand il y a eu un échec et/ou une difficulté de ponction, pour le suivi des nouvelles fistules. Elle est aussi consultée avant une ponction réputée difficile, une FAV inconnue ou non piquée depuis longtemps, un patient non communicant.



Sur la fréquence d'utilisation, 40% des personnes l'utilisent souvent, 36% disent l'utiliser moyennement et 16%, peu.

70% sont satisfaits de son utilisation. Les points positifs évoqués sont l'aide apportée aux transmissions surtout pour les difficultés de ponction, la praticité de la légende pour schématiser les informations, la zone de transmission écrite pour compléter le schéma. Les points négatifs sont la difficulté de mise à jour, la nécessité d'avoir plusieurs fiches pour suivre l'évolution notamment des jeunes fistules.

70% sont satisfaits de l'aide apportée, 24% le sont moyennement. Les points positifs mis en avant sont la centralisation des informations, la possibilité de visualiser les zones de ponction interdites et ainsi d'éviter la répétition d'erreurs. Certains évoquent le côté rassurant. Le principal point négatif est toujours le manque et/ou la difficulté de mise à jour ; il est également évoqué la possibilité du risque

d'influencer la ponction – l'examen clinique de la FAV restant bien sûr la référence principale.

La fin du questionnaire était un espace ouvert de suggestion d'amélioration de l'outil : insertion d'une zone réservée aux médecins du service (validation, prescriptions...), rattachement d'éléments tels que photo de la FAV et/ou fistulographie, place précise dans le dossier de soins, surveillance de la mise à jour, évolutivité de l'outil.

A ce jour, nous sommes toujours à la recherche d'une solution pour créer un outil évolutif. Les pistes en cours sont la possibilité d'utiliser l'appareil d'échodoppler en systématique notamment pour les jeunes FAV et d'exploiter les fistulographies.

Conclusion

Il nous est possible de constater que les nouveaux outils mis en place ont été largement utilisés par

l'ensemble du personnel médical et paramédical. Les retours sont dans l'ensemble assez positifs pour ce qui est de la fiche de suivi. L'aide apportée aux transmissions relatives aux difficultés de ponction, mais aussi et surtout pour les premières ponctions est appréciée. Bien que l'évolutivité soit limitée, elle permet une centralisation des informations que nous n'avions pas précédemment.

Par rapport au travail effectué en amont, l'IDE référente nous a aidés à coordonner et mettre en place les actions. Sa position en dehors des soins lui a permis d'être disponible pour diffuser les informations nécessaires à l'utilisation de ces outils, mais aussi à l'écoute pour relever les points à améliorer.

Enfin, tout travail est à évaluer et à réajuster, et emmène sur d'autres projets. En ce qui nous concerne, le prochain but est d'utiliser l'appareil d'écho-doppler en systématique pour les nouvelles FAV.