

TRANSMISSION NOSOCOMIALE DU VIRUS DE L'HEPATITE C (VHC) EN UNITE D'AUTODIALYSE (UAD)

Objectif : à partir d'un événement signalé par un établissement de santé, apprendre et faire partager les connaissances concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, pour éviter la survenue d'événements comparables.

CPIAS HAUTS DE FRANCE

PERIODE DE SURVENUE : 2018

MOTS CLES

VHC- séroconversion - autodialyse - analyse approfondie des causes - méthode Alarm

POINT D'INFORMATION

La prévention de la transmission croisée en UAD repose sur le respect rigoureux des précautions standard et sur la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement

CONTEXTE

❖ Description chronologique de l'évènement

Découverte fortuite le 05/07/18, lors du suivi semestriel des patients de l'UAD, d'un cas de séroconversion VHC chez une patiente. Elle est dialysée sur fistule artério-veineuse (FAV) 3 fois par semaine le matin, les mardis, jeudis et samedis. Un autre patient connu porteur du VHC, est dialysé dans cette unité sur le même générateur mais aux séances précédentes. Le 12/07/18 une première cellule de crise est organisée en interne et le cas est signalé le 13/07/18 via eSIN. Le 03/08/18, le CNR rend ses conclusions de comparaison des 2 souches (cas connu porteur et cas de séroconversion) : les analyses génétiques et phylogéniques suggèrent très fortement une transmission croisée à partir du porteur connu (géotype 1a).

Les résultats d'analyse de l'enregistreur du générateur fournis par le fabricant le 03/08/18 le mettent hors de cause. Deux visites sur site du CPIas sont organisées avec l'EOH les 6 et 7/08/18. Deux audits des pratiques ainsi que des entretiens avec les personnels de l'unité sont réalisés.

Le 27/09/18 la méthode ALARM a été utilisée lors d'une RMM en présence de l'encadrement, de l'EOH et du directeur adjoint. Les causes immédiates, contributives et latentes de cette transmission nosocomiale du VHC ont été recherchées.

❖ Organisation de l'UAD

Le centre concerné par le cas de séroconversion VHC présente 1 salle de 6 postes d'autodialyse. Les séances ont lieu le matin et l'après-midi. Il y a donc 2 patients/poste/jour en autodialyse. Le ratio soignant/soigné est de 1 IDE libéral pour 6 patients (1 IDE par séance). Un cadre de santé est référent hygiéniste à mi-temps et assure le lien avec l'EOH.

ANALYSE DES CAUSES

❖ Investigations

Analyse du cas pour identifier le mécanisme de transmission et recherche de cas additionnels par dépistage des patients.

Audit des pratiques (branchements/débranchements/gestion de l'environnement) au sein de l'unité par le CPIas.

❖ Hypothèses de mécanisme de transmission

Hypothèse 1 : l'acquisition en dehors de l'unité est rapidement écartée car aucun acte invasif n'a été réalisé chez la patiente (chirurgie, endoscopie, hospitalisation, soins dentaires, actes à risque type tatouage, piercing, toxicomanie...)

Hypothèse 2 : contamination soignant –soigné. Pas de notion d'AES chez le personnel et aucun personnel n'est connu porteur.

Hypothèse 3 : contamination croisée entre patients. Le patient connu porteur et le cas sont dialysés sur le même générateur à des séances successives. Le générateur rapidement isolé a été mis hors de cause par l'étude de l'enregistreur interne. Les cycles de désinfection étaient conformes. De plus, les générateurs de l'UAD sont récents et munis de systèmes de transmission de pression assurant l'étanchéité totale entre le sang et le capteur.

Une transmission croisée lors des soins au patient est retenu via la contamination de l'environnement ou du matériel de soins ou manuportée.

❖ Circonstances

- Causes immédiates (identifiées grâce aux audits) :

- Respect non optimal des précautions standard : technique et opportunités d'hygiène des mains (HDM) non conformes, mésusage du port de gants, port de bijoux par un personnel soignant
Risque AES non maîtrisé : activation de la sécurité de l'aiguille à distance du soin et collecteur OPT éloigné du patient
Pratiques non conformes : absence d'utilisation du champ de table stérile par les soignants, manipulation des lignes sans compresse ni antiseptique
Préparation cutanée non conforme : détersion de la FAV par les patients non conforme et/ou non contrôlée par le soignant, absence d'utilisation d'antiseptique alcoolique
Bionettoyage non conforme : nettoyage-désinfection partielle de l'extérieur du générateur et de l'environnement proche du patient ; le bionettoyage du poste effectué par le patient n'est pas contrôlé

- Causes latentes et contributives (méthode Alarm)

Patient	patient index « agité » en séance ; patients hémodialysés présentant des troubles de l'hémostase ; patients peu autonomes et formation insuffisante aux mesures d'hygiène
Tâches	tâches déléguées aux patients (détersion, bionettoyage, hygiène des mains) non évaluées par les soignants lors des séances
Professionnels	succession de soins répétitifs entraînant une banalisation du risque infectieux associé aux soins ; manque d'investissement d'un personnel soignant
Equipe	du fait d'une bonne connaissance des patients, les soignants réalisent des transmissions écrites partielles entre chaque séance ; communication insuffisante entre les soignants
Conditions de travail	l'enchaînement rapide entre deux séances et à la présence des patients suivants entraîne un stress chez le soignant; surcharge de travail liée à la faible autonomie des patients de l'UAD
Organisation	absence de réévaluation de l'autonomie des patients a pour conséquence un ratio patient/soignant non adéquat (surcharge en soins)
Institution	souci du rendement et pression financière sur les soignants (pas d'AS pour accompagner les IDE et les patients) ; risque infectieux non prioritaire dans la politique de gestion des risques

❖ Défaillances identifiées communes à d'autres signalements

- HDM des patients non conforme et non contrôlée par un professionnel : REX CCLIN Sud-Est (avril 2010)
 Respect non optimal des PS, bionettoyage partiel des générateurs et de l'environnement, méconnaissance du risque de contamination des surfaces, pas de désinfection systématique des lignes : REX CCLIN Sud-Ouest (2010)
 HDM des patients non conforme, stress des IDE lié aux pics d'activité, manque de temps pour l'entretien minutieux de l'environnement proche et du générateur, pas de désinfection systématique des lignes : CHU Amiens (2014)
 Respect non optimal des PS, absence de maîtrise du risque lié aux projections de sang, défaut d'HDM des patients : REX CCLIN Paris Nord (2015)

PLAN D'ACTION

Plan d'action de l'EOH	<ul style="list-style-type: none"> -reconduire les sérologies début septembre pour couvrir la fenêtre de séroconversion -mener des audits de pratique de l'unité (désinfection de l'environnement, HDM, traçabilité...) -rédiger un bulletin d'alerte à destination de tous les centres pour communiquer sur cet évènement -développer la formation « Risque infectieux » (DPC) à l'aide d'exemples concrets issus de cet évènement indésirable vers d'autres UAD -réévaluer le bio nettoyage de l'environnement patient par le patient lui-même en fonction du degré d'autonomie
-------------------------------	--

Recommandations du CPias	<p>Points les plus critiques à corriger :</p> <ul style="list-style-type: none"> la prévention des AES l'utilisation du collecteur OPT au plus près du soin la désinfection de l'adaptable l'utilisation d'un champ de table adapté la décontamination du générateur entre 2 séances l'HDM en général <p>Actions préconisées par le CPias :</p> <ul style="list-style-type: none"> travail sur les opportunités d'HDM et le port des gants (soignants & patients) réévaluation de la pratique de la détersion de la fistule par le patient
---------------------------------	--

CONCLUSION

Cet épisode décrit un cas avéré de transmission nosocomiale du VHC dans une UAD, d'origine multifactorielle. Le mécanisme de transmission retenu est la contamination croisée entre patients probablement par l'intermédiaire de l'environnement souillé et mal décontaminé.

Cette analyse a mis en évidence des défaillances dans le respect des précautions standard incriminées dans cette transmission croisée.

La méthode Alarm a permis de rechercher les données de façon exhaustive malgré le délai entre la survenue de l'EI et l'investigation. La mise en évidence de causes latentes lors de la réunion de restitution a permis une remise en question collective. Cependant, il est à craindre que la mise en place du plan d'action demeure incomplète en raison de l'absence de levier sur le « facteur patient ». Un nouvel épisode de transmission croisée avec suspicion de persistance environnementale de BHRé au sein de la structure quelques semaines en aval fait craindre l'absence de prise de conscience du risque lié à la contamination des surfaces.

REFERENCES

- ❖ SF2H. Guide de bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse ; 2004
- ❖ Seringe E, Colin L, Aggoune M et al. Un cas de transmission nosocomiale du virus de l'hépatite c (VHC) en hémodialyse : analyse des causes *a posteriori* selon la méthode Alarm. BEH ; 2015
- ❖ Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ. 2000;320(7237):777-81.