

Visite de risque infectieux en hémodialyse

1

Contexte de l'élaboration de l'outil

Amélioration des pratiques et sécurité des soins

La sécurité des patients

Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Des concepts à la pratique

Mars 2012

Démarche de gestion des risques

1. Les cinq étapes d'une démarche opérationnelle de gestion des risques

Une démarche opérationnelle de gestion des risques, qu'elle soit de nature préventive ou corrective, repose sur **un cycle de cinq étapes**.

Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4	Étape 5
Sélectionner la situation à risques et organiser la démarche	Analyser la situation et identifier les risques	Évaluer et hiérarchiser les risques	Traiter les risques	Suivre les risques et pérenniser les résultats

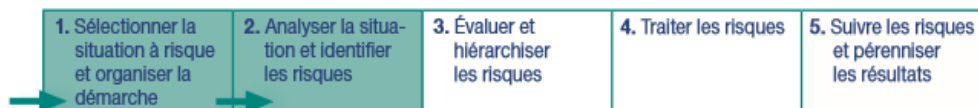
Démarche d'évaluation interne : visites de risques, audits, enquêtes, etc.

Visite de risque/HAS 2012

Fiche 17. Visite de risques

Objectif

Réaliser au contact du terrain un constat argumenté des difficultés de mise en place des mesures de qualité-sécurité des soins



Principe

- Issue des domaines de l'assurance et de l'industrie, la visite de risques est introduite dans l'établissement de santé comme méthode de repérage et d'évaluation de risques latents. Cette méthode *a priori* combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation). Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en œuvre rapide et le développement de la culture de sécurité.

Indication

- Via l'assureur dans le cadre de la mise en œuvre ou du renouvellement d'un contrat d'assurance (les visites portant sur les activités jugées les plus à risques pour lui, en secteur obstétrical, aux urgences, en réanimation, au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire).
- Via l'établissement de santé (problématique locale) ou une structure régionale d'appui (problématique régionale) en recherche d'une collaboration étroite avec les services et d'une mise en œuvre d'actions correctives immédiates.

Visite de risque infectieux

- Méthode de gestion des risques *a priori* : repérer les situations à risque infectieux
- Évaluation de l'ensemble de l'activité de l'unité de soins établie selon les **référentiels** en vigueur
 - Analyse du parcours du patient : de l'arrivée du patient, séance de dialyse, départ du patient, inter-séance
 - Analyse du processus de soins : branchement et débranchement

Objectifs (1)

- Évaluer les points forts et les points critiques au niveau de l'organisation et des pratiques professionnelles lors de la prise en charge des patients en unité de soins **d'hémodialyse**,
- pour améliorer la prévention et la gestion du risque infectieux
 - infections associées aux soins (IAS) **(n°2)**
 - accident d'exposition au sang (AES)

Objectifs (2)

- Déterminer avec les professionnels des axes d'amélioration spécifiques à l'unité
- Sécuriser les pratiques autour du branchement et du débranchement : CVC et FAV
- Développer une culture de sécurité et inciter les professionnels d'hémodialyse à utiliser des outils de gestion des risques

Champ d'action

Structures concernées

- Hémodialyse en centre (HDC)
- Unités de dialyse médicalisée (UDM)
- Unités d'auto-dialyse assistée (UAD)

Structures exclues

- Unités d'auto-dialyse simple (autonomie totale des patients)
- Dialyse à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale)

Périmètre

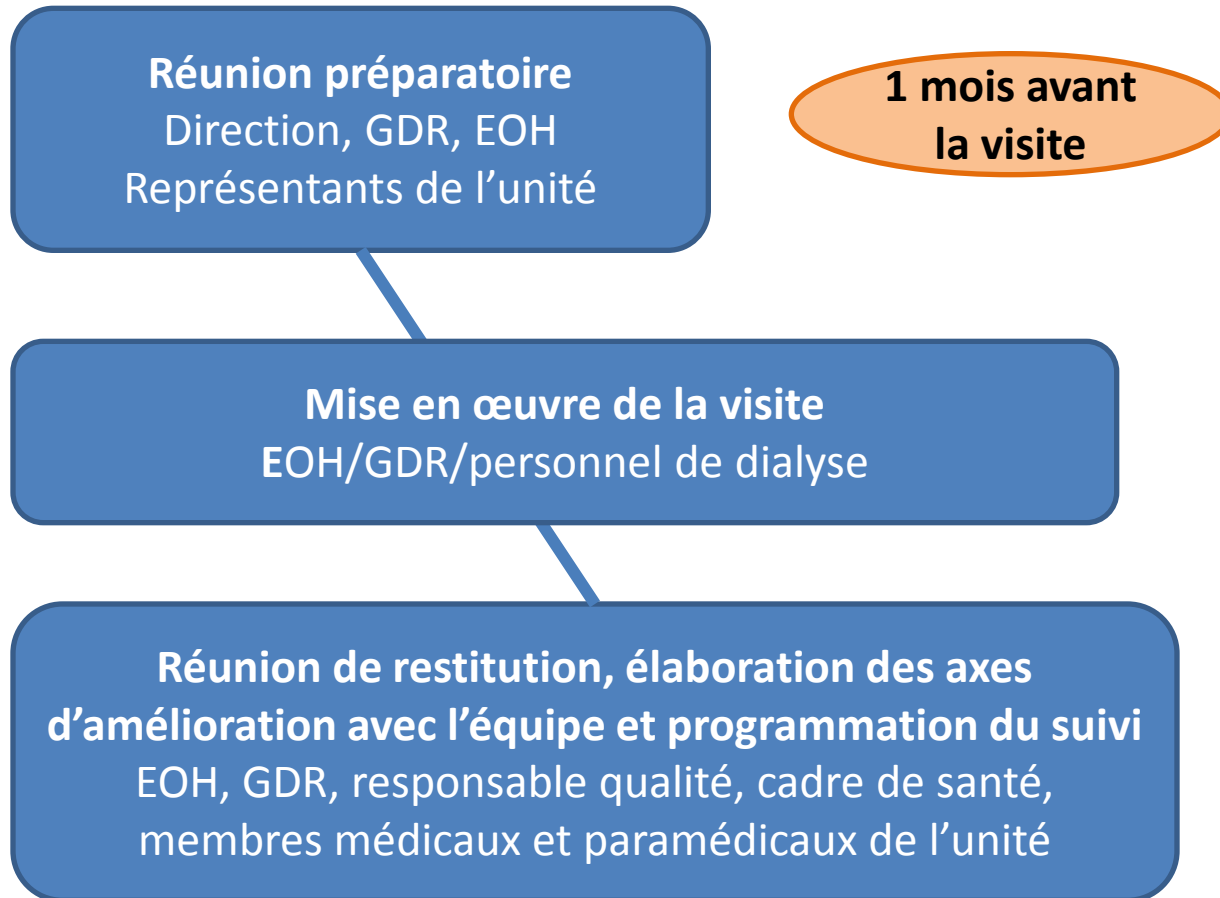
- Visite de risque infectieux centrée sur le patient et la gestion des **accès vasculaires**
- Exclus du champ de la visite :
 - circuits d'alimentation en eau et dialysat
 - gestion technique du générateur

Recueil des données

Cette méthode d'analyse *a priori* combine plusieurs modes de recueil de données :

- recensement documentaire
- entretiens : professionnels, patients
- observations : organisations, pratiques professionnelles, visite des locaux

Mise en place de la démarche



Étapes de la VDRI

- Phase de préparation de la visite avec l'unité de soins
- Recensement documentaire
- Journée de visite :
 - rappel des objectifs et du déroulement de la visite à l'équipe
 - entretiens, observations
 - synthèse des données recueillies
 - séance de restitution en fin de journée
- Rédaction d'un rapport final et du plan d'action, dans le mois qui suit
- Suivi et évaluation du plan d'action

Guide méthodologique



Visite de risque infectieux en hémodialyse

Guide méthodologique

2016



Fiches techniques détaillant
chaque étape de la visite de
risque infectieux

SOMMAIRE

Glossaire.....	5
Introduction.....	7
Principe de la visite de risque infectieux en hémodialyse.....	8
Objectifs.....	9
Objectifs principaux.....	9
Objectifs spécifiques.....	9
Champ d'action.....	10
Etablissements de santé concernés.....	10
Types de structures concernées.....	10
Types de structures exclues.....	10
Périmètre de la visite de risque infectieux.....	10
Méthode.....	10
Référentiels utilisés.....	10
Quand réaliser une visite de risque infectieux en hémodialyse ?.....	11
Les étapes de la visite de risque.....	12
Les acteurs de la visite de risque infectieux et leurs rôles.....	12
Annexes.....	15
Fiche n° 1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l'unité de soins.....	15
Fiche n° 2 : Recensement documentaire.....	16
Fiche n° 3 : Exemple de planification d'une visite.....	17
Fiche n° 4 : Entretiens individuels.....	18
Fiche n° 5 : Observations branchement et débranchement CVC et FAV.....	19
Fiche n° 6 : Rendu des résultats et plan d'amélioration.....	20

Recensement documentaire



Visite de risque infectieux en hémodialyse

Recensement documentaire

2016



Ce questionnaire a pour objet de recenser les documents et protocoles (institutionnels ou spécifiques à l'unité) pour la prévention et gestion du risque infectieux en unité de soins d'hémodialyse. Pour chaque item, préciser s'il existe un document et la date de sa validation. Globalement l'accessibilité des documents sera vérifiée.

Recensement documentaire

1/3

1h
environ

Objectif

Identifier l'existence des documents, leur date de validation



À préparer en
amont de la
visite

Documents mis à disposition des
visiteurs le jour de la visite

Observations

Objectifs

Observer les pratiques et comprendre les organisations mises en place
 Repérer les contraintes architecturales, organisationnelles et ergonomiques
 Repérer d'éventuels écarts entre les pratiques observées et les documents


 Visite de risque infectieux en hémodialyse Observation – Branchement/débranchement cathéter veineux central (CVC) 		
Critères	Réponse	Commentaires
	Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 3 Non adapté = 4	
Branchement et injection		
1. Absence de bijou chez l'opérateur et l'aide		
2. Le patient porte un masque chirurgical		
3. Le branchement du cathéter veineux central est réalisé par deux soignants		
4. Une hygiène des mains par friction est réalisée avant le contact avec le patient pour l'aide et l'opérateur		
5. L'opérateur porte une coiffe, une blouse stérile, un masque chirurgical, une protection oculaire et des gants stériles		
6. (si tenue incomplète mettre non et préciser)		
7. L'aide porte un masque chirurgical, une surblouse blouse non stérile/tablier plastique à usage unique et une protection oculaire (si tenue incomplète mettre non et préciser)		
8. Un set de branchement stérile à usage unique est à disposition		

2 à 3 h

FAV

CVC

Entretiens

 Visite de risque infectieux en hémodialyse
Grille d'entretien « Patient »
10-15 min
Patients présents et coopérants le jour de la visite

Réponses possibles Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 3 Non adapté = 4	Réponse	Commentaires
1. Depuis quand êtes-vous dialysé ?		
2. Depuis quand êtes-vous suivi dans cette unité de soins ?		
3. Vous a-t-on parlé de la tenue vestimentaire adaptée au bon déroulement de la séance de dialyse ? (tenue propre et adaptée à la séance de dialyse, vêtements amples)		
4. Vous a-t-on parlé du rôle de l'hygiène corporelle dans la prévention des infections en dialyse ? (importance d'une toilette le jour de la séance de dialyse)		
5. Avez-vous reçu une information sur l'importance de l'hygiène des mains pour votre prise en charge ?		
6. Réalisez-vous systématiquement une hygiène des mains en entrant dans l'unité de soins ou avant le branchement ?		
7. Si présence d'une fistule, avez-vous reçu des consignes quant à l'hygiène de la fistule avant branchement ? (le lavage du bras du patient est un acte de soin réalisé sous la surveillance d'un membre du personnel). Si oui, lesquelles ?		

Objectifs

Apprécier les risques perçus et les problèmes déjà identifiés dans l'organisation et la prise en charge
Évaluer les moyens mis en place pour gérer le risque infectieux
Pointer d'éventuelles méconnaissances
Écouter et prendre en considération les idées d'amélioration

Prévoir une pièce dédiée aux entretiens

**PROFESSIONNELS
médicaux ou non**
Médecin
Cadre de santé
IDE, AS, ASH

PATIENTS

Personnels concernés

MEDECINS	CADRE	IDE	AS	ASH
		Branchement/ débranchement	Inter-séance (bionettoyage poste de dialyse)	Inter-séance (bionettoyage des locaux)
Entretien	Entretien	Entretien	Entretien	Entretien
Tout le personnel présent le jour de la visite (anonymisation des résultats)				

Déroulement de la visite (exemple sur une journée)

Horaires	Activités
7h00-7h15	Présentation des visiteurs à l'équipe et des étapes de la visite
7h15-8h45	Observations des pratiques de branchement
8h45-11h00	Entretiens avec les patients Entretiens avec les professionnels de santé
11h00-12h30	Observations des pratiques de débranchement Visite des locaux
13h00-14h00	Entretiens avec les professionnels de santé (suite)
14h30-16h00	Temps de synthèse des visiteurs
16h00-17h00	Réunion de restitution




Selon l'organisation de l'unité, la visite de risque peut également être proposée sur deux ou trois demi-journées consécutives

Réunion de restitution en fin de visite

- Rendre compte des principaux constats concernant l'organisation de la gestion du risque infectieux
- Valoriser les barrières mises en place pour gérer le risque infectieux
- Pointer d'éventuelles méconnaissances et expliquer les bonnes pratiques
- Évaluer les difficultés rencontrées et prendre en compte les idées d'amélioration

Analyse des données

- Faire la synthèse des données recueillies en confrontant les résultats des entretiens et des observations à partir du document fourni (trame de rapport écrit)
- Utiliser la classification proposée (ci-dessous) pour chaque thème abordé lors de la visite de risque infectieux

	non critique : actions à maintenir ou à renforcer.
	semi critique : actions d'amélioration à planifier.
	critique : actions correctives prioritaires.

Rédaction du rapport écrit

1- Organisation de l'équipe

a. Moyens humains (*entretiens cadre de santé, IDE, AS, ASH*)

Ponctuellement insuffisant (préciser la catégorie concernée et la fréquence) mais un effectif minimum en personnel a été défini.



Commentaire : si la charge de travail est insuffisante un repli est possible sur d'autre centre ou au CHU en service de néphrologie. Les personnes rencontrées sont d'accord pour dire que quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, les personnels conjuguent leurs efforts en équipe et se soutiennent mutuellement. Les IDE notent que le personnel n'est pas toujours suffisant pour faire face à la charge de travail au vue de patients poly pathologiques et dépendants.

b. Fiche de poste (recensement documentaire)

Les fiches de poste intègrent les tâches en lien avec le risque infectieux (description précise des tâches et organisation).



Commentaire : la formalisation des tâches est retrouvée dans les fiches de poste des agents (IDE, AS, ASH) avec un focus sur le risque infectieux pour certaines tâches.

c. Planification des séances (entretiens cadre et patient)

La planification des séances est formalisée. Les patients sont satisfaits de l'organisation de leur prise en charge.



Commentaire : les patients interviewés sont satisfaits de leur prise en charge et de l'organisation des séances même si certains souhaiteraient pouvoir être accueillis plutôt, vers 6h.

2- Formation du personnel (*entretien cadre de santé, IDE, AS, ASH*)

Formation partielle du personnel et/ou ancienne et/ou ou formation non ciblée sur le risque infectieux en dialyse et/ou procédures incomplètes ou mal connues de l'équipe.



Commentaire : la formation des nouveaux arrivants en matière de risque infectieux est organisée, mais doit être formalisée pour les AS et ASH. Un compagnonnage pour les IDE pourrait être mis en œuvre et formalisé. Pour le personnel en poste les formations ponctuelles sont proposées par l'EOH. Des informations sont données lors de la mise à disposition de nouveaux protocoles, mais doivent être systématisées.

Chaque classement doit être étayé en clair dans la partie « commentaire » par des éléments issus des entretiens et/ou des observations

Plan d'actions et suivi

- Diffuser le rapport final à l'ensemble des professionnels concernés dans un délai maximum d'un mois après la visite
- Hiérarchiser les actions à mettre en œuvre
- Mettre en place le plan d'actions indiquant :
 - les axes d'amélioration
 - les délais (court, moyen et long terme)
 - les responsables de leur mise en œuvre
- Programmer le suivi des actions

Composition du groupe de travail



COORDINATION

- GARDES Sophie, praticien en hygiène hospitalière, groupement hospitalier Sud HCL, Lyon
- LAPRUGNE-GARCIA Elisabeth, cadre supérieur de santé en hygiène hospitalière, CClin Sud-Est, Lyon
- CHAIX Martine, cadre de santé en centre de dialyse, Hôpitaux Drome Nord, Romans sur Isère
- COULOMB François, praticien en hygiène hospitalière, réanimateur et coordonnateur de la gestion des risques, CH de Dreux
- DARRE-PLAT Silvina, médecin néphrologue, ATIR (Association Traitement Insuffisance Rénale), Avignon
- DULAC Nathalie, infirmière en unité de soins d'hémodialyse, groupement hospitalier Sud HCL, Lyon
- GENGLER Marie-Elisabeth, infirmière en hygiène hospitalière, Arlin Rhône-Alpes, Lyon
- LACOUR Stéphanie, infirmière en unité de soins d'hémodialyse, Hôpitaux Drome Nord, Romans sur Isère
- MERCIER Chantal, infirmière en hygiène hospitalière, CH de Valenciennes
- OUDIN David, infirmier en hygiène hospitalière, ARPDD (Association Régionale Promotion Dialyse à Domicile), Reims
- PONS Frédéric, cadre de santé en centre de dialyse, AAIR (Association d'Aide aux Insuffisants Rénaux chroniques) Midi-Pyrénées, Toulouse
- SAVEY Anne, directeur CClin Sud-Est, Lyon
- TOLANI Michel, médecin néphrologue, praticien en hygiène hospitalière, Polyclinique Saint-Côme, Compiègne
- VERGNES Hervé, cadre de santé en hygiène hospitalière, Arlin Midi-Pyrénées, Toulouse
- VERJAT-TRANNOY Delphine, praticien en hygiène hospitalière, CClin Paris Nord
- WAES Sylvaine, infirmière en hygiène hospitalière, CH de Roubaix

Etablissements testeurs

- AAIR MIDI-PYRÉNÉES - TOULOUSE CÉPIÈRE (31)
- AIRBP - CHARTRES (28)
- ARLIN ILE-DE-FRANCE - PARIS (75)
- AURAR DIALYSE, pôle néphrologique sud - SAINT PIERRE (974 La Réunion)
- ARPDD - REIMS (51)
- CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL JEAN BERNARD - VALENCIENNES (59)
- CENTRE NEPHROCARE - MURET (31)
- CLINIQUE DU TONKIN - VILLEURBANNE (69)
- HOPITAUX DROME NORD site de ROMANS (26)
- LA DIALOISE - COMPIEGNE (60)
- POLYCLINIQUE SAINT CÔME - COMPIÈGNE (60)