Démarche pour une uniformisation des pratiques de perfusion

Poster n°17-104

S. MOLIGNIER[1], J. VIGIER[1], S. MARON[2], C. TREILLARD[1]

[1]Pharmacie, [2]Hygiène, CH de Tulle

Contexte

Contexte national :

- Arrêté du 06/04/2011
- Liste des never-events de l'ANSM
- Bonnes pratiques (OMeDiTs)

Contexte local :

- Changement de gamme de perfuseur (septembre 2015) :
  - Formation des équipes de soins
  - Mise en évidence de mésusages :
    - . Absence du comptage des gouttes
    - . Sous-utilisation des valves anti-retour, voire méconnaissance de son utilité et de sa disponibilité
- Matériovigilances accrues en lien avec le mésusage

Actions mises en place :

- **Décembre 2016 :** atelier « bon usage de la perfusion » (Semaine de sécurité des patients)
- **Décembre 2016 – Janvier 2017 :** déclinaison de l'atelier dans les services (staff)
- **Janvier 2017 :** audit (*travail présenté)*

Présentation du travail

Objectif

Acte fréquent et potentiellement iatrogène, la perfusion fut retenue comme action prioritaire de la cartographie des risques *a priori* sur le circuit du médicament du centre hospitalier. Un audit de pratiques est réalisé afin d'identifier les montages à risque et de proposer des axes d'amélioration.

Méthode

Première étape : préparation de l'audit

- **Novembre-Décembre 2016 :** groupe de travail = pharmacie, hygiène et pôle de promotion de la santé
- **Décembre 2016 :** Grille d'audit comportant :
  - 18 critères
  - 3 axes principaux : **préparation**, **pose** et **suivi** de la perfusion

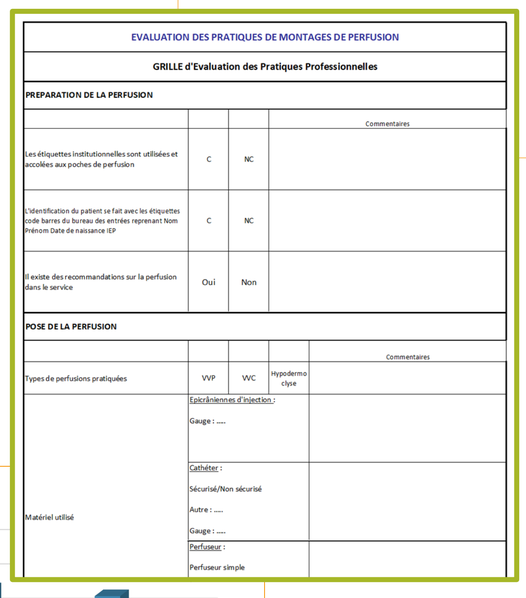
  + évaluation de la **fixation de cathéters**

Deuxième partie: réalisation de l'audit

- **Nature de l'audit :** enquête de pratiques (EP) de type déclarative
- **Lieux :** directement dans les services auprès des IDE
- **Auditeurs en binôme :**
  - Pharmacien ou interne
  - Cadre pharmacie ou hygiéniste

Troisième partie : restitution de l'audit

- Aux **services de soins**
- En **COMEDIMS**
- À la **Direction des Soins**
- **Réflexions** sur le plan d'actions à mener



EVALUATION DES PRATIQUES DE MONTAGES DE PERFUSION

GRILLE d'Evaluation des Pratiques Professionnelles

PREPARATION DE LA PERFUSION

			Commentaires
Les étiquettes institutionnelles sont utilisées et accolées aux poches de perfusion	C	NC	
L'identification du patient se fait avec les étiquettes code barres du bureau des entrées reprenant Nom Prénom Date de naissance IEP	C	NC	
Il existe des recommandations sur la perfusion dans le service	Oui	Non	

POSE DE LA PERFUSION

				Commentaires
Types de perfusions pratiquées	VVP	VVC	Hypodermo clyse	
Matériel utilisé	Epicrâniennes d'injection : Gauge :			
	Cathéter : Sécurisé/Non sécurisé Autre : ..... Gauge :			
	Perfuseur : Perfuseur simple			

Résultats

L'audit de pratiques est mené sur 3 jours : 24 services évalués auprès de 44 infirmiers :

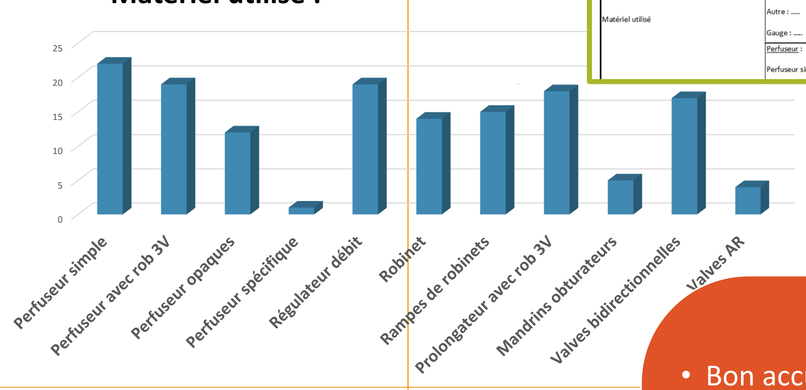
Préparation de la perfusion

- **Identification de la perfusion** : 65% des IDE
  - Etiquettes institutionnelles, Etiquettes blanches, Marqueur sur la poche (1 service)
- ⚠ **Identification du patient conforme :** 13% des IDE

Pose de la perfusion

- **Dispositifs médicaux :**
  - Vérification de l'intégrité de l'emballage : 90% des services
  - Vérification des dates de péremption : 50% des services
  - ⚠ Sous-utilisation des valves anti-retour : 17% des services
- **Technique :**
  - Réalisation de la purge à l'envers : 33% des services
  - Fixation du cathéter :
    - Pansement fendu : 41% des IDE, souvent 2 pansements
    - Champ stériles adhésif : 23% des IDE
    - Rarement : Sparadrap, Strip

Matériel utilisé :



Suivi de la perfusion

- **Contrôle du débit :**
  - ⚠ 15 minutes après le début de la perfusion : 21% des services
  - Tout au long de la perfusion : toutes les 4 heures en moyenne
  - Au changement de position : 33% des services
- **Perfusion :**
  - ⚠ Rinçage des tubulures : 33% des services
  - Changement de perfuseur : toutes les 24h ou à chaque changement de poche
  - Utilisation d'un régulateur de débit : 83% des services

Bilan :

- Bon accueil des soignants :
  - Appréhender les difficultés quotidiennes/rechercher des solutions
  - Echanges
- Hétérogénéité des pratiques :
  - Inter services
  - Intra services
- Méconnaissance des données de sécurité :
  - Utilisation du matériel (valves AR)
  - Fréquence du contrôle du débit
  - Compatibilités
- Insuffisance de supports d'information

Conclusion - Discussion

- Malgré son caractère non observationnel, cet état des lieux a permis de mettre en avant des **pratiques à risque**.
- Des **actions d'amélioration** sont définies avec la **Direction des Soins** et concerneront en 2017 :
  - la modification des étiquettes d'identification,
  - l'introduction d'un prolongateur avec valve anti-retour,
  - l'uniformisation des pratiques de fixation du cathéter.
- Un **atelier « retour aux fondamentaux »** sera rendu **obligatoire** pour les soignants à l'automne.