

AUDIT DES PRATIQUES D'HYGIENE EN HEMODIALYSE DANS UN HOPITAL UNIVERSITAIRE TUNISIEN

**N. FRIGUI HMIDI, H. SAID LATIRI, S. KHEFACHA AISSA,
L. DHIDAH, T. KHALFALLAH**

XIXe Congrès National de la SFHH – Juin 2008

INTRODUCTION

- L'hémodialyse est l'un des traitements de l'insuffisance rénale chronique.
- Risque infectieux omniprésent : complexité et technicité des soins.
- Ce risque concerne :
 - le patient : immunodépression,
 - les soignants : nombreuses situations d'exposition au sang.
- La prévention repose sur l'application des règles d'hygiène à chaque étape de la prise en charge du patient depuis son accueil jusqu'à son départ.

OBJECTIF

- Évaluer les pratiques d'hygiène aux principales étapes d'une séance d'hémodialyse sur Fistule Artério-Veineuse (FAV) :
 - branchement,
 - débranchement,
 - entretien de l'environnement proche du malade et du générateur.

MATERIEL & METHODES ⁽¹⁾

● TYPE D'ETUDE

- Étude de type audit décrivant les pratiques d'hygiène au cours d'une séance d'hémodialyse sur FAV.
- Date : Février 2007.
- Lieu : unité d'hémodialyse.

● POPULATION D'ETUDE

- Actes de :
 - branchement
 - débranchement
- Opérations d'entretien de :
 - environnement des patients,
 - générateurs.

MATERIEL & METHODES (2)

● Cadre référentiel

Quatre référentiels ont été utilisés :

- Guide de bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse (Recommandations de la SFHH, décembre 2004).
- Décret N° 98-795 du 4 avril 1998 du Ministère de la Santé Publique Tunisien fixant les conditions de création et d'exploitation des centres d'hémodialyse.
- Décret N° 99-1114 du 24 mai 1999, fixant la liste des examens complémentaires et autres prestations que les centres d'hémodialyse doivent fournir aux patients.
- Circulaire N° 03 /2000 du Ministère de la Santé Publique Tunisien relative à la prévention de la transmission des infections nosocomiales dans les centres d'hémodialyse.

MATERIEL & METHODES (3)

● RECEUIL DES DONNEES

1- Caractéristiques de l'unité

- Fiche remplie en interrogeant le surveillant de l'unité :

- Activité de l'unité,
- Nombre du personnel par session de dialyse,
- Conception des locaux,
- Équipement et produits disponibles,
- Protocoles disponibles,
- Dépistage du VHB et du VHC,
- Isolement des patients infectés,
- Traçabilité (fiche ou document).

MATERIEL & METHODES (4)

2- Les actes audités

- La préparation du patient ;
- Les phases de branchement et de débranchement des patients ;
- La désinfection de l'environnement proche du patient et du générateur.

RESULTATS (1)

I- Description de l'unité de l'hémodialyse

1- Activité

- Deux sessions / jour :
 - Matin : de 7h 30 min à 11h 30 min,
 - Après midi : de 12h à 16h,
- 72 patients pris en charge,
- 9 patients / session,
- 11 postes de dialyse.

RESULTATS (2)

2- Personnel

Tableau I : Répartition du personnel

	Personnel médical	Personnel infirmier	Ouvriers (ASH)
Nombre total	3	7	2
Nombre/session			
- Matin	2	3 - 4	1
- Après midi	1	3	1

- Le nombre d'infirmiers est conforme aux recommandations de la SFHH et au décret Tunisien.

RESULTATS (3)

3- Conception des locaux

- Distance de sécurité (1,5 m) respectée : 5 postes,
- Absence de :
 - salle de soins avec une zone réservée à la préparation des injections,
 - local pour nettoyage-désinfection du matériel réutilisable,
 - locaux pour stockage intermédiaire des déchets et linge sale,
 - local technique pour la maintenance.
- Les défaillances observées sont expliquées par :
 - local n'était pas initialement conçu pour une unité d'hémodialyse,
 - plan architectural mal conçu.

RESULTATS (4)

4- Équipements et produits disponibles

- Absence de point d'eau dans les deux salles de dialyse : un seul point d'eau situé dans le bureau du surveillant (contraintes financières) ;
 - produit utilisé : savon en pain,
- Conteneurs d'élimination des OPCT existants ;
- Conditionnement des compresses dans la salle de dialyse ;
- Stérilisation des compresses et des champs au Poupinel ;
- Antiseptiques utilisés : alcool à 70°, Bétadine.

5- Chariots de soins

- Un seul chariot de soins contenant : flacons d'antiseptiques, flacons multi doses d'héparine ...

RESULTATS (5)

6- Dépistage et suivi : VHB et VHC

Tableau II : Examens de dépistage et de suivi des infections par VHB et VHC

Examen	Fréquence
Transaminases	- à l'admission de tout nouveau patient - tous les 3 mois
Antigène Hbs	- à l'admission de tout nouveau patient - une fois par an
Anticorps anti-Hbs	Non pratiqué
Anticorps anti-Hbc	Non pratiqué
Anticorps anti-Hcv	- à l'admission de tout nouveau patient - une fois par an

- Sérologie de l'hépatite C : conforme
- Sérologie de l'hépatite B : non conforme.

RESULTATS (6)

7- Isolement des patients infectés

- Une salle avec deux générateurs dédiés pour les patients infectés.

8- Traçabilité

- Pas de système de traçabilité permettant l'enregistrement de la correspondance entre :
 - générateur-soigné,
 - soignant-soigné,
 - poste-soigné.

RESULTATS (7)

II- Description des actes audités

- 6 soignants observés,
- 50 séances de branchement des patients,
- 50 séances de débranchement des patients et de nettoyage de l'environnement .

1- Préparation du patient

- Lavage des mains et du bras du patient : 18% ;
- L'écart observé est expliqué par :
 - manque d'information et de sensibilisation préalables des patients.

RESULTATS (8)

2- Branchement

2-1 : Tenue

Tableau III : Conformité de la tenue lors du branchement

Tenue	Effectif (n=50)	Pourcentage (%)
Masque	0	0
Protection oculaire	0	0
Gants :	50	100
- Stériles	22	44
Surblouse	0	0

- Insuffisances :
 - équipements,
 - information et formation des soignants de dialyse.

RESULTATS (9)

2-2 : Préparation du site de ponction de la fistule

Tableau IV : Observance des étapes de préparation cutanée du patient

Phases de préparation cutanée	Effectif (n=50)	Pourcentage (%)
Détersion	9	18
Rinçage	9	18
Antisepsie :	50	100
– port de gants stériles	22	44
– alcool (70°)	48	96
– Bétadine	2	4
Respect du séchage	10	20

- **Causes ++ :**

- méconnaissance du risque infectieux,
- non disponibilité du savon liquide antiseptique nécessaire.

RESULTATS (10)

2-3 : Ponction de la fistule

- Lavage antiseptique des mains et port de gants stériles : aucun cas ;
- Ponction entamée directement après l'antisepsie.



Figure 1 et 2: Ponction de la fistule

- Fautes d'asepsie expliquées par :
 - Charge du travail (succession des gestes, nombreuses interventions sur le tableau du générateur) ;
 - Effectif réduit du personnel (absence d'aide).

RESULTATS (11)

2-4 : Hygiène des mains entre deux branchements

- Lavage simple = 10 % des cas ;
- Changement des gants = 60% des cas.

2-5 Fautes d'asepsie au cours du branchement :

- 86 % des cas



Figure 3 : manipulation des lignes de dialyse



Figure 4 : manipulation du tableau du générateur

RESULTATS (12)

2- Débranchement

2-1 : Tenue

Tableau 5: Conformité de la tenue lors du débranchement

Tenue	Effectif (n=50)	Pourcentage (%)
Masque	0	0
Protection oculaire	0	0
Gants :	50	100
- Stériles	2	4
Surblouse	0	0

2-2 : Lavage antiseptique des mains avant retrait des aiguilles

- Fait dans 26 % des cas mais non adapté (savon non conforme).

RESULTATS (13)

2-3 : Compression des points de ponction en fin de séance

- 92 % par le patient ;
- 8 % par l'infirmier



Figure 5 : Compression des points de ponction par le patient



Figure 6: L'infirmier retire la deuxième aiguille et comprime le site de la première

RESULTATS (14)

2-4 : Élimination des déchets

- **Lignes de dialyse** : immédiate dans 100% des cas,
- **Aiguilles** : immédiate après le retrait dans 80% des cas, mais non conforme (niveau de remplissage dépassé, nombre insuffisant, situé à distance des soignants).



Figures 7 et 8 : Élimination des lignes : la poubelle est située loin du Soignant (dans le couloir)

RESULTATS (15)

3- Entretien du générateur

3-1 : Surfaces externes

- Fait dans 12% des cas.



Figures 9 et 10 : Entretien des surfaces externes du générateur non-conforme (désinfection sans nettoyage, usage de chiffonnette éponge)

RESULTATS (16)

3-2 : Entretien du circuit hydraulique

- Systématique entre deux patients et en fin de programme journalier.

RECOMMANDATIONS (1)

5 principaux axes

- **Amélioration des locaux et des équipements**
 - Aménagement d'une salle pour préparation des injections ;
 - Équipement du lave-mains existant par un distributeur de savon liquide, un distributeur d'essuie-mains et une poubelle adaptée ;
 - Installation de points d'eau en nombre suffisants et adéquats ;
 - Introduction des produits hydro-alcooliques ;
 - Approvisionnement en matériels de protection individuelle (masque, surblouse, lunettes).

RECOMMANDATIONS (2)

■ Amélioration de l'organisation des soins :

- Réorganisation de l'horaire des séances d'hémodialyse ;
- Acquisition de plateaux de soins individuels ;
- Renforcement de l'entretien du matériel commun ;
- Réorganisation du circuit des déchets au sein de l'unité :
 - emplacement des conteneurs de DASRI à proximité des soignants,
 - utilisation de conteneurs pour OPCT adaptés aux besoins de l'unité.

RECOMMANDATIONS (3)

● Établissements de protocoles

- La prise en charge du patient hémodialysé ;
- La prise en charge des patients infectés ;
- La conduite à tenir en cas d'AES ;
- L'entretien des générateurs ;
- L'hygiène des mains ;
-

● Actions de formation et d'information

- Organisation de séances de formation théoriques et pratiques pour le personnel soignant (ancien et nouveau recruté).

RECOMMANDATIONS (4)

● Amélioration de la traçabilité

- Enregistrement de la correspondance entre :
 - générateur-soigné,
 - soignant-soigné,
 - poste-soigné,
 - entretien de l'environnement et du générateur.
- Ces actions ne peuvent être réussies que par la coordination et l'organisation entre les différents acteurs responsables (le CLIN, la direction de l'hôpital, le service technique, le service d'hygiène, le service d'approvisionnement....).

Actions de correction

1. Réorganisation des horaires des séances (13h au lieu de 12h) ;
2. Équipement du point d'eau existant et création de deux autres ;
3. Introduction de solution hydro-alcoolique ;
4. Rédaction de certains protocoles : la prise en charge du patient hémodialysé, la gestion des déchets, le lavage des mains, les précautions standard, la conduite à tenir devant un AES ;
5. Nettoyage à fond de l'unité : systématique une fois/semaine.

**Une réévaluation est prévue au cours de l'année suivante.
Elle permettra de vérifier l'impact des actions mises en place.**

Actions de correction



Figures 11et 12 : Le poste de lavage des mains avant et après l'audit

Actions de correction



Figure 13 : Protocoles du lavage des mains (après l'audit)



Figure 14 : Introduction des produits hydro-alcooliques

**Merci pour
votre attention**