

Évaluation

d e l a q u a l i t é d e s s o i n s

ÉVALUATION DE L'APPLICATION DES RÈGLES DE TRAVAIL AU COURS DU TRAITEMENT PAR HÉMODIALYSE CHRONIQUE

B. SALÉMÉ / M.-P. GOSSET / Ch. RIDA / Ch. TROUILLET

Travail de l'équipe soignante du service d'Hémodialyse du CHU d'Amiens.

INTRODUCTION

L'obsession sécuritaire envahit quotidiennement nos pratiques de travail en les remettant en cause alors qu'il nous semble qu'elles ont fait leurs preuves au fil du temps.

Néanmoins cette nouvelle approche laisse penser que nos règles de travail sont imparfaites, voire enfreintes et peuvent exposer le patient traité à un risque immérité.

N'ignorant pas que des incidents peuvent survenir au décours de traitements complexes mais banalisés comme une séance d'hémodialyse, nous avons voulu apprécier qu'elle pouvait être l'importance de la part humaine. Pour cela nous avons évalué la fréquence du non-respect de chacune des règles de travail imposées dans notre unité d'hémodialyse et appliquées quoti-

diennement, puis nous avons recherché lorsque ce non-respect existait, s'il était responsable d'une conséquence immédiate sur l'état clinique du patient traité.

Cette évaluation s'est effectuée au décours d'une analyse de notre méthode de travail à l'aide d'une grille d'évaluation. La finalité de cette évaluation est de modifier favorablement à court terme certaines pratiques quotidiennes critiquables, puis d'élaborer à plus long terme une checklist pré-per-post dialyse obligeant à vérifier chaque point important du traitement et garantissant le respect des règles de travail.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Après discussion préalable et acceptation de ce travail par l'équipe soignante, six

grilles d'évaluation ont été élaborées concernant les thèmes ci-dessous :

- 1) Préparation du générateur d'hémodialyse, de la circulation extracorporelle et de l'hémodialyseur (tableau 1).
- 2) L'abord vasculaire et sa ponction (tableau 2).
- 3) L'accueil du malade et le raccordement à la circulation extracorporelle (tableau 3).
- 4) Surveillance de la séance à la deuxième heure de dialyse et interventions (tableau 4).
- 5) Le débranchement (tableau 5).
- 6) Les transmissions écrites et la remise de service (tableau 6).

Au total, 146 items ont été observés. Ils concernent tous les points précis considérés par l'équipe soignante comme nécessaires au traitement dialytique et à sa surveillance.

Les conditions d'évaluation de chacun des thèmes furent les suivantes :

- Evaluation de la pratique d'une infirmière par une autre à son insu.
- Anonymat de l'évaluée et du testeur.
- Chaque infirmière devait faire deux évaluations.

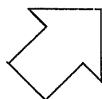
L'exploitation des résultats fut faite par un jury de 4 membres ne participant pas à l'étude et désigné par leurs collègues. Ce jury était garant de la neutralité de l'évaluation.

Chaque thème fut étudié indépendamment. Nous avons considéré qu'un pourcentage de réponses de 60 % par thème le rendait accessible à une évaluation de ses résultats. Les grilles insuffisamment remplies, nominatives, avec commentaires, ou ne respectant pas la méthodologie retenue ont été exclues. Par contre, nous avons considéré que les items sans réponse étaient équivalents à une faute ou un manquement au respect des règles de travail.

Obsession sécuritaire
homologation
accréditation



Evaluation
création d'outils
(enquêtes ...)



LA SECURITE



Analyse des
méthodes de travail



Remise en cause
des pratiques professionnelles

Introduction

Évaluation

de la qualité des soins

RÉSULTATS

– La période pendant laquelle s'est déroulée l'étude fut de février à mai 1996, soit quatre mois.

– Soixante grilles d'évaluation ont été émises. Trente six ont été remplies (60 %), dont 33 ont été exploitables (55 %).

Les résultats obtenus sont présentés dans les tableaux ci-joints où nous avons rapporté les principaux items.

Nous observons que la **préparation du générateur et de la circulation extracorporelle** (tableau n° 1) ne pose pas de problème particulier, excepté l'absence de contrôle de l'efficacité du rinçage du générateur dans 60 % des séances. On remarque que dans plus de la moitié des cas, le respect de l'utilisation des lignes sanguines stérilisées aux rayons gamma n'est pas respecté. Le rinçage des dialyseurs avec membrane en AN 69 avec 4 litres est le plus souvent raccourci à 2 litres. Enfin, on observe des zones de stag-

Tableau 1.
Préparation du générateur

Item total : 25		Items rapportés : 13	
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle rinçage stérilisant • Dialysat prescrit • Conductivité ajustée • Dialyseur prescrit • Volume du liquide de rinçage respecté (4 litres) • Inversion des connexions dialysat-dialyseur • Lignes sanguines suivant mode de stérilisation • Corps de pompe au plus près du patient • Rinçage dialyseur veine en haut • Débit liquide de rinçage (150 ml/min) • Ultrafiltration 1,5 l/heure (plaques) • Absence d'air dans la CEC après rinçage • Niveaux faits 			
25 items étudiés, 5 non adéquats	Adéquat	Non adéquat	
Contrôle rinçage stérilisant	40 %	60 %	
Volume du liquide de rinçage respecté (4 litres)	20 %	80 %	
Lignes sanguines suivant mode de stérilisation	43 %	57 %	
Ultrafiltration 1,5 l/heure (plaques)	80 %	20 %	
Absence d'air dans la CEC après rinçage	55 %	45 %	

nation de l'air après rinçage dans 45 % des cas (corps de pompe, coussinet artériel, cabochon des dialyseurs).

L'abord vasculaire et sa ponction (tableau n° 2) montrent que la ponction peut se faire dans 17 % des cas sans palpation préalable et le plus souvent sans auscultation (69 %).

La désinfection locale est jugée insuffisante dans 18 % des cas. La ponction ne se fait pas toujours aux meilleurs endroits de la veine artérialisée. Enfin, les aiguilles ne sont pratiquement jamais rincées mais purgées sur une compresse.

L'accueil du malade et le raccordement à la C.E.C. (tableau n° 3) montre que la prise du pouls lors de la mesure tensionnelle fait quasiment défaut à

Tableau 11.
L'abord vasculaire et sa ponction

Item total : 14		Items rapportés : 12	
<ul style="list-style-type: none"> • Examen clinique : palpation auscultation • Désinfection • Respect des aiguilles (calibre - type) • Ponction adaptée aux conditions locales • Fixation conforme des aiguilles • Fixation conforme des lignes • Absence de saignement aux points de ponction • Rinçage conforme des aiguilles (seringue + sérum salé) • Cathéter central : deux personnes respect du protocole de branchement boucle de sécurité des lignes sanguines 			
14 items étudiés, 7 non adéquats	Adéquat	Non adéquat	
Examen clinique :			
palpation	83 %	17 %	
auscultation	31 %	69 %	
Désinfection	82 %	18 %	
Ponction adaptée			
aux conditions locales	75 %	25 %	
Fixation conforme des aiguilles	80 %	20 %	
Absence de saignements			
aux points de ponction	88 %	12 %	
Rinçage conforme des aiguilles (seringue + sérum salé)	10 %	90 %	

Tableau III.
Accueil du malade et raccordement à la CEC

Item total : 31		Items rapportés : 16	
<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de la pesée • Prise de la tension artérielle avec stéthoscope (C-D) • Prise de pouls • Habillage stérile • Nombre de personnes : 1 seule IDE 2 personnes • Après ponction : bilans sanguins prescrits effectués • Dextro • Débit amorçage respecté • Injection héparine • Ajustements : débit sang : 300 ml/min débit ultrafiltration (tjs sup. pendant 1^{ère} heure) alarmes (pression veineuse, conductivité, PTM) • Retournement du dialyseur 			
31 items étudiés, 6 non adéquats	Adéquat	Non adéquat	
Prise de pouls	44 %	56 %	
Nombre de personnes :			
1 seule IDE	-	66 %	
2 personnes	33 %	-	
Bilans sanguins prescrits effectués	72 %	28 %	
Ajustements : débit sang	76 %	24 %	
débit ultrafiltration	49 %	51 %	
alarmes : PTM	73 %	27 %	

chaque fois. Le branchement est effectué par une infirmière seule dans 2/3 des cas. Les bilans prescrits sont oubliés dans 28 % des cas. Le réglage des paramètres montre que le débit d'UF/horaire est très fréquemment augmenté pendant la première heure de dialyse une fois sur deux. Dans un quart des séances, le débit sanguin est inférieur à 300 ml/min et l'alarme des PTM n'est pas ajustée.

La surveillance de la séance et les interventions (tableau n° 4) montrent que l'injection d'héparine à la seconde heure peut être omise dans 9 % des séances, que le contrôle de la pression veineuse peut ne pas être pris en compte dans un quart des séances. Le recueil de toutes ces données sur le cahier de dialyse peut être insuffisant, essentiellement quand on remplit le patient.

Évaluation

de la qualité des soins

Tableau IV.
Surveillance de la séance et interventions

Item total : 23 Items rapportés : 10		
<ul style="list-style-type: none"> • Présence du personnel • Injection de l'héparine à T2h • Mesure de la pression artérielle • Contrôle du débit sanguin • Contrôle de la perte de poids • Contrôle de la pression veineuse • Collants décollés reposés • Injections pendant la séance • Recueil des données : remplissage vasculaire chute tension artérielle 		
23 items étudiés, 5 non adéquats	Adéquat	Non adéquat
Injection de l'héparine à T2h	91 %	9 %
Contrôle de la pression veineuse	75 %	25 %
Collants décollés reposés	75 %	25 %
Recueil des données :	52 %	48 %
remplissage vasculaire	52 %	48 %
chute pression artérielle	84 %	16 %

Lors du **débranchement** (tableau n° 5), celui-ci est effectué dans 45 % des cas par une seule infirmière. L'arrêt de l'UF est oublié dans 78 % des séances et dans 6 % la fin de la restitution se fait à l'air !!! La prise du pouls fait toujours partiellement défaut. Le recueil des données est insuffisant concernant la qualité de restitution et la mesure du temps du compression aux points de ponction pour obtenir l'hémostase.

Les transmissions écrites et la remise de service (tableau n° 6) montrent que dans un quart des séances, quelques infirmières n'y assistent pas. Les transmissions écrites font défaut dans 60 % des cas et il n'y a pas de recherche d'information concernant la préparation des examens dans 79 % des cas.

La recherche des conséquences cliniques du non-respect des règles de travail chez les dialysés (tableau n° 7) montre que 4 types d'incidents n'ont pu être identifiés (chute de la tension artérielle, crampes, arythmies, frissons).

Le jury a considéré que seules les chutes de tension artérielle dans 2/3 des cas

Tableau V.
Le débranchement

Item total : 21 Items rapportés : 18		
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes • Port de gants • Arrêt UF • Alarmes sonores interrompues • Restitution suivant prescription (salé + glucosé) • Débit restitution • Aiguilles jetées, dès le retrait, dans le container spécifique • Nettoyage • Pansement • Prise de tension artérielle avec stéthoscope • Prise de pouls • Contrôle de la pesée • Recueil des données : Tension artérielle, poids de sortie perte de poids, qualité de restitution temps de compression (> 5 min) 		
21 items étudiés, 7 non adéquats	Adéquat	Non adéquat
Nombre de personnes	59 % (2)	41 % (1)
Arrêt UF	28 %	78 %
Restitution suivant prescription	86 %	14 % (6 % à l'air)
Aiguilles jetées, dès le retrait, dans le container spécifique	60 %	40 %
Prise du pouls	50 %	50 %
Recueil des données :		
qualité de restitution	66 %	33 %
temps de compression (> 5 min)	33 %	66 %

pourraient être imputables à une UF excessive imposée en début de séance, alors que les autres incidents ne pourraient être rapportés objectivement à un non-respect des prescriptions. Il est intéressant d'ob-

Tableau VI.
Transmissions écrites et remise de service

Item total : 30 Items rapportés : 3		
	Adéquat	Non adéquat
Participant à la remise de service	75 %	25 %
Transmissions écrites	41 %	59 %
Prennent connaissance des examens programmés	21 %	79 %

server qu'il n'y a pas eu de coagulation en masse de la C.E.C. malgré l'absence de réinjection d'héparine dans deux séances, ni de réaction d'hypersensibilité malgré le rinçage écourté à 2 litres des membranes en AN69, et le non-respect de la stérilisation des lignes sanguines.

Discussion

Ce travail avait pour but d'observer les pratiques de chacun dans son travail quotidien afin de mettre en évidence des omissions, un non-respect ou une déviation aux règles de travail existant dans le service.

La première remarque concerne l'absence de participation à l'étude dans 40 % des cas. Il me semble que certaines infirmières aient craint certaines conséquences déplaisantes à leur égard et envers leurs collègues observées. Cette remarque s'adresse aussi à l'absence de réponse à certains items dont on suppose qu'ils ont été enfreints pour des raisons évidentes de temps ou de quasi-non-conséquence envers le malade. Il ressort que cette étude ne peut être faite objectivement que par des observateurs indépendants, n'appartenant pas à l'équipe.

Les déviations aux règles de travail sont parfois surprenantes et trouvent souvent une explication. En effet, lors de la préparation du générateur, le contrôle de l'efficacité du rinçage n'est pas toujours fait car les infirmières savent bien que le test à l'iode de potassium est toujours négatif et peu sensible. L'utilisation de 4 litres de liquide de rinçage avec les mem-

Tableau VII.
Incidences cliniques du non-respect des règles de travail

Incident observé	% séances étudiées	Imputable	Non imputable
Chute TA	91 %	66 %	33 %
Crampes	6 %	0	100 %
Arythmie	3 %	0	100 %
Frissons	9 %	0	100 %
<i>Pour mémoire : pas de coagulation en masse, pas de réaction d'hypersensibilité au branchement.</i>			

Évaluation

de la qualité des soins

branes en AN 69 est discutable vu que cela allonge le temps de rinçage sans éviter les réactions au branchement, dont l'étiologie n'est pas liée au volume du liquide de rinçage. L'explication est semblable pour le respect du mode de stérilisation des lignes sanguines, car nous n'avons jamais observé de réaction particulière chez les sujets porteurs d'anticorps anti-E.T.O. dialysés avec des lignes stérilisées à l'E.T.O. Plus gênant est l'oubli de mettre une UF suffisante lors du rinçage des plaques, et de laisser de l'air dans la C.E.C.

La ponction de l'abord vasculaire peut se faire sans s'être assuré par la palpation couplée à l'auscultation de son bon fonctionnement. En réalité, le fait de mettre la main sur l'abord vasculaire suffit à s'assurer de la présence du thrill, ce qui est fait juste avant la ponction. Une désinfection insuffisante a été observée sans aucune infection d'abord vasculaire. La ponction ne semble pas toujours se faire au meilleur endroit de l'abord vasculaire simplement parce qu'il se fait toujours au même endroit, ce qui peut être critiquable. Le rinçage des aiguilles n'est jamais obtenu, tout simplement parce que le raccordement des lignes est assez rapide mais sur ce point, il ne faut pas transiger et exiger le rinçage au sérum physiologique. Les problèmes rencontrés lors de l'accueil du malade et son raccordement à la C.E.C. s'expliquent aisément par le fait que le plus souvent une infirmière raccorde seule le patient dans un climat de « bon malade ». Par contre, la programmation d'une UF supérieure à celle calculée lors de la première heure repose sur une crainte que le malade ne perde pas suffisamment son poids pendant la séance, ce qui est critiquable.

La surveillance de la séance et les interventions particulières montrent que l'héparine peut être oubliée et le recueil des données négligé. L'oubli de l'héparine est inadmissible et ne s'explique pas toujours, hormis les cas où l'infirmière est sollicitée pour d'autres interventions au moment de l'injection. Cette raison ex-

plique le plus souvent l'oubli du recueil des données, ce qui nécessite la mise en place d'un système de contrôle.

Lors du débranchement, l'ambiance « movimentée » d'entrée et de sortie des malades, de la présence d'une seule infirmière explique les omissions connues lors du débranchement. Par contre, il n'y a pas d'explication à la restitution à l'air observée dans 6 % des cas qui traduit de vieilles habitudes condamnées mais encore parfois pratiquées pour restituer quelques cm³ de sang. Il semble qu'en hémodialyse quelques infirmières ne sont pas intéressées par la remise de service et que les transmissions émises sont difficiles à obtenir. L'explication viendrait du fait que dans chaque salle d'hémodialyse, il existe une infirmière responsable qui prend en charge le suivi, la programmation des examens et la gestion du bon fonctionnement de son unité. Cette autorité semble démotiver une partie de l'équipe soignante qui se limite à la pratique des gestes techniques.

Enfin, il est très intéressant d'observer que malgré les déviations et les omissions aux bonnes règles de travail les conséquences cliniques pour les patients traités restent mineures et peu fréquentes et nous confortent dans notre impression de bon fonctionnement du service.

Au total, de ce travail il nous apparaît que le manquement aux bonnes pratiques quotidiennes peut donner une explication dans :

- 1) une charge de travail plus importante certains jours en raison :
 - du vieillissement de la population traitée,
 - de la complexité croissante et multiplicité des techniques de dialyse utilisées,
 - du stress événementiel,
 - de l'absentéisme imprévisible du personnel.
- 2) Une implication personnelle variable suivant chaque acteur de l'équipe soignante.
- 3) Une banalisation de la prise en charge d'une séance d'hémodialyse en raison de son caractère routinier et répétitif, qui n'est pas toujours dépassé.

4) Une déviation à certaines règles lorsqu'elles ne semblent pas importantes et préjudiciables.

Par contre, nous retenons de nombreux facteurs positifs, à savoir :

- l'actualisation des protocoles existant et leur élargissement,
- évolution des supports de surveillance et de soins vers une check-list « étape par étape » encadrant la séance,
- implication individuelle plus large de chaque acteur dans le fonctionnement du service,
- évaluation plus fréquente des bonnes pratiques cliniques.

CONCLUSION

■ Le manquement aux bonnes pratiques quotidiennes :

- est observé avec une incidence relativement faible devant le nombre d'actes et de paramètres à respecter,
- ne semble pas avoir une incidence clinique majeure sur le patient traité,

■ peut trouver une explication dans :

- la charge de travail plus importante,
- l'implication personnelle variable suivant chaque auteur de l'équipe soignante,
- la banalisation de la prise en charge d'une séance d'hémodialyse en raison du caractère routinier et répétitif, qui n'est pas toujours dépassé,
- la déviation à certaines règles lorsqu'elles ne semblent pas importantes et préjudiciables.

■ Pour éviter ces manquements, nous proposons :

- une actualisation des protocoles existants et leur élargissement,
- une évolution des supports de surveillance et de soins vers une check-list « étape par étape » encadrant la séance,
- une implication individuelle plus large de chaque acteur dans le fonctionnement du service,
- une évaluation plus fréquente des bonnes pratiques cliniques.