

# Enquête nationale PHYDEL Pratiques d'Hygiène Déclarées en Hémodialyse

Journée du CPIAS Occitanie : Prévention du risque infectieux et de l'antibiorésistance en dialyse

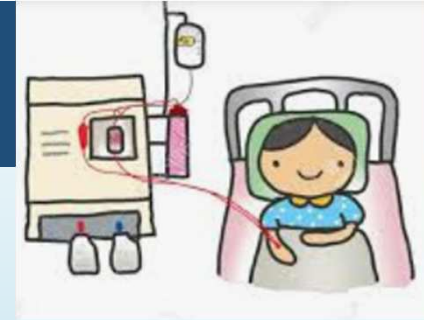
Mercredi 28 septembre 2022



Dr Hélène MARINI  
Département de Prévention des Infections Associées aux Soins DPIAS  
CHU de Rouen



# Contexte : pourquoi cette enquête PHYDEL?



- Hémodialyse = activité de soin à haut risque infectieux...
- Dernières recommandations de la SF2H en hémodialyse : 2005
- Depuis, le contexte en matière de prévention du risque infectieux (PRI) a sensiblement évolué
  - modification des recommandations pour les précautions standard et complémentaires (2009, 2017)
  - antisepsie cutanée avant geste invasif (2016),
  - gestion des BHRé (2013, 2020)
  - Mise à disposition progressive de nouveaux matériels, techniques, produits pour l'entretien des locaux...
- → Evolution probable des pratiques d'hygiène dans les unités d'hémodialyse (UD) en France
- Constitution d'un groupe de travail SF2H pour la réactualisation des recommandations sur la PRI en hémodialyse
- En 2017, visite de risque infectieux du GREPHH croisée au sein de notre réseau d'hygiène CoCLINNOR (5 UD)
  - Groupe de travail PRI en dialyse
  - Questions irrésolues (antisepsie, prise en charge des patients porteurs de BHRé, bionettoyage...)
- Dans notre service : ARC responsable du recueil de données pour le registre REIN pour la Haute-Normandie

# Objectif

- PHYDEL Pratiques d'Hygiène Déclarées en Hémodialyse : état des lieux
  - Réaliser un **état des lieux** de l'organisation et des pratiques d'hygiène en hémodialyse
  - Identifier les **points forts** et les **axes d'amélioration** → prévention du risque infectieux en hémodialyse

# Matériel et méthodes (1)

De mars  
2019  
à  
Décembre  
2019

1) Constitution de la base de données des unités de dialyse (UD) en France sur la base de REIN  
1189 unités\*



2) Tirage au sort de 200 UD



3) Contact téléphonique  
→ 103 UD ont accepté de répondre

4) Elaboration d'un questionnaire sur les pratiques de prévention du risque infectieux



5) Test du questionnaire auprès des UD du réseau d'hygiène CoCLINNOR participant au groupe de travail « visite de risque en hémodialyse »



6) Envoi du questionnaire aux 103 UD



7) Réponse au questionnaire des 103 UD

8) RDV téléphonique des 103 UD avec IDE hygiéniste



\* À l'exclusion des unités de pédiatrie, réanimation, dialyse péritonéale exclusive

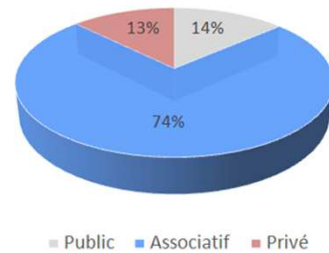
# Matériel et méthodes (2)

- Questionnaire :
  - Etabli sur les bases surtout de la visite de risque infectieux en HD du GREPHH et de la littérature
  - Nombreuses thématiques sur la prévention du RI en hémodialyse
    - Organisation des soins
    - Formation du personnel
    - Démarches de gestion des risques
    - Information et éducation des patients
    - Hygiène des mains  
(Politique vaccinale)
    - Gestion du risque de transmission croisée
    - BHRe
    - Abords vasculaire
    - Prévention des accidents d'exposition au sang
    - Bionettoyage  
(Politique ATBie)
- Envoi pour remplissage papier par l'UD
- Puis entretien téléphonique avec IDE hygiéniste à réception du questionnaire rempli par l'UD

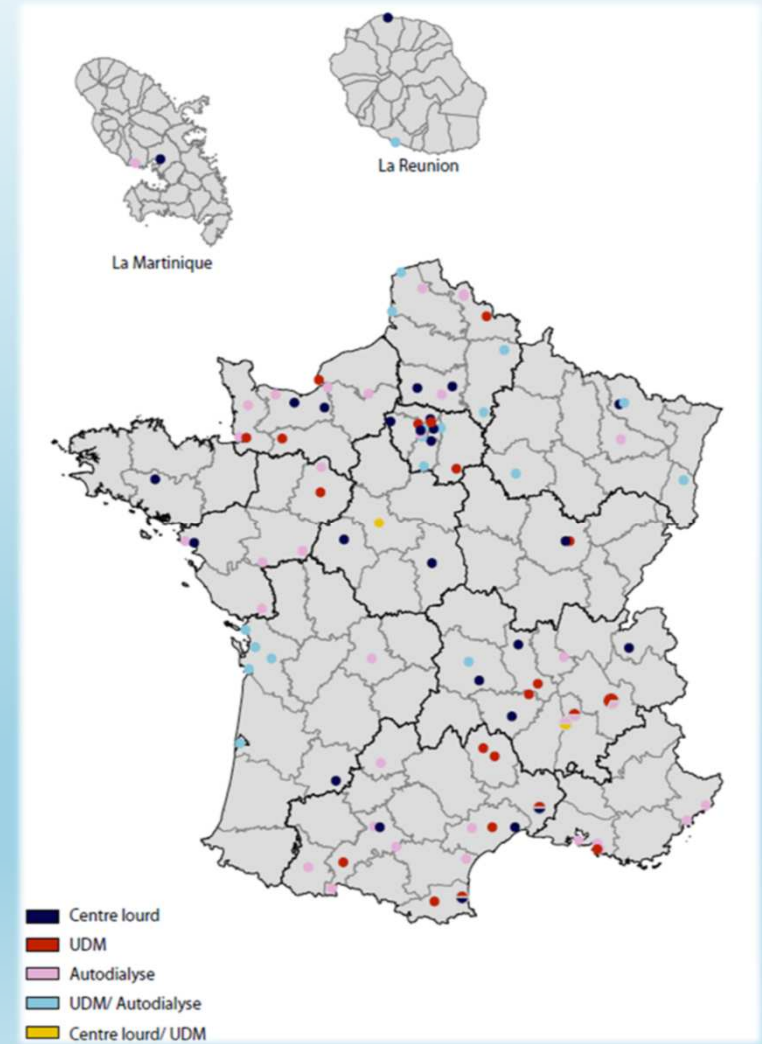
# Résultats

- 103 unités d'hémodialyse (UD) ont répondu au questionnaire,
  - soit un taux de réponse de 51% des UD tirées au sort
  - soit 12% IC95% [7,2-10,4] des UD françaises

**Figure 2 :** Statut juridique des 103 UD participantes, période de mars à décembre 2019, enquête PHYDEL



Fonction des répondants



# Résultats : organisation des soins

Ratio personnel/patient recommandé respecté:

- En CL : **100%** [92;100]
- En UDM : **98%** [89;100]
- En UAD : **91%** [81;96]

Effectif quotidien personnel minimum défini: **91%** IC95% [84;95]

Si oui, travail parfois en dessous de cet effectif minimum : **30%** [22;40]

Existence **fiche de poste** intégrant les pratiques en lien avec la prévention du risque infectieux:

- Pour les IDE : **88%** [81;93]
- Pour les AS : **54%** [45;64]
- Pour les ASH : **95%** [88;98]

**97%** [67,9-84,2] des UD interrogées bénéficiaient d'une **Equipe Opérationnelle d'Hygiène**



## Difficultés rapportées

Equilibrer les séances des patients en fonction de la charge de travail

Faire concorder les soins et les souhaits des patients

Maintien du travail en binôme lors des branchements de CVC du au flux important de patients

Charge en soins de plus en plus lourde (patients vieillissants, pathologies lourdes associées, manque d'autonomie des patients)

# Résultats : formation des professionnels



## Formation **spécifique** aux risques infectieux en hémodialyse:

- Pour les paramédicaux : **90%** [83;95]
- Pour les médicaux : **33%** [25;43]

## Formation **générale** en hygiène des **médicaux**:

- Hygiène des mains : **29%** [21;39]
- Précautions standards et précautions complémentaires : **29%** [21;39]

## Formation **générale** en hygiène des **paramédicaux**:

- Hygiène des mains : **97%** [92;99]
- Précautions standards et précautions complémentaires : **92%** [85;96]
- Entretien des locaux : **75%** [66;82]

## Existence d'une **évaluation des connaissances en hygiène**:

- Pour les paramédicaux : **92%** [85;96]
- Pour les médicaux : **15%** [9;23]

## Difficultés rapportées

Résistance aux changements

Eclatement géographique des unités de dialyse

Manque de **temps** pour former les professionnels



# Résultats : gestion des risques

Existence d'un système de signalement des Evènements

Indésirables Associés aux Soins (EIAS) : **100%** des UD

Déclaration des EIAS infectieux : **83%** [74;89]

Réalisation d'analyses des causes profondes sur les problématiques

liées à l'hémodialyse: **89%** [82;94]

Si oui, réalisation de:

- Comité de Retour d'Expérience (CREX) : **50%** [40;60]
- Revue de Morbi Mortalité (RMM) : **65%** [55;74]
- Analyse des scénarios : **13%** [8;21]

Visite de risque infectieux en hémodialyse proposée par le GREPHH

(Groupe d'Evaluation des pratiques en Hygiène Hospitalière)

réalisée dans l'UD: **45%** [35;54]



## Difficultés rapportées

Manque de **participation** aux démarches d'analyse de risque

Manque de disponibilité des professionnels

Obtenir des déclarations **exhaustives**

# Résultats : information et éducation des patients



## Difficultés rapportées

Existence d'une **documentation** à destination du patient :

- Sur l'hygiène corporelle : **71%** [61;79]
- Sur les précautions à prendre par rapport à la CVC ou à la FAV : **97%** [92;99]
- Sur la tenue lors des séances de dialyse : **69%** [59;77]

Respect des consignes d'habillement par les patients dialysés : **Toujours ou souvent 59%** [50;68]

**Participation des patients** à la réflexion sur les documents les concernant : **31%** [23;41]

Existence de **protocoles** ou d'**affiches** :

- Sur l'hygiène du bras pour les patients porteurs de FAV : **97%** [92;99]
- Sur l'affichage spécifique concernant le lavage de la fistule : **88%** [81;93]
- Sur l'affichage expliquant la tenue vestimentaire du patient pendant sa séance : **10%** [5;17]

Disparité des centres de formation/centre de formation externe à l'établissement

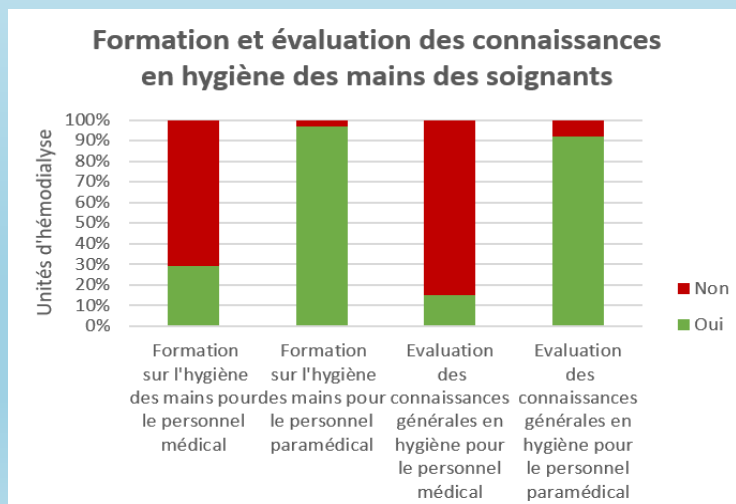
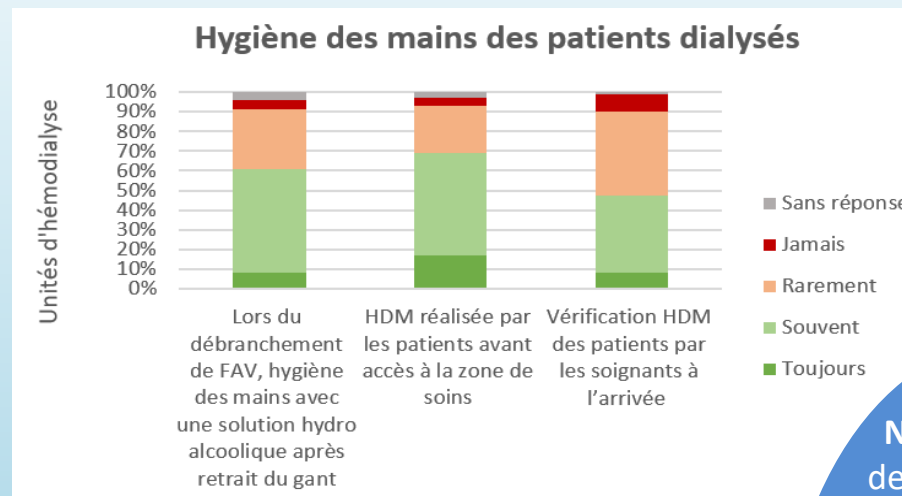
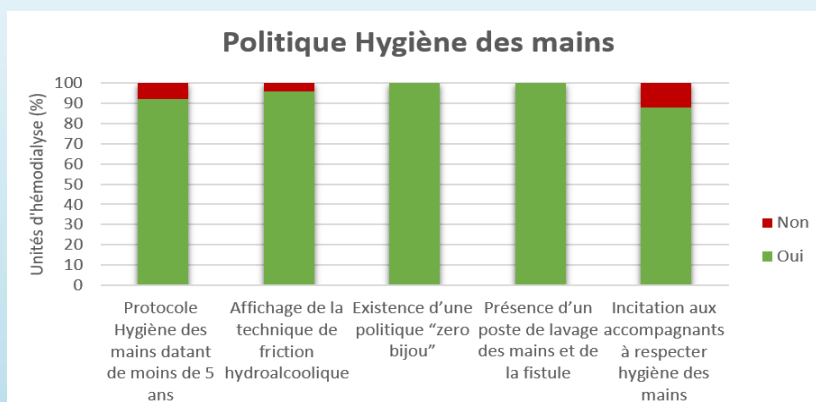
Barrière de la langue

Troubles cognitifs

Anciens patients moins compliants que les nouveaux : **habitudes** des patients difficiles à faire évoluer

**Répétition des messages** qui les rendent **moins efficaces**, difficulté à **trouver le bon mode de communication et se renouveler**

# Résultats : hygiène des mains



## Difficultés rapportées

- Port de **alliance** par certains soignants
- Idées reçues sur la toxicité/problème de tolérance des SHA
- Mauvaise observance de l'hygiène des mains par les **patients dialysés**
- Préférence des soignants pour le lavage des mains au **savon**
- Non-conformité** de la technique de friction hydro alcoolique :
  - Non-respect des 7 étapes
  - Volume trop faible
  - Temps friction trop court
  - Temps de séchage trop court

# Résultats : gestion du risque de transmission croisée

Protocole précautions Complémentaires (C. difficile, BMR-BHRe, grippe...) de moins de 5 ans: **97%** [92 ; 99]

Protocole de gestion des excréta de moins de 5 ans: **71%** [61 ; 79]

Existence d'une politique de dépistage des BMR : **78%** [69 ; 85]

Mise à disposition des patients de :

Casier individuel : **57%** [48 ; 66]

Couverture individuelle : **59%** [50 ; 68]

Concernant la **gestion des excréta** en cours de séance :

Lave-bassin : **27%** [20 ; 36] Sacs bassin : **77%** [68 ; 84]

Broyeur : **1%** [0.2 ; 5] Vidoir : **15%** [9 ; 23]

**Pansements septiques** réalisés en dehors des séances : **73%** [63 ; 81]

Concernant **l'organisation des séances** :

Distance réglementaire entre les lits (min 1,50m) respectée : **88%** [81 ; 93]

En dehors de l'UAD, box d'isolement par tranche de 6 postes : **89%** [81 ; 94]

En cas de patients VHC+ ou VHB+ ou VIH+, utilisation d'un générateur dédié à ce patient : **24%** [17 ; 33]

Décolonisation des patients porteurs de Staphylococcus aureus : **19%** [13 ; 28]

Dossier « vacances patient » institué dans l'unité : **85%** [77 ; 91]



## Difficultés rapportées

Refus pour certains patients de se faire prélever

Difficultés à récupérer les bilans biologiques à l'accueil des vacanciers

Difficultés à faire respecter les précautions complémentaires contact par les équipes

Méconnaissance du personnel sur le risque infectieux et germes

# Résultats : vacances, BHRé



## Difficultés rapportées

Concernant la mise en place d'un **système de repérage** des patients à risque de **portage** de BHRé :

Repérage des patients à risque de portage de BHRé : **37%** [28 ; 47]

Repérage informatisé des patients porteurs de BHRé : **41%** [32 ; 50]

Repérage informatisé des patients contacts de BHRé : **32%** [24 ; 42]

Concernant la **prise en charge** d'un **patient BHRé**:

Avez-vous déjà pris en charge des patients BHRé : **61%** [52 ; 10]

Dépistage digestif régulier chez les patients porteurs de BHRé : **50%** [41 ; 60]

Mise en place d'un personnel dédié : **30%** [21 ; 10]

Mise en place d'une marche en avant : **64%** [53 ; 74]

Fréquence de dépistage des contacts :

Hebdomadaire : **35%** [26 ; 45]

Mensuel : **15%** [9 ; 23]

Autre : **26%** [19 ; 35]

Concernant les **retours de vacances** :

Dépistage systématique au retour de vacances : **41%** [32 ; 50]

Précautions Complémentaires Contacts (PCC) systématique au retour de vacances : **33%** [24 ; 42]

Concernant l'**accueil** de patient en **vacances** dans l'unité :

Dépistage systématique (patient provenant d'une unité de dialyse extérieure) : **26%** [18 ; 35]

Dépistage en fonction du centre de l'unité de provenance du patient **47%** [38 ; 57]

Dépistage demandé avant l'arrivée du patient dans l'unité : **51%** [37 ; 65]

Dépistage réalisé à l'arrivée du patient dans l'unité : **40%** [28 ; 5]

Mise en PCC systématique : **6%** [3 ; 12]

Manque d'information ou **information tardive** sur le statut BHRé des patients

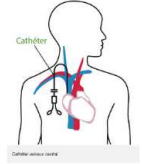
Manque de **chambre seule/box** pour isoler les patients porteurs de BHRé

Absence de connaissances sur la gestion des patients BHRé

Absence de **politique** claire pour la prise en charge des BHRé en hémodialyse

Absence de **procédure** pour la prise en charge des BHRé

# Résultats : abords vasculaires (1)



## CVC (sur 70 UD avec CVC)

Masque toujours porté par le patient pendant la connexion et les phases de restitution : **90%** [87.1-98.9]

Détersion toujours réalisée : **94%** [91.1-99.99]

Rinçage après détersion : **82%** [75.1-94.3]

Antiseptique utilisé pour les soins du point de ponction :

Antiseptique alcoolique : **76%** [67.9-88.1]

17 chlorexidine alcoolique à 2%, 38 chlorexidine à 0,5%, 3 PVPI , 1 autre

Biseptine® : **24%** [13.1-33.6]

Séchage de l'antiseptique toujours respecté : **53%** [39.3-65.5]

Utilisation systématique d'un champ stérile : **96%** [88.1-99.6]

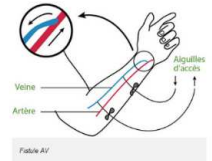
Manipulation systématique des lignes avec antiseptique alcoolique et compresses stériles : **65%** [31.3-50.9]

Hygiène des mains et changement de gants systématiquement réalisés entre la préparation cutanée et le branchement de cathéter :

**97%** [88.6-99.4]

Branchement du CVC en binôme : **62%** [54.3-74.8]

# Résultats : abords vasculaires (2)



## FAV

Lavage systématique du bras du patient avant antiseptie : **87%** [79-93]

### Détersion:

Systematiquement réalisée : **37%** [28-47]

Réalisée s'il n'y a pas eu de lavage par le patient : **41%** [31-51]

Réalisée uniquement si la peau est visiblement souillée : **19%** [14-31]

Rinçage après détersion : **82%** [75-94]

**Antiseptique** utilisé pour les soins du point de ponction :

Antiseptique alcoolique : **71%** [68-85]

65 chlorexidine à 0,5%, 12 chlorexidine alcoolique à 2%, 4 PVPI

Biseptine® : **25%** [18-36]

**Séchage de l'antiseptique** toujours respecté : **49%** [45-66]

Utilisation systématique d'un champ stérile : **91%** [84-96]

Gants systématiquement portés pour la ponction de FAV : **99%** [94-100]

Utilisation de la technique du **buttonhole** pour la ponction de FAV: **38%** [34-55]

Dans ce cas, procédure à disposition de connexion par la technique de buttonhole: **69%** [55-80]

# Résultats : abords vasculaires (3)

## Difficultés rapportées (CVC et FAV)

Difficulté de la compression des FAV de **patients dépendants**

Gestion de l'**intolérance** aux antiseptiques/irritations cutanées

Manque d'**observance** des protocoles par les professionnels

Hygiène du patient

Gestion des **dysfonctionnements** de cathéter

Risque thrombotique

Manque d'expertise concernant la technique du **buttonhole**



# Résultats : prévention des AES



Pratiques déclarées de port des EPI au cours des branchements/débranchements de CVC (dans les 70 UD ayant des patients avec CVC)

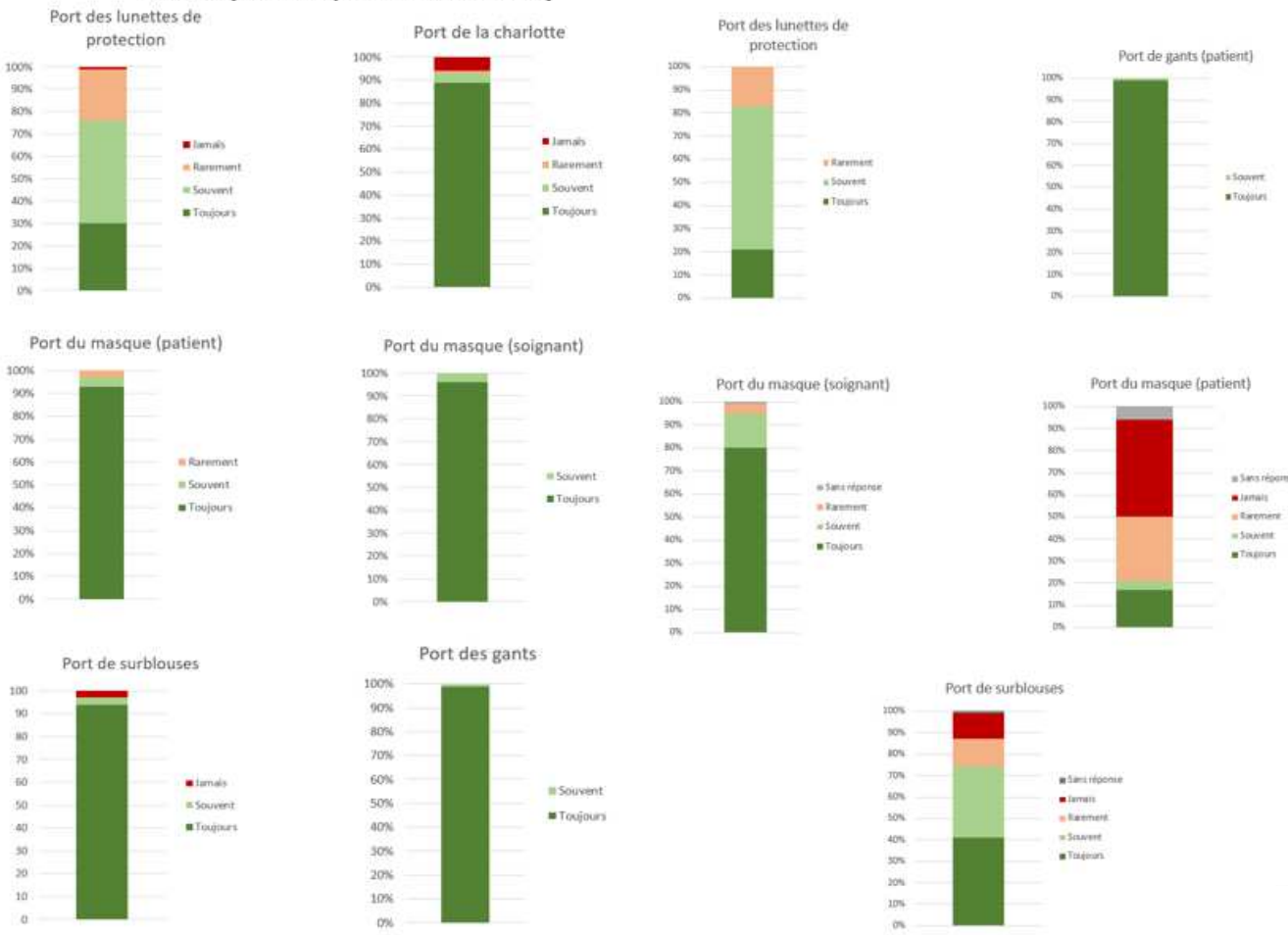
Pratiques déclarées de port des EPI au cours des branchements/débranchements de FAV

## Difficultés rapportées

Absence d'utilisation du système de sécurité des DM

Absence d'élimination immédiate des aiguilles dans les collecteurs OPCT

Défaut d'observance du port de lunettes de protection



# Résultats : bionettoyage (1)

Protocole de bionettoyage pour la partie **externe** des générateurs de dialyse : **96%** [90 ; 98]

Protocole de désinfection **interne** des générateurs de dialyse : **88%** [81 ; 93]

Outil de traçabilité pour la désinfection **externe** des générateurs : **70%** [60 ; 78]

Outil de traçabilité pour la désinfection **interne** des générateurs de dialyse : **95%** [89 ; 98]

Protocole de bionettoyage **entre deux séances** du **poste de dialyse** (surfaces et sols) : **96%** [90 ; 98]

Protocole de bionettoyage pour les **locaux hors poste de dialyse** : **96%** [90 ; 98]

Outil de traçabilité du bionettoyage des différents locaux : **83%** [75 ; 89]

Protocole d'entretien des matériels partagés incluant les modalités de nettoyage/désinfection des différents systèmes de pesée : **73%** [64 ; 80]

Evaluation du bionettoyage : **91%** [84 ; 95]

Par audit : **83%** [74 ; 89]

Par autoquestionnaire : **22%** [15 ; 32]

Par prélèvements microbiologiques : **39%** [30 ; 49]

Par évaluation visuelle : **75%** [66 ; 83]

L'**entretien entre 2 séances** concerne :

L'écran du générateur : **99%** [95 ; 100]

Les sols : **75%** [66 ; 82]

Les télécommandes : **90%** [83 ; 95]

Les systèmes de pesée : **65%** [55 ; 74]

D'autres surfaces (lit, environnement proche...) : **100%** [96 ; 100]

Est réalisé par :

Une IDE : **64%** [54 ; 73] Une AS : **42%** [33 ; 51]

Une ASH : **50%** [40 ; 59] Autre : **20%** [14 ; 29]

Est **difficile à réaliser** : **55%** [46 ; 65]

Manque de temps : **50%** [41 ; 60]

Manque de personnel : **17%** [11 ; 26]

A propos de l'**entretien des sols**

**Fréquence** :

Quotidienne : **51%** [42 ; 61]

Entre chaque séance : **72%** [63 ; 80]

En cas de souillures visibles : **52%** [43 ; 62]

**Produit utilisé** :

Détergent et désinfectant : **71%** [61 ; 79]

Détergent simple : **22%** [15 ; 31]

Eau et microfibre : **6%** [3 ; 12]



# Résultats : bionettoyage (2)



## Difficultés rapportées

Turn-over des **agents prestataires** et manque de formation

Faire respecter un **temps d'inter-séance** assez long pour effectuer un bionettoyage correct

Chevauchement des séances (**flux tendu** de patients)

Absence de bionettoyage de l'environnement proche du patient

Rupture de stock matériel et produits

# Conclusion

- Analyse complète des pratiques déclarées en hémodialyse en France

## Les + de l'enquête :

- Enquête nationale
- Large échantillon
- Discussion avec IDE hygiéniste
- Nombreuses thématiques couvertes

## Les – de l'enquête :

- Taux de réponse
- Pratiques déclarées
- Commentaires libres
- Questionnaire long
- Répondants communs à plusieurs UD

- Certaines pratiques sont très conformes (politique hygiène des mains)
- D'autres posent des difficultés, et notamment celles qui ne figurent pas dans les recommandations (buttonhole...)
- Certaines difficultés sont très spécifiques à la dialyse, en lien avec la chronicité du patient, abords vasculaires
- D'autres sont au contraire rencontrées dans beaucoup d'autres spécialités (HDM, formation des médicaux en PRI)
- Des axes d'amélioration se dessinent
- A l'avenir
  - Diffusion (ENFIN) des résultats de PHYDEL aux UD participantes
  - Covid ?
  - Réactualisation des recommandations sur la PRI en hémodialyse ? Très attendues...

*Merci de votre attention !*

## Remerciements

À toutes les UD ayant participé à l'enquête PHYDEL

À Véronique BELLET, enquêtrice de PHYDEL

À tous les membres du COPIL PHYDEL :

BELLET V., WURTZ B., COUCHOUD C., LOTTIN M., LEGRIX M., SCHAPMAN L.,  
GUET L., BOULET L., VERGNES H., LEBARON C., CONSIGLIO M., VERMEULIN T.,  
GEHANNO JF., BAGHDADI N., EDET S., LEROY F., **MERLE V.**

À Amélie COUSSIROU, interne, pour l'analyse et la mise en forme des résultats

