

## BRANCHEMENT ET DEBRANCHEMENT DE CATHÉTERS CENTRAUX DE DIALYSE « EN SOLO » Audit d'une pratique qui n'existe pas !



Gilles MAURY, Infirmier hygiéniste,  
CALYDIAL, VIENNE

### LA SITUATION

Les recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H), « Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse », d'où sont tirés tous les protocoles des dialyses de France, sont nées d'un travail réalisé par des médecins néphrologues, hygiénistes, réanimateurs, professeurs, des pharmaciens hospitaliers et hygiénistes en dialyse, des infirmier(ère)s de dialyse et hygiénistes, des technicien(ne)s de dialyse, des microbiologistes et des qualitatif(ne)s.

Ces expert(e)s, travaillant dans toute la France, s'appuient sur leurs connaissances et leur pratique de la dialyse, mais ont aussi balayé la littérature scientifique nationale et internationale.

Dans le chapitre étudiant le dé/branchement de cathéter central, le groupe donne une recommandation de niveau 1, la plus élevée (« Efficacité prouvée (études expérimentales, cliniques ou épidémiologiques) et ne posant pas de problème économique ou technique ») :

« Travail en binôme »<sup>1</sup>

Mais, dans la pratique, nous avons observé à plusieurs reprises dans nos centres de dialyse, que parfois, l'infirmier(ère) gère ce soin seul(e) en totalité.

Nous avons donc décidé de lancer une étude sur cet écart par rapport à nos protocoles (et donc aux recommandations nationales) et analyser les circonstances de survenue, la fréquence, le profil des soignant(e)s, la perception du soignant vis-à-vis des risques infectieux encourus,...

### L'ENQUÊTE

Une évaluation de cette pratique non recommandée a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-administré, rendu en général au bout d'une dizaine de minutes,

présenté oralement par l'infirmier(ère) hygiéniste, donné en main propre et basé sur la sincérité et la perception des infirmier(ère)s.

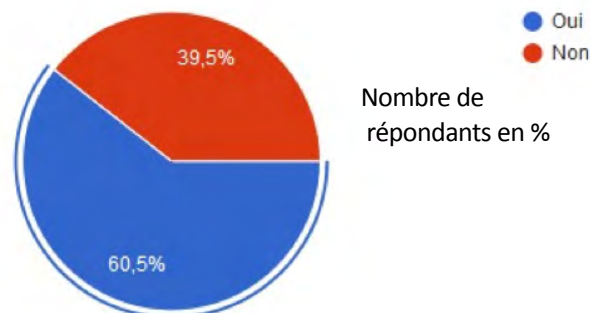
Les réponses ont été recueillies sur un mois et sur 3 sites de dialyse différents du même établissement (Calydial) en modalité centre et UDM (Unité de Dialyse Médicalisée). 38 infirmier(ère)s ont répondu.

Un tri par tableur avec croisements de données a été fait après recopie informatique des réponses des questionnaires papier.

### L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

Plusieurs questions ont été posées pour tenter de quantifier cette pratique non recommandée, dont voici les résultats les plus intéressants.

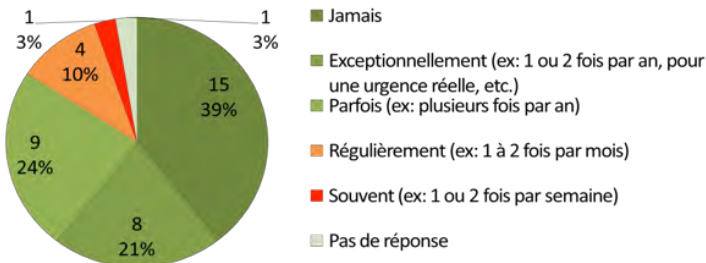
**1- Vous arrive-t-il d'être obligé de brancher et/ou débrancher un(e) patient(e) sur cathéter central sans l'aide d'un(e) autre soignant(e)?**



## 2 - Et à quelle fréquence cela vous arrive-t-il?

Nombre de répondants en % en effectifs

N.B: Graphique incluant les IDE qui ont répondu « non » à la question précédente



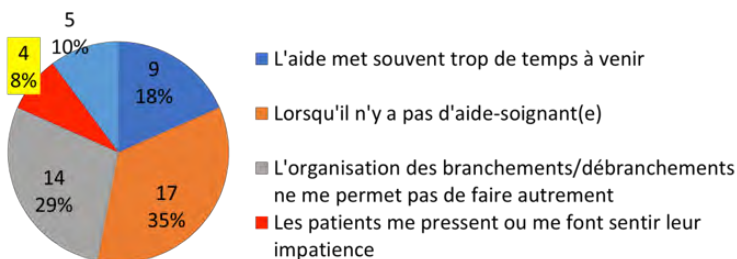
Les deux graphiques précédents (1 et 2) valident l'hypothèse initiale sur l'existence du non respect de la recommandation. Cependant, 39% des IDE (Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat) déclarent ne jamais l'avoir pratiquée. De plus, lorsque cela arrive, elle reste une exception et non la règle.

## LES CIRCONSTANCES DE SURVENUE

Plusieurs questions ont été posées pour déterminer les raisons qui poussent un(e) infirmier(ère) à dé/brancher un cathéter central seul(e) sans faire appel au binôme.

### 3 - Quelles sont les raisons qui vous poussent à brancher/débrancher seul(e)?

Nombre de répondants en % en effectifs : 3



### 4 - Et la dernière fois, c'était pourquoi?

- Aucun(e) collègue disponible sur le moment pour 16 personnes interrogées (l'organisation n'est pas adaptée, le temps d'attente est estimé trop long par l'IDE, l'aidant(e) avait des problèmes techniques et n'est jamais venu(e)...)
  - Du fait des patient(e)s pour 5 réponses :
    - o 4 personnes citent l'impatience manifeste des patients.
    - o 1 personne cite l'urgence médicale (sub-Œdème Aigu du Poumon (OAP)).

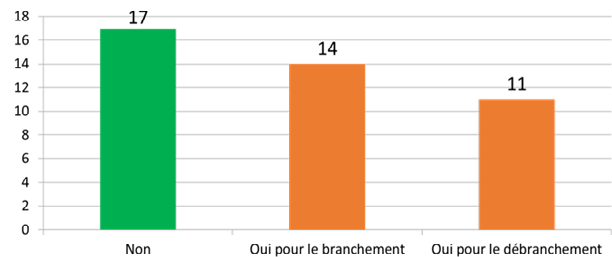
Les deux précédents résultats (3 et 4) montrent que les IDE attendent une aide qui ne vient pas dans la majorité

des cas. Plus rarement, les patient(e)s sont pointé(e)s du doigt.

La raison de l'urgence du branchement ou du débranchement a été explorée de manière plus détaillée dans les questions suivantes.

### 5 - Pensez-vous que le branchement ou le débranchement comporte une notion d'urgence?

Nombre de répondants



Oui pour le branchement pour 14 personnes

- 10 personnes citent l'urgence médicale (principalement l'OAP)
- 4 personnes citent l'organisation du service retardée comme une urgence

Oui pour le débranchement pour 10 personnes

- 6 personnes citent l'urgence médicale (2 pour coagulation du circuit, 2 pour hypotension artérielle, 1 pour agitation avec risque d'arrachement des lignes, 1 autre)
- 4 personnes signalent l'organisation du service retardée comme une urgence

Ce résultat (5) interroge sur la notion d'urgence et sa gestion qui ne sont visiblement pas les mêmes pour tous les répondants.

Pour un nombre non négligeable d'IDE, la désorganisation d'un service peut constituer une urgence mais la plupart parleront uniquement d'urgence médicale.

Dans le premier cas, nous priorisons le groupe de patient(e)s au détriment du risque infectieux d'un(e) seul(e). Dans le deuxième cas, nous priorisons l'urgence médicale au détriment du risque infectieux.

Dé/brancher seul(e) pour éviter une désorganisation pose la question de la pression sociale dans le service ; la pression des patient(e)s, des collègues, la durée de l'inter-séance,...

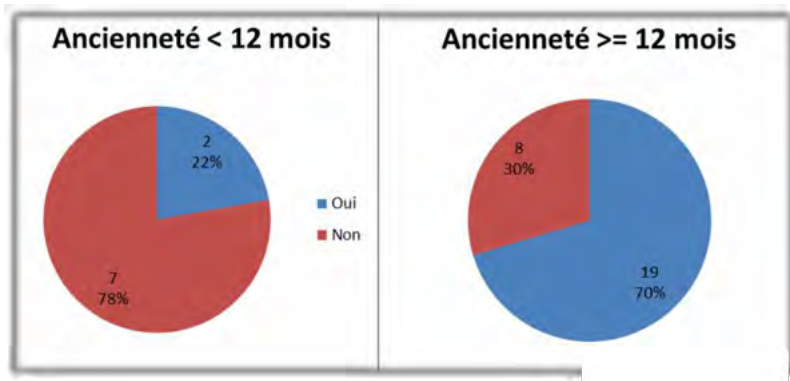
Tout ceci, pour une partie des IDE, est donc plus important que de prévenir le risque infectieux qui apparaît plus faible à leurs yeux.

## LES ABORDS VASCULAIRES

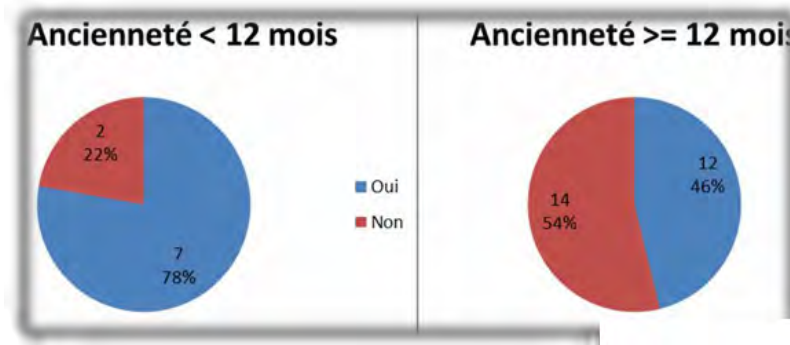
La gestion de l'urgence médicale pose aussi question. Au branchement, seuls l'OAP et l'hyperkaliémie sont de véritables urgences médicales où effectivement la rapidité est un facteur important, mais dans ce contexte particulier, comment diable l'IDE se retrouve seul(e) ? Sans aide ?

Dans le cas du débranchement, à part la menace d'arrachement du cathéter par les patient(e)s, seule la restitution doit être réalisée rapidement en cas d'urgence médicale (type hypotension, coagulation de circuit, etc.) mais pas le débranchement.

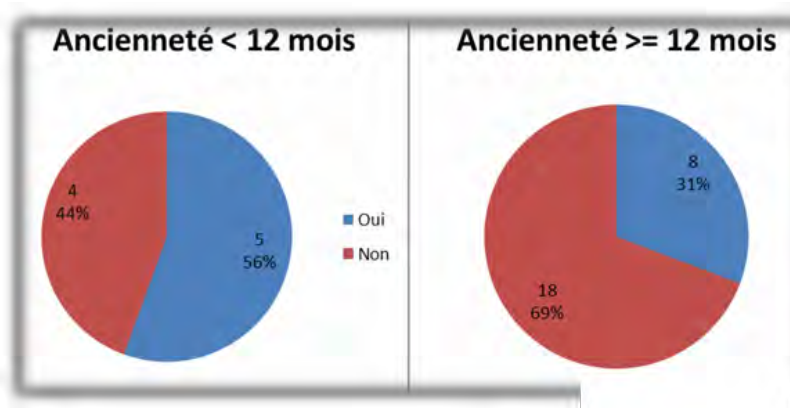
### LA PERCEPTION DU RISQUÉ



**6 - Vous arrive-t-il d'être obligé de brancher et/ou débrancher sur cathéter central sans l'aide d'un(e) autre soignant(e) ? selon l'ancienneté**  
Nombre de répondants en % en effectifs



**7 - Pensez-vous que brancher seul(e) présente un risque pour les patient(e)s ? selon l'ancienneté**  
Nombre de répondants en % en effectifs



**8 - Pensez-vous que débrancher seul(e) présente un risque pour les patient(e)s ? selon l'ancienneté**  
Nombre de répondants en % en effectifs

Les trois graphiques précédents (6, 7 et 8) sont à mettre en parallèle et montrent que :

- Les « ancien(ne)s » sont plus nombreux(ses) que les « nouveaux(elles) » à avoir pratiqué le dé/branchement en solo (graphique 6)
- Or, les « nouveaux(elles) » sont plus nombreux(ses) que les « ancien(ne)s » à penser qu'il y a un risque à brancher (graphique 7) et débrancher en solo (graphique 8).

Doit-on en conclure qu'une perception plus élevée du risque limite la pratique à risque?

## ACTION SUITE À L'ENQUÊTE ET AUX PREMIÈRES RÉFLEXIONS

Plusieurs petites réunions ont été organisées avec l'équipe médicale et l'EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène) mais la principale action menée a été de rendre publique une synthèse de ces résultats à tout le personnel en session plénière.

Cette synthèse a été présentée sur la forme d'une « chasse aux idées reçues ». L'EOH souhaitait en effet casser la rumeur du « tout le monde le fait tout le temps » car les résultats allaient largement dans l'autre sens (« 40% exprime ne l'avoir jamais fait et le reste de manière exceptionnelle ou peu fréquente »). C'était là le principal message à faire passer, les chiffres donnés par les équipes elles-mêmes le prouvant.

S'en est suivi un débat entre l'équipe et l'EOH sur la pratique du branchement et du débranchement d'un cathéter central de dialyse, sur ce qu'il faut faire ou pas en urgence, sur le risque infectieux et sur la recommandation elle-même de travailler en binôme adoptée par l'établissement.

## RETOUR SUR L'EFFICACITÉ DE L'ACTION « RÉUNION "CHASSE AUX IDÉES REÇUES" »

Une seconde enquête a été faite un an et demi après l'action. Toujours anonyme, elle a cette fois-ci été menée sans la présence des IDE de l'EOH (simple lien internet) et avec un très court questionnaire (9 questions maximum). Nous avons pensé que nous avons gagné la confiance précédemment, que tout le personnel a pu constater notre respect total de l'anonymat depuis la première enquête, et que les résultats seraient donc tout aussi sincères. Le nombre de répondants a d'ailleurs été rigoureusement identique (38).

Les résultats de ce retour post-action montrent une certaine efficacité :

- 10% d'IDE en moins sur la pratique non recommandée (soit 4 IDE de moins).
- La fréquence de recours à la pratique non recommandée a aussi légèrement diminuée (moins 2 IDE disant « souvent » et moins 1 disant « parfois »).
- Une quasi disparition de la déviance en modalité centre (de 11 IDE déclarant « en centre » ou « autant en centre qu'en UDM », nous sommes passé à 2).
- S'il n'y a pas d'évolution sur la perception du risque infectieux du branchement seul(e), en revanche, une évolution favorable de 10 à 20% de la perception du risque infectieux sur le fait de débrancher seul(e).

## CONCLUSION ET RÉFLEXIONS AU-DELÀ DES PREMIERS CONSTATS

Après avoir constaté que les IDE nouvellement arrivé(e)s en hémodialyse ont une plus forte perception du risque infectieux que les ancien(ne)s et qu'ils ou elles respectent en plus grand nombre le protocole et donc les recommandations, nous pouvons nous demander pourquoi cette différence selon l'ancienneté de pratique en hémodialyse. L'expérience de l'IDE vient se mesurer aux recommandations scientifiques nationales et il faut croire que plus elle est grande, plus la pratique de l'IDE s'éloigne de ces dernières. Un peu comme un conducteur expérimenté qui va se croire plus fort que le danger et qui prendra certaines largesses avec le code de la route, alors que le risque est le même pour tous...

Il y a aussi peut-être une question de formation. Pourquoi tant de personnes parlent de débrancher en urgence une personne dont le circuit coagule ? Seule la restitution peut sauver la situation, la déconnexion du cathéter peut attendre. De même que le branchement en urgence. Si un(e) patient(e) est réellement en urgence médicale, ne serions-nous justement pas plus efficaces et rapides à plusieurs ?

Ou alors des excuses pour valider une pratique que l'on sait non recommandée ? Beaucoup d'IDE pointent donc quelquefois le patient et souvent l'organisation :

« Oui, tu comprends, ma collègue était en retard, c'était le bazar dans le service, donc j'ai branché seule ! ».

Pressions de l'environnement de travail ? Mais aussi une certaine difficulté à se remettre en question ? Certain(e)s disent par la suite (30% des répondants dans la même enquête) qu'en y réfléchissant bien, ils ou elles auraient pu attendre quelques minutes de plus. D'autant plus que selon les résultats de l'enquête, l'impatience du patient est la cause la moins fréquente.

Quelle que soit la raison, bonne ou moins bonne, il faut bien se dire que l'IDE est responsable des actes qu'il ou elle pratique. Même en cas de pression environnementale, de désorganisation ou d'urgence (toutes choses qu'on peut d'ailleurs améliorer, prévenir, certes), devant un champ stérile ouvert sur le cathéter central d'un(e) patient(e), qui décide d'attendre ou pas un(e) collègue pour l'aider à brancher ou débrancher ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse, « HYGIENES », 2005, Volume XIII, n°2, p.102