UN SUCCÈS EN HÉMODIALYSE… ENFIN!

Dre Annie Ruest, microbiologiste-infectiologue
Nathalie Boissonneault, inf. B.Sc, conseillère cadre en PCI
HDQ-CHU de Québec-Université Laval
Mai 2015

Objectifs

- Comprendre l’importance d’une équipe multidisciplinaire pour la PCI en hémodialyse
- Connaître les ensembles de pratiques cliniques exemplaires en hémodialyse

Plan de présentation

- Description de l'unité d'hémodialyse à l'HDQ
- Données de surveillance provinciale SPIN-HD
- Historique de la surveillance des bactériémies en hémodialyse à l'HDQ
- Caractéristiques gagnantes d'une équipe multi
- Description des actions entreprises et résultats
- Description des ensembles de pratiques cliniques exemplaires (bundles)

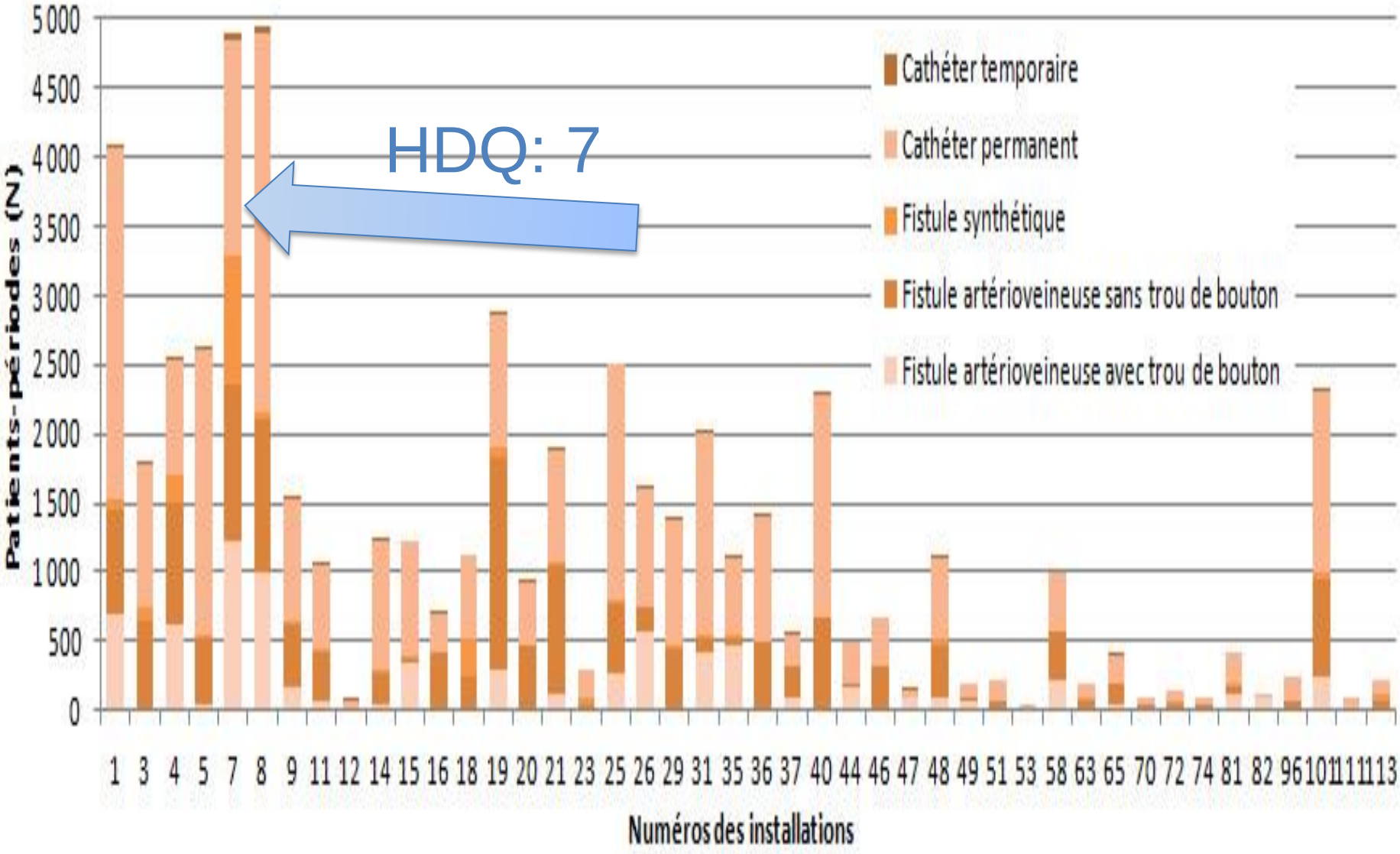
Description de l'unité d'hémodialyse CHU de Québec-HDQ

	Hémodialyse hospitalière	Hémodialyse semi-autonome	Unité mobile	Total
Nbre de patients	250	35	15	**300**

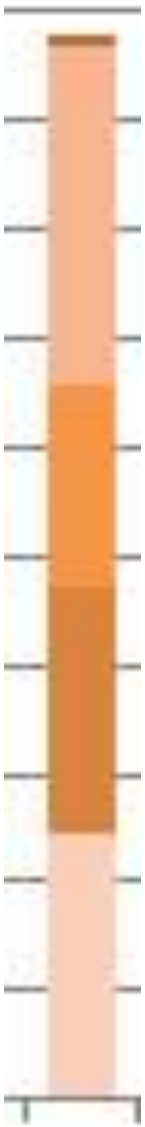
Proportion des cathéters comme voie d'accès à l'HDQ

	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Hémodialyse hospitalière	52%	48,8%	**51,5%**
Hémodialyse semi-autonome	23%	19,0%	**19,0%**
Unité mobile	45%	31,0%	**37,6%**
TOTAL	47,9%	43,4%	**46,8%**

Répartition des patients-périodes suivis selon le type d'accès veineux, par installation, SPIN-HD 2013-2014



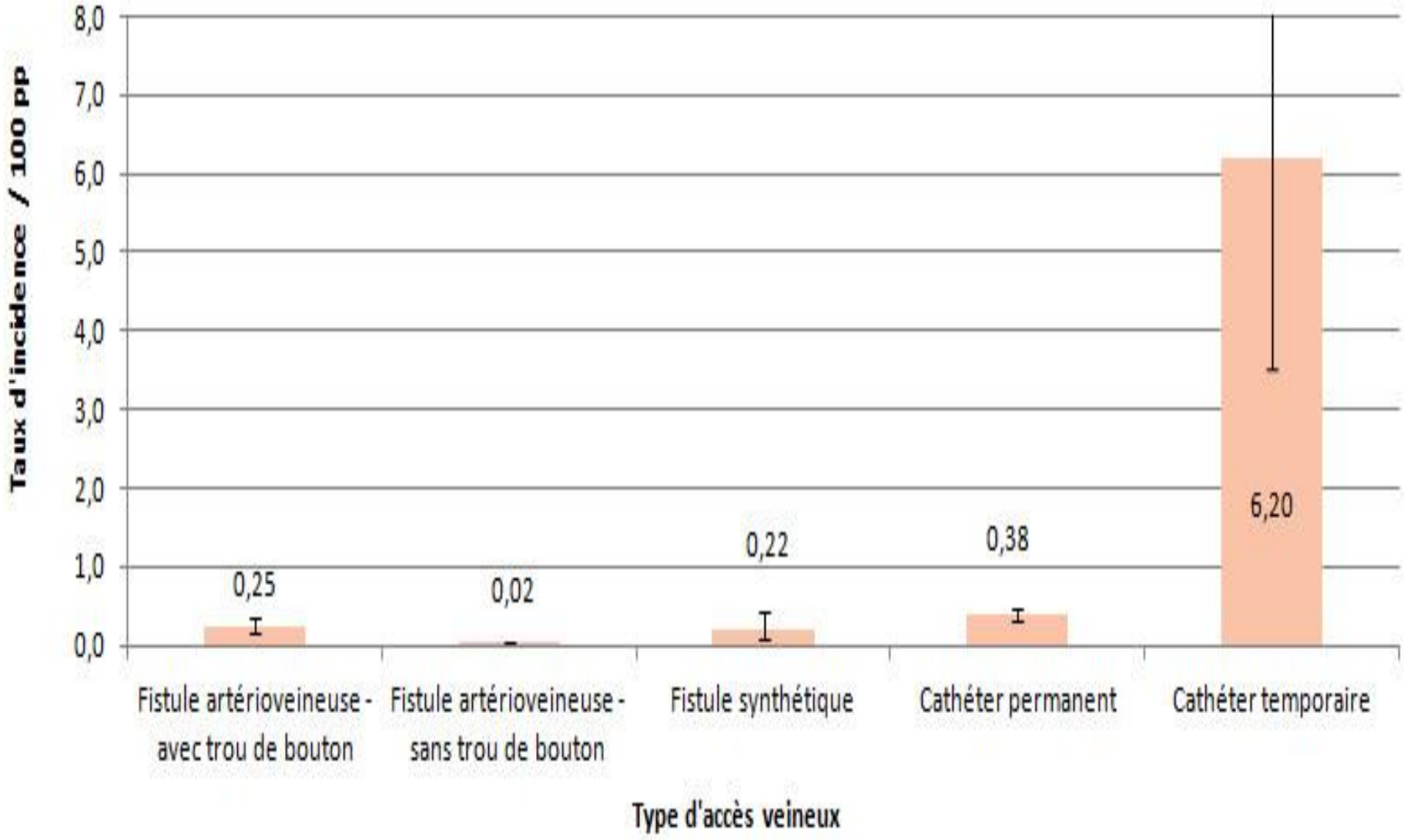
ZOOM sur l'HDQ



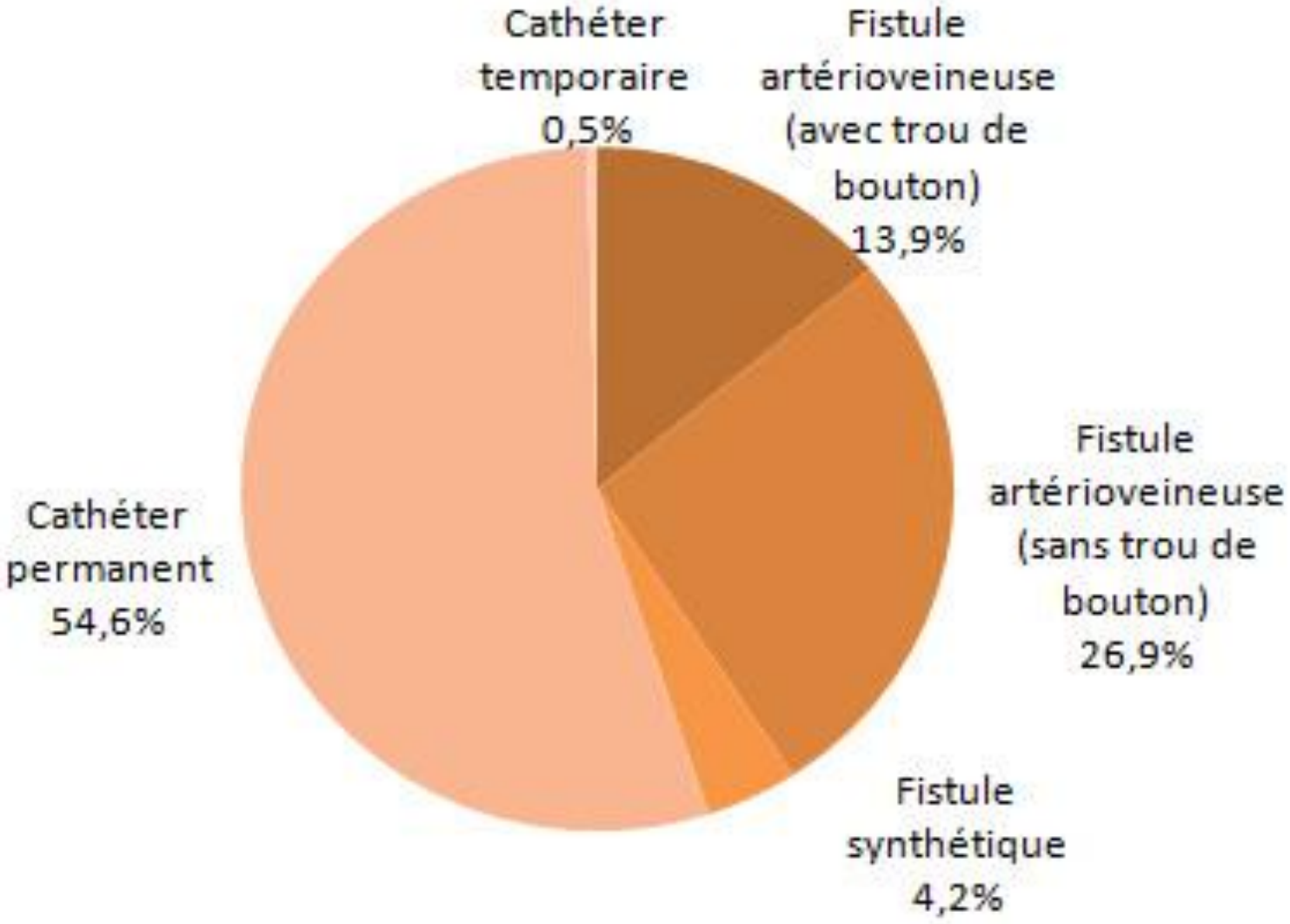
7

- Cathéter temporaire
- Cathéter permanent
- Fistule synthétique
- Fistule artérioveineuse sans trou de bouton
- Fistule artérioveineuse avec trou de bouton

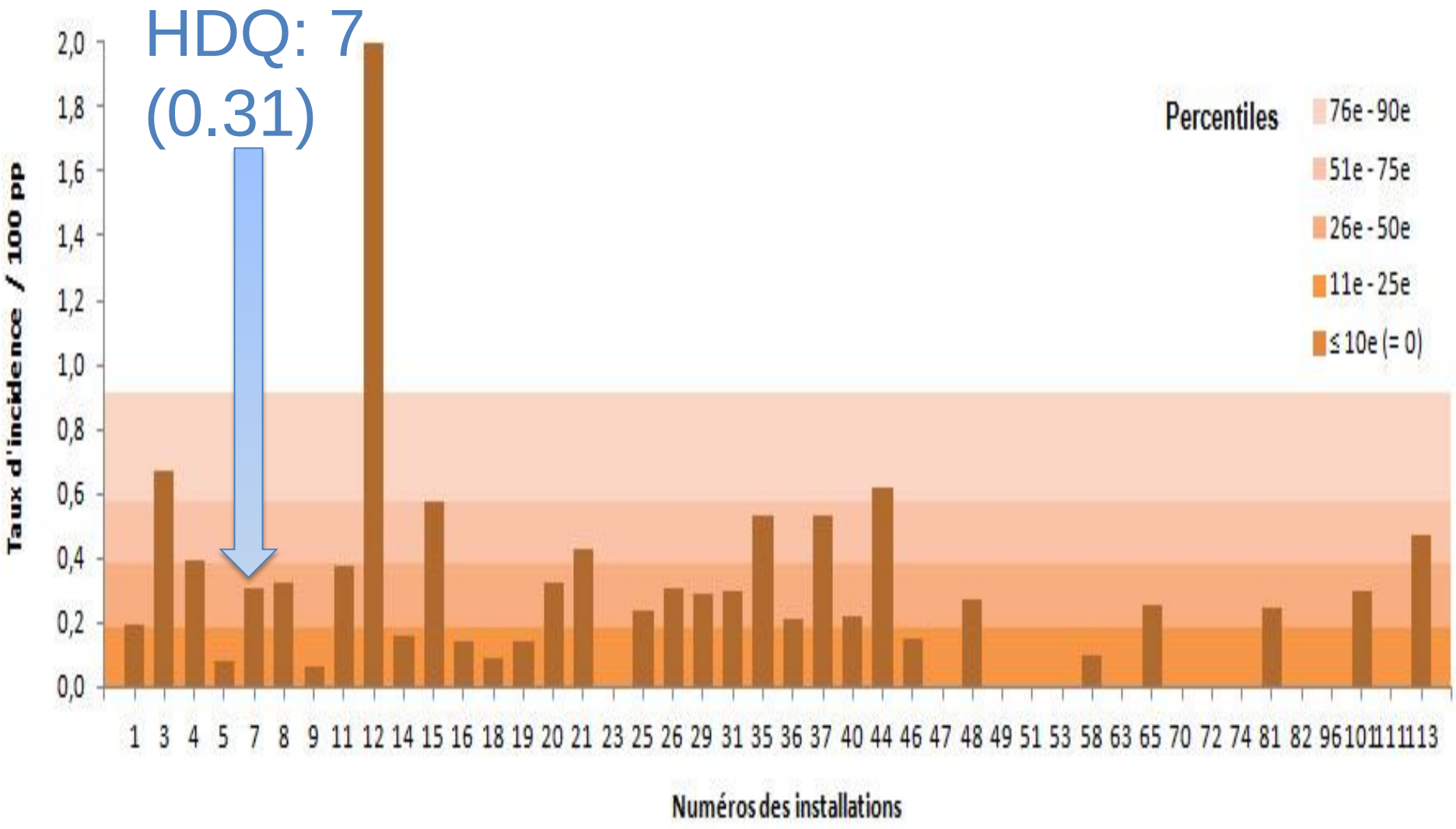
Taux d'incidence (par 100 pp) des bactériémies par accès veineux, SPIN-HD 2013-2014



Proportion des bactériémies observées par type d'accès veineux, SPIN-HD 2013-2014



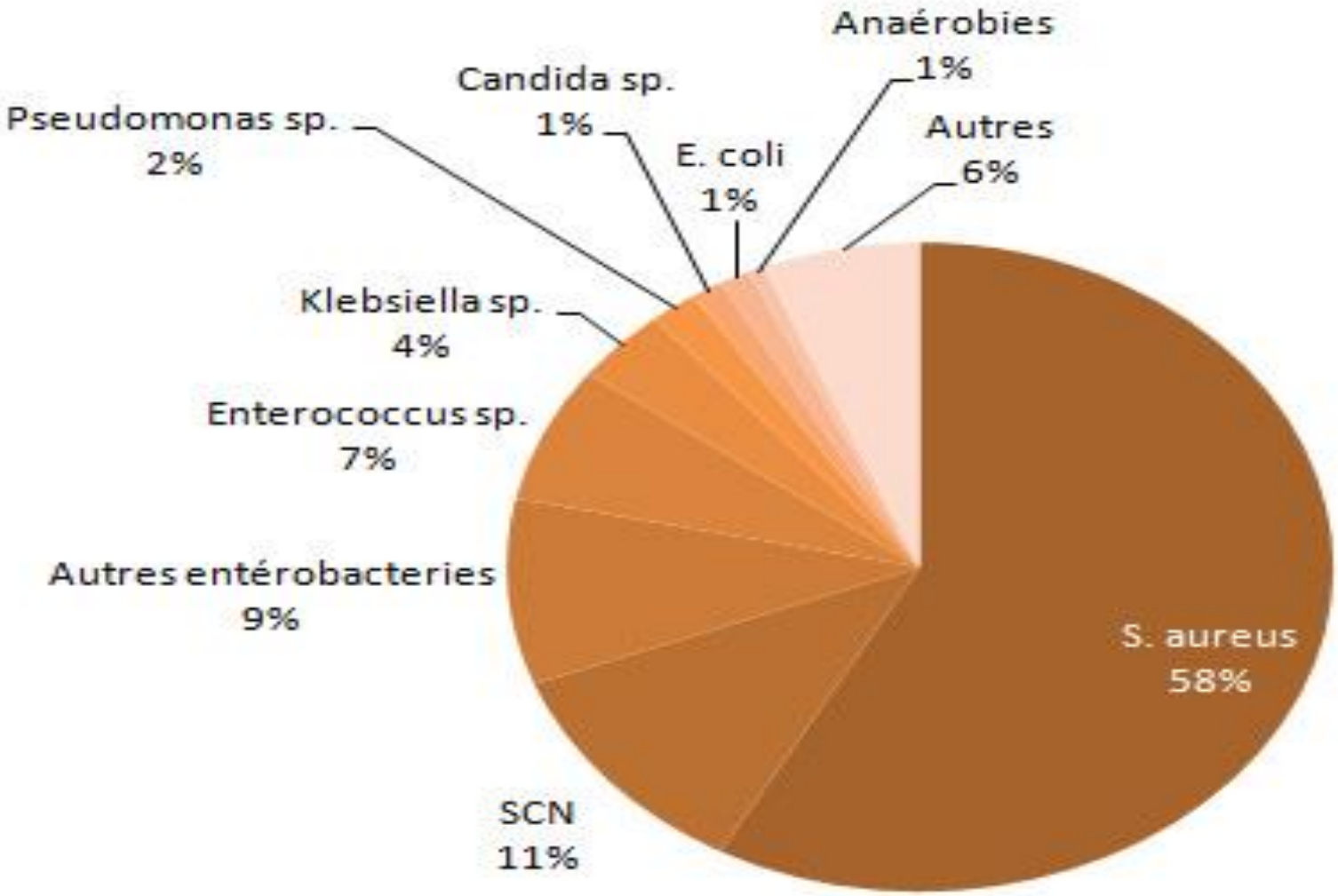
Taux d'incidence des bactériémies par CH (par 100 pp), SPIN-HD 2013-2014



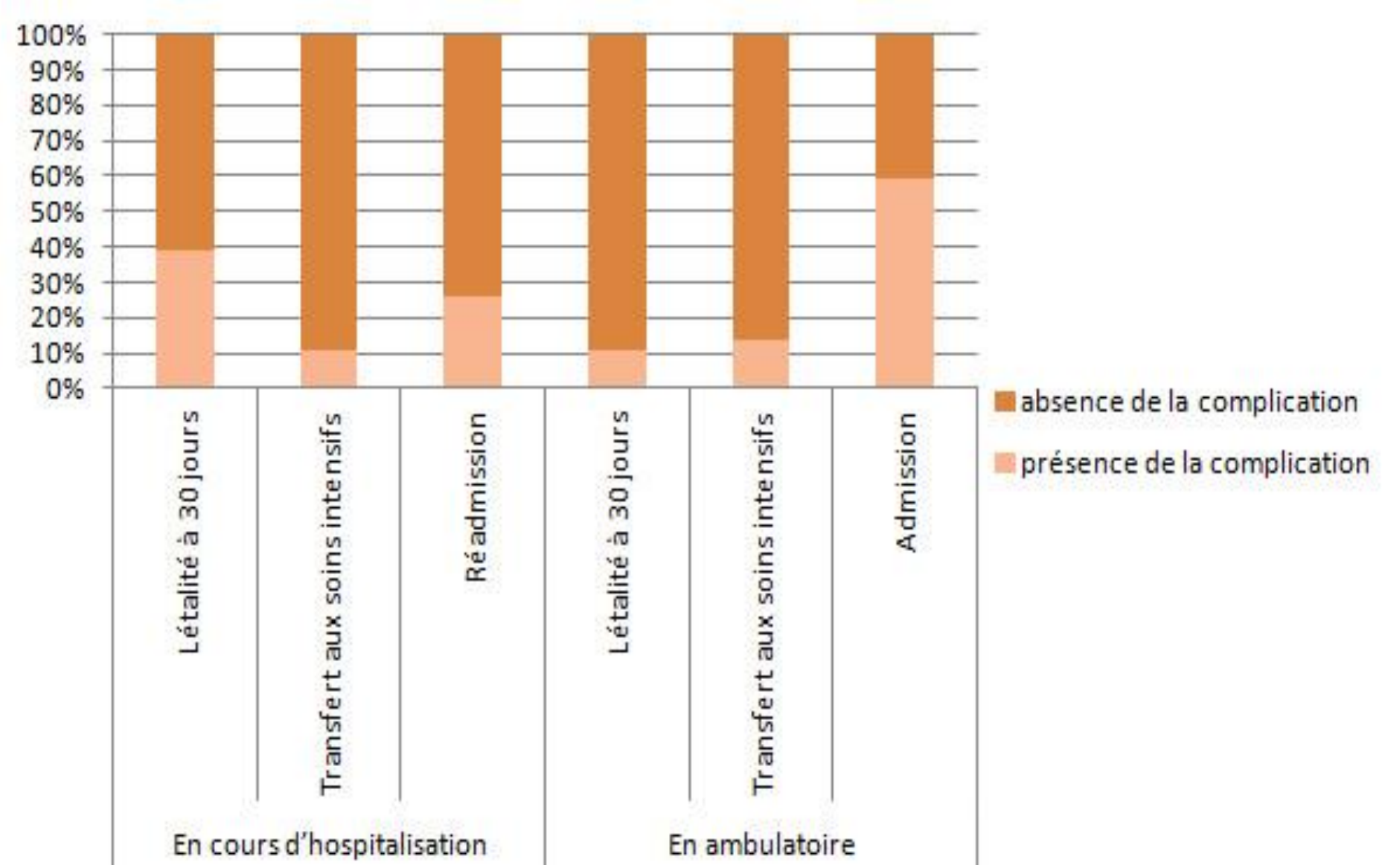
Vignette clinique

- Femme 35 ans
- Infection site KT, ATB PO débuté tardivement
- Bactériémie à *S.aureus* avec complications
  - Embolies septiques pulmonaires
  - Ostéites costales avec fractures
  - Hémothorax
- ATIVAD 6-8 semaines
- Était sur la liste de greffe

Répartition des catégories de microorganismes impliqués, SPIN-HD 2013-2014

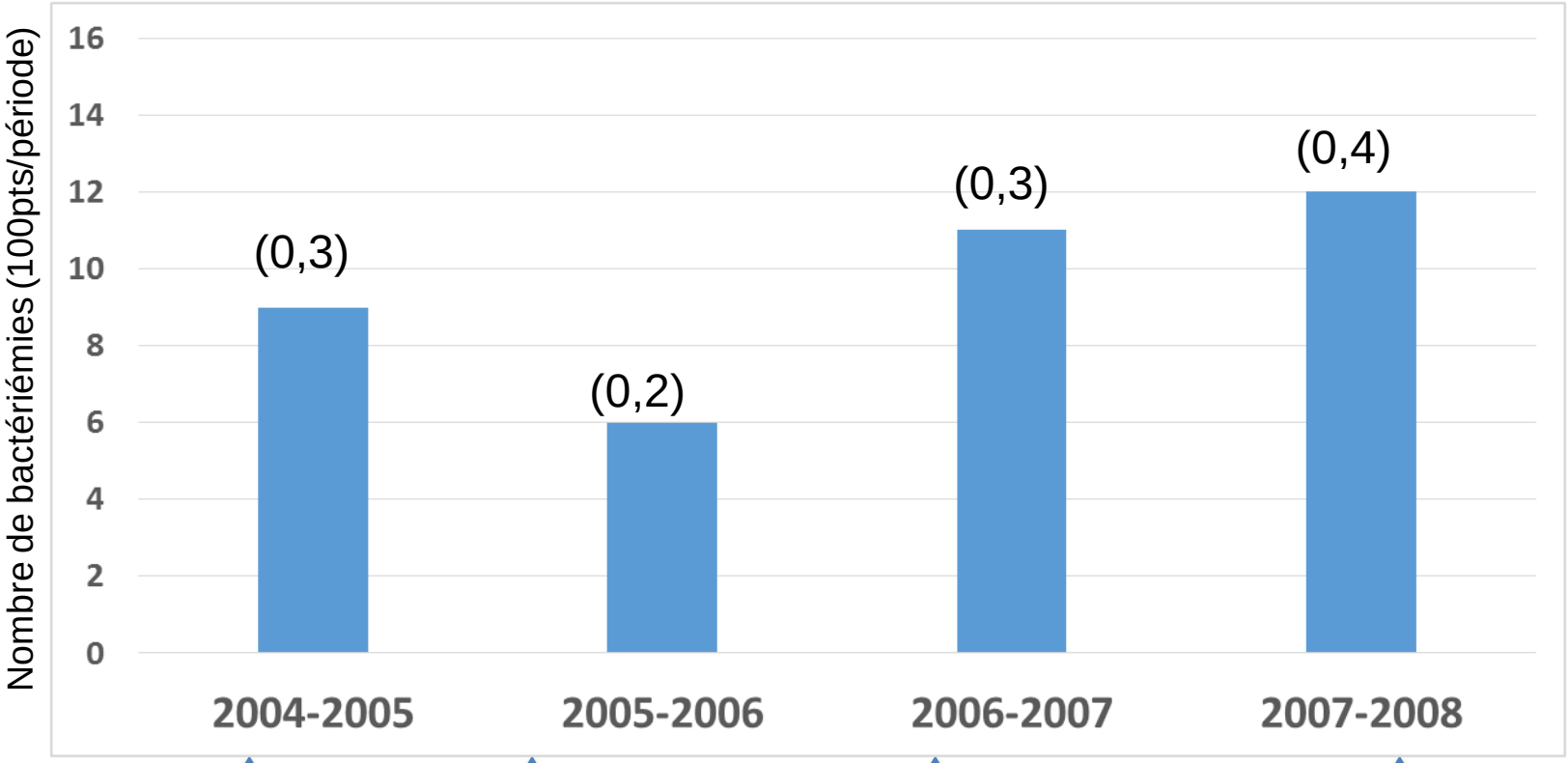


Complications à 30 jours, SPIN-HD 2013-2014



HISTOIRE
DE L’HÔTEL DIEU DE QUÉBEC
CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Entre 2004-2008



Début surveillance HDQ

Protocole Staph Aureus

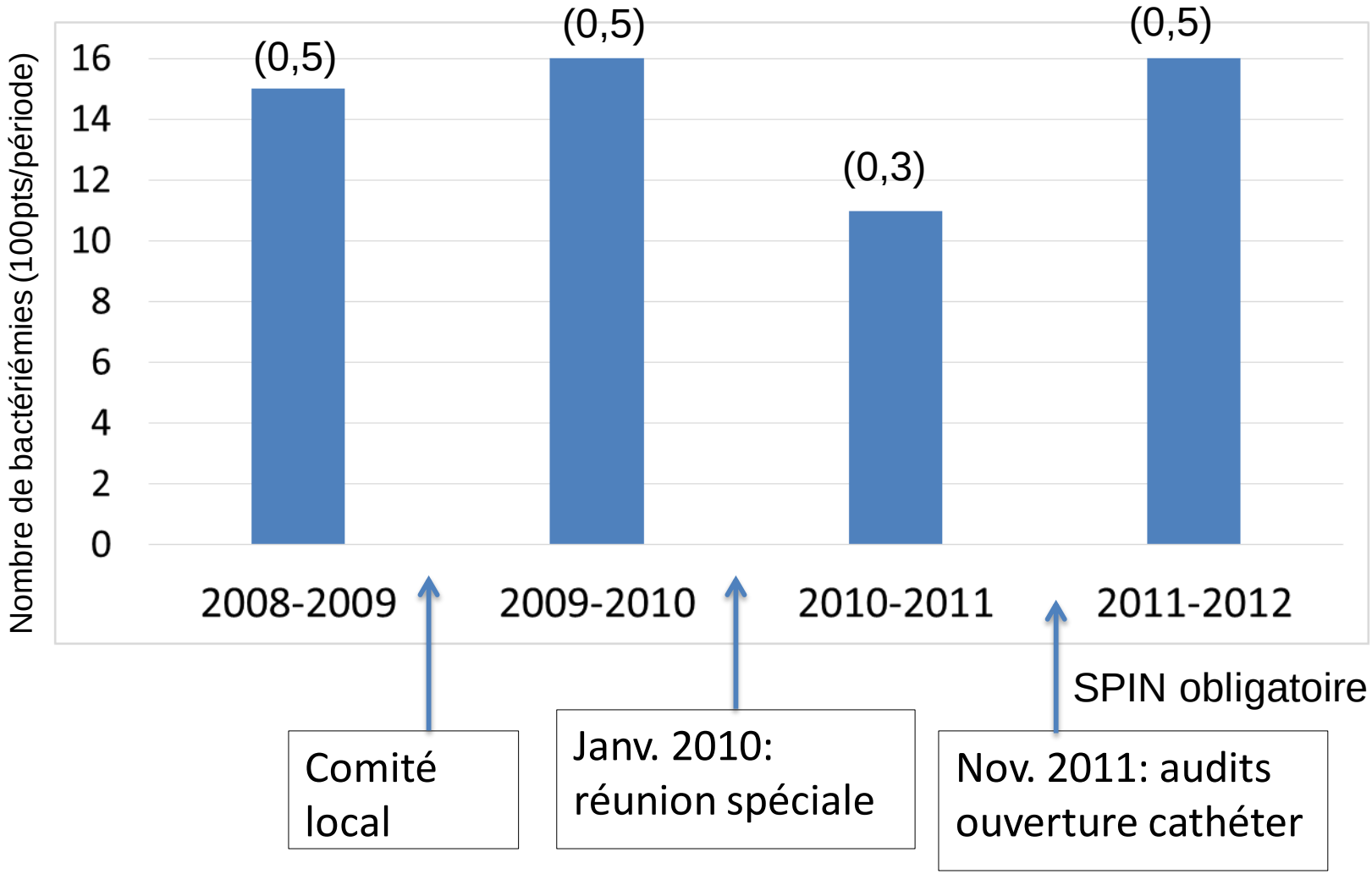
Méthodes de soins pour HD

Début SPIN-HD

Entre 2004-2008

- Les rapports locaux sont présentés aux néphrologues et chef d'unité
- Est-ce que ce sont les bonnes personnes qui ont l'information? Est-ce que d'autres professionnels devraient recevoir ces informations?
- Des actions sont discutées mais peu de suivi?

Entre 2009-2012



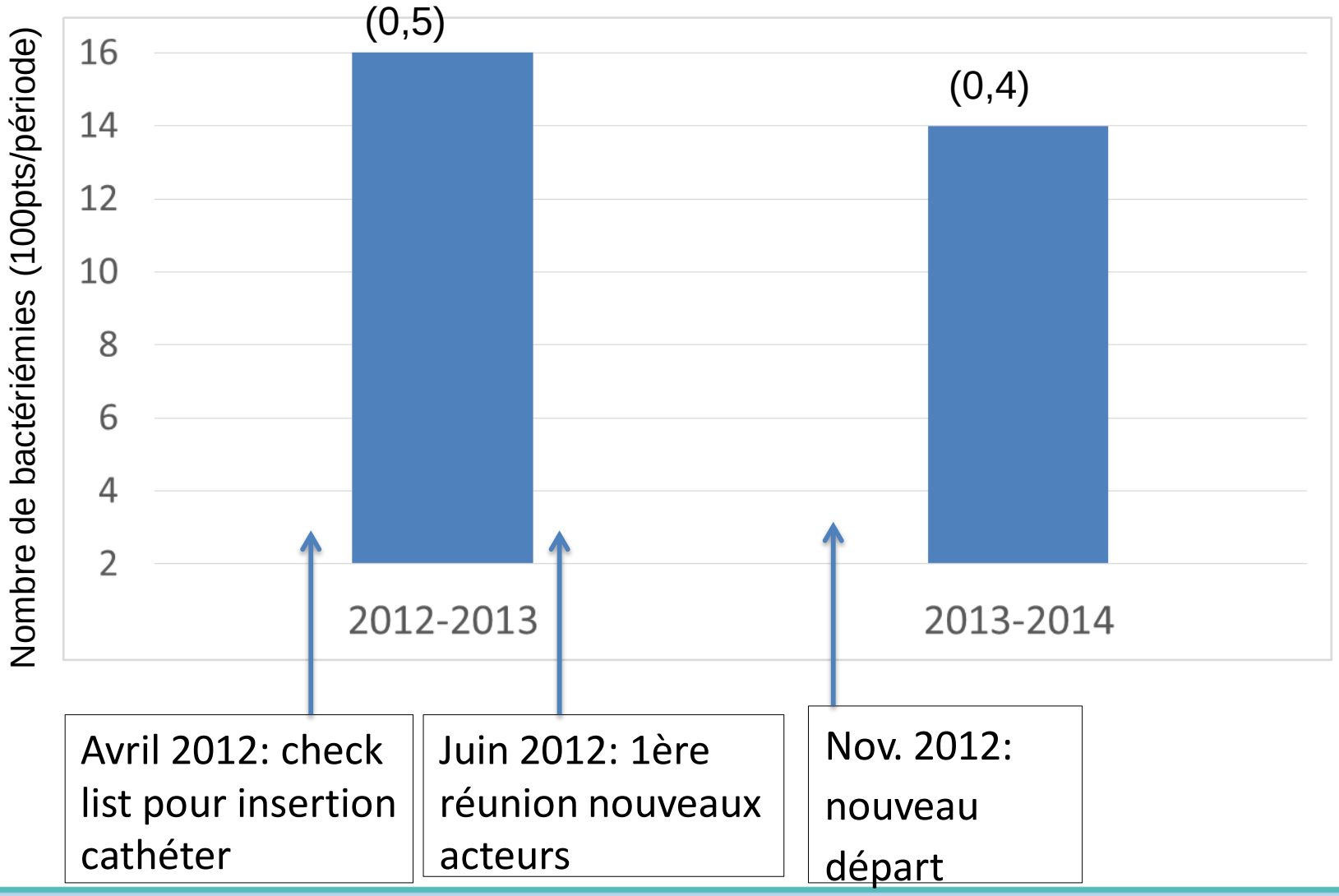
Constats

- Réviser la politique actuelle de dépistage nasal de *Staph aureus* et l'application de la Mupirocine nasale;
- Voir la possibilité d'augmenter la proportion des patients avec des fistules;

Entre 2010 et 2013

- Période de turbulences
  - 2010: Changement gestionnaire en PCI
  - 2011: Mouvement de personnel en HD
  - 2012: Charge de travail augmentée en PCI

Entre 2012 et 2014



Sherlock Holmes

C’est une chose que de diagnostiquer un problème, Watson. C’est bien autre chose que de le résoudre…..

Équipe multidisciplinaire optimale

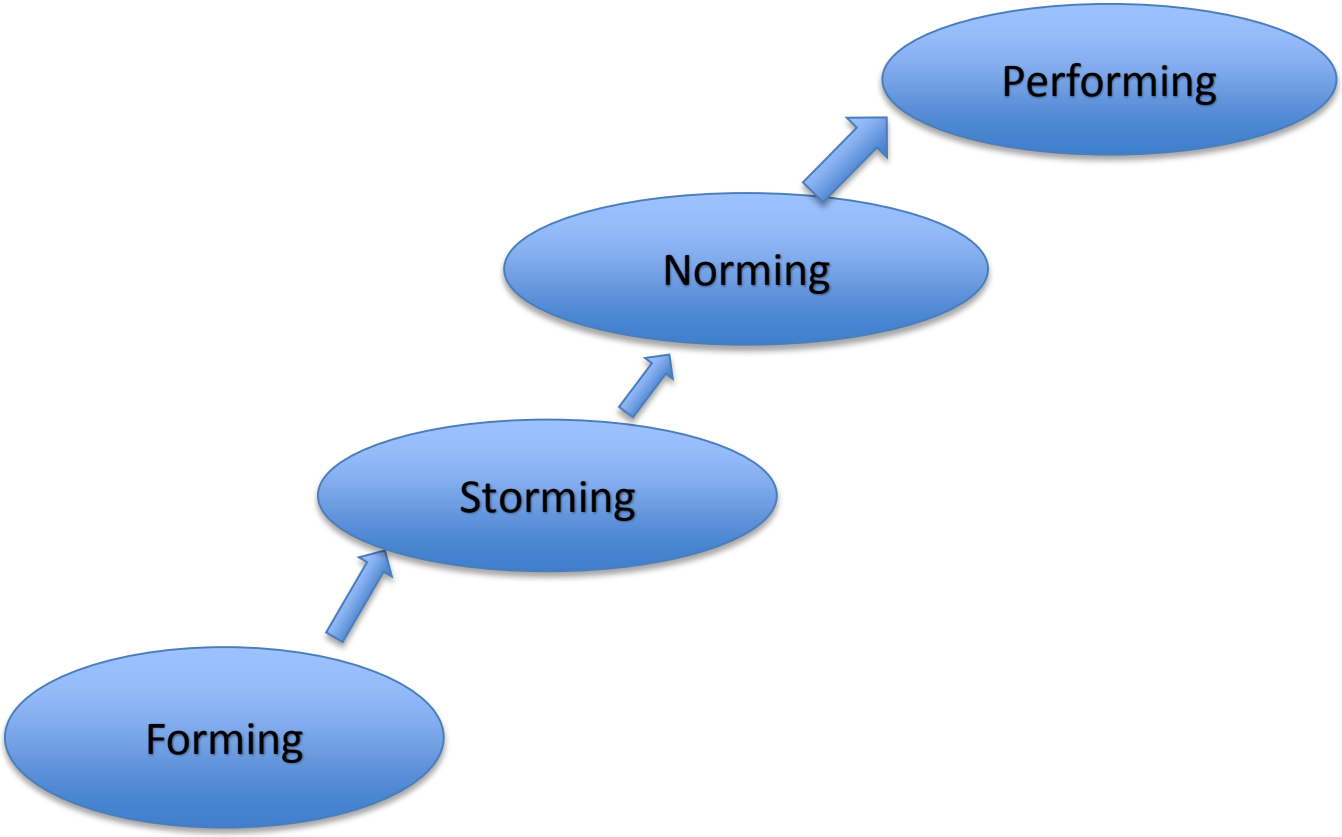
- Nombre restreint de personnes
- Compétences complémentaires
- But et objectifs communs dans une démarche commune
- Reconnaissance de leur imputabilité mutuelle

(J.R.Katzenbach et D.K.Smith, 1993)

Stratégies de mobilisation de l’équipe

- Mettre en place des procédures appropriées
- Définir les rôles de chacun
- Établir un climat de travail efficace et harmonieux
- Animer de façon dynamique

Modèle de développement du groupe selon Tuckman



- Source:Tuckman Bruce (1965) Develpmental Sequence in Small Groups, Psychological Bulletin, 63, 384-389

Cheminement du groupe de l'HDQ

- Selon ces stades, l'équipe d'hémodialyse du CHU de Québec est au stade « Norming »
  - But et plan communs
  - Compromis, façon de faire commune
  - Responsabilisation et engagement

- À ce stade, l'équipe a besoin d'un leadership participatif

Source: Smith, M.K (2005) Bruce W.Tuckman-forming, storming, norming and performing in groups, the encyclopaedia of informal education. www.infed.org/thinkers/tuckman.htm.

Novembre 2012: un nouveau départ!

- Plan d'action plus concret et réalisable élaboré **par l'équipe d'hémodialyse**
  - Conseillère en soins en néphrologie
  - Infirmières cliniciennes
- **L'équipe de PCI collabore sans prendre le leadership des actions à poser**

Comité révisé

- 2-3 rencontres par année
- Heure du dîner (facilitant pour rejoindre tout le monde)
- Présentation de chaque bactériémie pour:
  - Déterminer si évitable
  - Apporter son point de vue selon ses propres compétences
  - Arriver à un consensus
  - Énoncer des propositions de solutions
  - Discuter de la mise en place des pistes de solutions et du plan d’action

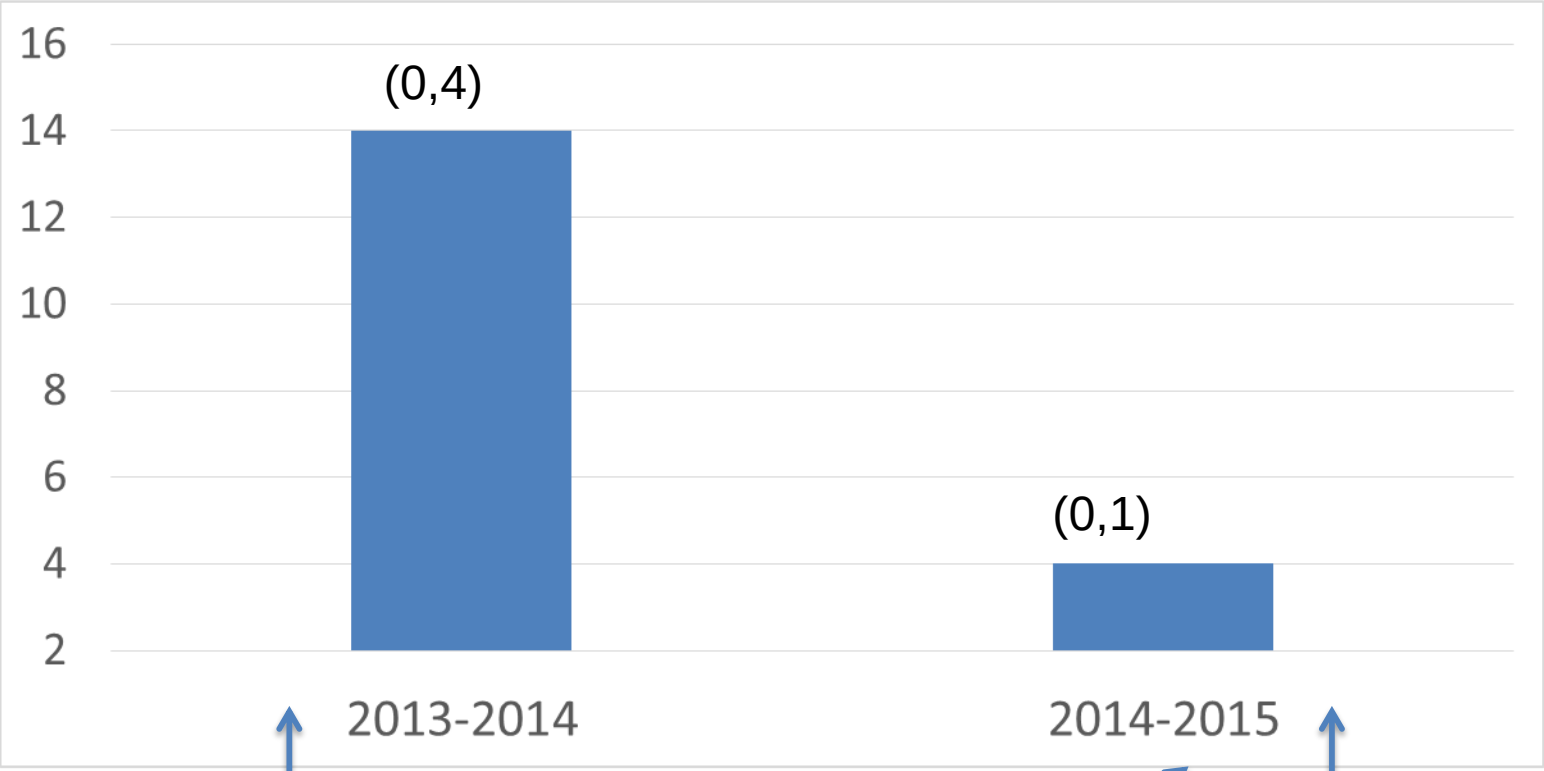
Analyse bactériémies

- Date de la bactériémie, pathogène
- Type d'accès vasculaire et raison du choix
- Date d'installation de l'accès et circonstances
- Chronologie des symptômes ou signes d'infection au site de l'accès
- Si *S.aureus*
  - Date culture nasale et résultat
  - Date début protocole mupirocine

Équipe multidisciplinaire

- Chef d’unité
- Néphrologue
- Conseillère spécialisée néphrologie
- Infirmière dédiée aux accès vasculaires
- Assistante infirmière chef
- Infirmière cliniciennes
- Conseillère en prévention et contrôle des infections
- Microbiologiste-infectiologue

Le résultat….



Janv. 2014: onguent site d'insertion

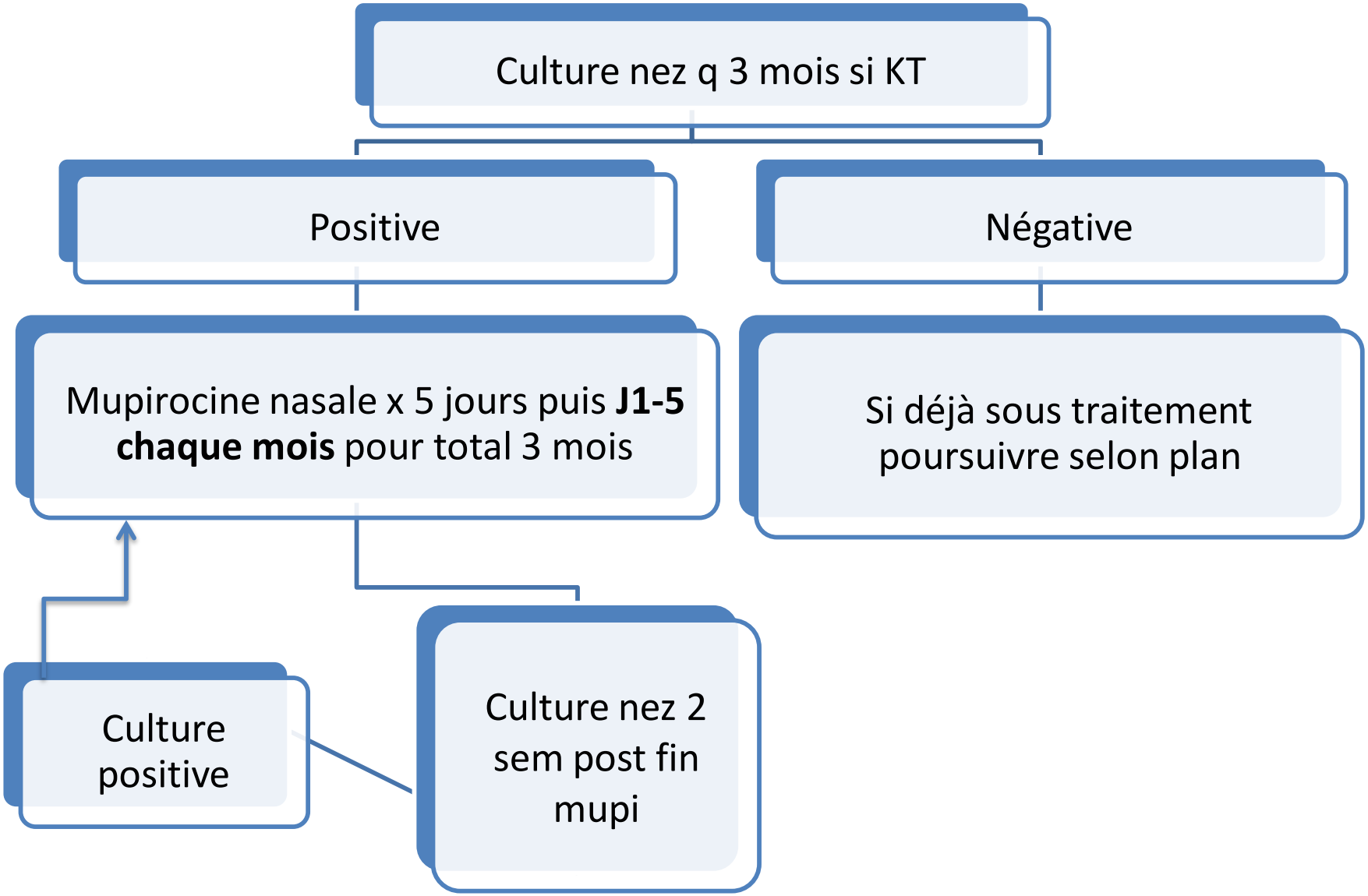
Juin2014: ordonn. collective dépist Staph Aureus

Juil. 2014: MAJ collecte de données

Application onguent site KT (nouveau)

Après l'installation d'un **nouveau** cathéter veineux central

- Onguent Polysporin^{MC} triple, 3 fois/semaine puis Méfix^{MC} au site d'insertion.
- Cesser 1 semaine après le retrait des points de suture
- S'assurer d'une application d'une durée minimale de 4 semaines (aucun maximum).
- Si présence de rougeur ou d'irritation cutanée, cesser l'application de l'onguent et aviser l'équipe médicale.


Culture nez q 3 mois si KT
Positive
Négative
Mupirocine nasale x 5 jours puis **J1-5 chaque mois** pour total 3 mois
Si déjà sous traitement poursuivre selon plan
Culture positive
Culture nez 2 sem post fin mupi

Collecte de données

- Juillet 2014: ajout d'éléments de surveillance
  - Culture nasale
  - Application muporicine s'il y a lieu
  - Raison du choix de l'accès (si a un refus pour fistule)
  - Analyse si évitable en collaboration avec infectiologue responsable

ENSEMBLE PRATIQUES CLINIQUES EXEMPLAIRES (BUNDLE)

Pourquoi?

- Étude sur l'application des mesures de prévention en hémodialyse 2012-2013
- Moins du tiers respectait mesures liées à:
  - Insertion
  - Soins
- Écarts de pratiques importants
  - Champ stérile
  - Prioriser jugulaire
  - Chlorhexidine >0.5% avec alcool
  - Nettoyage peau avant pxn fistule

Trépanier P et al, Inf Control Hosp Epidemiology 2014 35 (7): 833-838

Ensemble de pratiques cliniques exemplaires (EPE)

- Concept développé par L'*Institute for Healthcare Improvement* (É-U)
- Ensemble composé de 3-5 pratiques
- Reconnues efficaces
- Impact positif si effectuées
  - Simultanément
  - Façon continue

Ensembles des pratiques exemplaires en HD

- Initiative du CINQ
- Document publié fin 2014
- Tous les centres de dialyse du Québec
- 5 ensembles
  - Insertion
  - Soins
  - Ouverture
  - Fermeture
  - Ponction de la fistule artério-veineuse

Insertion

1. Hygiène des mains
2. Précautions de barrière maximale
3. Asepsie cutanée chlorhex 2%-alcool 70%
4. Sélection optimale du type et site d’accès
5. Technique adéquate pansement et onguent antibactérien au site

Soins

1. Évaluation périodique nécessité KT
   a. À chaque HD après 3 sem. KT temporaire
   b. À chaque mois pour KT permanent
2. Inspection site KT
3. Changement pansement façon aseptique avec onguent antibactérien

Ouverture

1. Hygiène des mains
2. Branchement aseptique

Fermeture

1. Hygiène des mains
2. Débranchement aseptique

Ponction de fistule artério-veineuse

1. Hygiène des mains
2. Hygiène de la peau du patient
3. Inspection du site de la FAV
4. Asepsie du site CHX 2%-Alcool 70%
5. Ponction de la FAV de façon aseptique

Mesure du taux de conformité

Pour chaque EPE:

$$\frac{\text{Nombre de patients pour lesquels les éléments sont tous présents}}{\text{Nombre total de patients évalués pour cette période}}$$

CIBLE: 95%

Défis 2015-2016 en HD à l'HDQ

- Surveillance SPIN
  - Poursuivre l'amélioration des taux de bactériémie
- Actions
  - Augmenter l'observance à l'hygiène des mains
  - Augmenter la proportion des fistules
  - Compléter mise en place des ensembles de pratiques cliniques exemplaires

Remerciements

Équipe de PCI

- Mme Louise Bégin
- Mme Louise Turmel
- M. Guy-Philippe Brideau
- Dre Louise Deschênes
- Dre Claude Tremblay
- Dre Pascale Trépanier
- Dre Annie Ruest
- Mme Nathalie Boissonneault

Équipe d'hémodialyse

- Mme Denyse Castonguay
- Mme Amélie Lebrasseur
- Mme Sarah Bradette-Savard
- Dr Simon Desmeules
- M. Steeves Auger
- Mme Audrey Lepire
- Mme Hélène Carrier
- Mme Joselle Forget
- Mme Chantale Alain