

Réduire les poses de voies veineuses inutiles à l’Hôpital Charing Cross

Sanitaire

Date de publication : 4 décembre 2024

Généralités

Objectif :

L’objectif était d’atteindre un taux de voies veineuses inutilisées inférieur à 20 % pendant six mois consécutifs, chez les patients dirigés vers les urgences de Charing Cross, hors circuit court (ou hors équivalent CCMU 1 en France).

Le problème :
Plus de 1,4 % des émissions de la chaîne d'approvisionnement du NHS sont imputables aux plastiques à usage unique. Le NHS s'est engagé à réduire de 10 % les plastiques à usage cliniques et à usage unique à court terme, ce qui devrait permettre d'économiser 224k tonnes eq. CO2 au total.

Les services d’urgence des hôpitaux St Mary’s et Charing Cross, tous deux faisant partie de la Imperial College Healthcare NHS Trust, traitent un ensemble de traumatismes et de pathologies pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Les patients qui sont adressés aux urgences par leurs médecins pour une pathologie potentiellement sérieuse - et donc hors circuit court - se voient systématiquement poser une voie veineuse périphérique au cas où elle serait nécessaire pour l'administration de fluides et de médicaments.

Cependant, une proportion importante de ces dispositifs ne s’avère pas nécessaire pendant le séjour ce qui entraîne un gaspillage de matériel et de temps pour le personnel, ainsi qu'un inconfort pour le patient et un risque accru d'infection.

Une mesure de référence effectuée dans le cadre d'un projet d'amélioration de la qualité aux urgences de l'hôpital Charing Cross a permis de constater que :

• 86 % des patients se présentant à un service d’urgence avec présence 24h/24 d’un médecin senior ont été perfusés par un cathlon.
• plus de 40 % des cathlons posés au moment de la consultation n'ont pas été utilisés
• une enquête a également révélé que 68 % des patients se plaignaient de douleurs et d'inconforts liés à la présence du cathlon.

L'équipe pluridisciplinaire qui dirige le projet à l'hôpital Charing Cross a estimé que les poses de voies veineuses inutiles dans le service des urgences coûtaient potentiellement 125.000 £ (soit environ 150.000 €) et généraient plus de 24.000 kg eq. CO2 par an.

La solution :

L'équipe a donc initié un projet d'un an visant à réduire les poses de voies veineuses inutiles dans le service des urgences, sous la direction du Dr Anu Mitra, consultant en médecine d'urgence et responsable de l'amélioration de la qualité. L'équipe s'est efforcée de former leurs collègues et de modifier les comportements pour favoriser une utilisation économique des cathlons aux urgences.

Les étapes de mise-en-œuvre

1. Choix des indicateurs

Nous avons décidé de nous concentrer uniquement sur les patients des urgences hors circuit court, lesquels sont les plus

susceptibles d'avoir besoin d'un accès intraveineux, tandis que les autres presque jamais. Notre stratégie a consisté à effectuer un relevé de données de grande ampleur, suivie de relevés périodiques, plus restreints et plus fréquents, au fur et à mesure que nous mettions en œuvre des propositions de modification des pratiques.

Mesures : Nous avons opté pour deux mesures de résultats principales
- Premièrement, le pourcentage de patients ayant un abord intraveineux par cathlon posé aux urgences ;
- Deuxièmement, le pourcentage de voies veineuses inutilisés. Nous avons reconnu que pour de nombreux patients des urgences, la pose est essentielle, mais que beaucoup ont également un cathlon inséré « au cas où », qui est ensuite simplement retiré à la fin de leur passage.

Après un second cycle de modifications des pratiques et des relevés de données répétés, nous avons calculé l'impact en termes d'émissions des poses (réduites) de voies veineuses. Nous avons estimé qu'une canule de 66 g avec ligne de perfusion produirait 1,086 kg de CO_2e lors de sa fabrication et de son élimination (par incinération).

2. Mesures de référence

En octobre 2020, les données de référence ont montré que 75 % des patients hors circuit court des urgences étaient perfusés et que pour 37 % d'entre eux, ces voies veineuses avaient été inutiles.
Nous avons également interrogé des patients qui avaient été perfusés. 68 % d'entre eux avaient une opinion négative (ils trouvaient cela douloureux, auraient préféré ne pas en avoir), qu'ils reçoivent ou non des médicaments par voie intraveineuse.

Une petite série d'entretiens avec le personnel nous a permis d'explorer les obstacles à l'adoption des améliorations. Ils ont permis d'observer que certains groupes de personnel semblent demander des abords intraveineux superflus plus souvent que d'autres.

3. Les interventions

Nous avons décidé de nous concentrer sur les patients "de faible gravité" (équivalents CCMU 2 en France). Il s'agit des patients qui ont le plus de chances de sortir de l'hôpital et qui ont le moins besoin de médicaments par voie intraveineuse.

a. Messages

Des messages sont diffusés en continu dans le service, en se concentrant sur les zones où les décisions de perfuser sont prises. Nous avons étudié les déplacements du personnel clé dans le service, par exemple au niveau du poste de soins infirmiers, là où les étiquettes pour prélèvements sanguins sont mises à disposition pour les AEU (Assistants de l'équipe d'urgence, équivalents d'aide-soignants spécialisés en France), qui effectuent la plupart des prélèvements sanguins / poses de voies veineuses périphérique), près du bureau du médecin en charge, et nous avons placé des affiches dans leur ligne de mire. Nous avons également diffusé un diaporama en continu sur le grand écran de l'espace réservé au personnel de la division des patients hors circuit court, et nous y avons inclus les affiches de ce projet.

Contenu : les données principales concernant nos performances par rapport aux deux indicateurs. Au début du projet, les réactions des patients semblaient avoir plus d'écho auprès du personnel que l'impact des émissions, qui paraissait plus lointain et moins tangible. Au fur et à mesure que nous avancions, nous avons mis l'accent sur la durabilité, ce qui s'est reflété dans notre message, en utilisant des mesures de substitution telles que les voyages en avion sur de longues distances ou le kilométrage parcouru en voiture.

b. L'image de marque

Il est souvent utile de créer une sorte d'image de marque pour les travaux d'amélioration, car une grande partie de l'engagement consiste à sensibiliser le personnel au projet et à son importance. Le premier slogan du projet était « Réfléchissez avant de perfuser », qui a été remplacé après un certain temps par « Supprimons les voies veineuses », un slogan plus percutant. Nous avons également créé un logo dans le style de Ghostbusters.

c. Engagement direct en face à face

Il n'y a souvent pas de « solution miracle » en matière d'amélioration de la qualité pour parvenir à un changement, et nous

nous sommes fortement appuyés sur des rappels et un engagement « à l'ancienne » avec nos collègues, en leur demandant de se référer aux directives sur les poses d'abords veineux et en leur expliquant l'impact eq. CO2 des perfusions inutiles.

d. Lignes directrices pour la pose de voie veineuses dans le département

Sur la base d'un consensus du corps des médecins seniors, nous avons créé des critères de pose de cathlons basés sur des feux tricolores. Le vert correspondait aux cas où la pose était indiquée sans contestation possible, par exemple en cas de septicémie, l'orange aux cas « possibles » et le rouge aux cas « inutiles ». Des affiches reprenant les critères ont été placées dans les zones ciblées, comme indiqué ci-dessus, en mettant l'accent sur les critères rouges et en supprimant les critères verts.

e. Feuille de demande de prélèvements sanguins

Il s'agit de la feuille sur laquelle le personnel peut demander des prélèvements sanguins et laisser des étiquettes pour les AEU. En utilisant les principes de la théorie Nudge, nous avons inséré un petit degré de « facteur de dérangement » dans la demande d'une pose de voie d'abord périphérique. Alors qu'il suffisait auparavant de cocher une case pour demander une pose de cathlon, nous avons supprimé toute mention du mot sur la feuille, et le personnel doit désormais écrire « pose de voie d'abord périphérique » en tant que demande spéciale, ainsi que son 'indication clinique (les AEU sont autorisés à ne pas poser de cathlon si le demandeur ne l'a pas justifié sur la feuille).

c. Renforcer les capacités des AEU

Les AEU nous ont fait remarquer qu'en tant qu'aide-soignants de niveau 3 (système britannique), il leur était souvent difficile d'interpeller les infirmières (de niveaux 5 / 6 / 7) ou le personnel médical lorsqu'une voie d'abord inappropriée était demandée. Nous avons clairement indiqué aux AEU et à l'ensemble de l'équipe qu'ils devraient être habilités à contester.

d. Autocollants sur les packs de cathlons

Nous sommes en train de déployer ces autocollants. Il s'agit d'étiquettes de 2,12 x 3,81 cm qui s'adaptent facilement à un pack de canules. Nous prévoyons d'en coller plusieurs de manière aléatoire et périodique sur un échantillon de packs de cathlons, afin d'encourager le personnel à réfléchir à deux fois avant de poser une canule. Actuellement, le message est « STOP. Ce patient a-t-il vraiment besoin d'une voie d'abord ? », mais nous pourrions en envisager d'autres, comme l'impact de chaque pose de perfusion sur les émissions.

Un audit a été réalisé après 12 mois.

Etapes de mise en oeuvre

Essaimage

Les principaux freins

- Adoption uniforme des messages clés : La plupart des collègues ont compris la nécessité de réduire les poses de voies veineuses. Cependant, un petit nombre de médecins seniors et d'infirmières ont fermement décidé de conserver leurs habitudes. Cela a nécessité la vigilance de l'équipe « Amélioration de la qualité » pour identifier les « récidivistes », ainsi qu'un engagement direct de la part du consultant parrainant le projet. Cela a mis en évidence la valeur de la participation de membres du personnel seniors, en tirant parti de leur autorité pour contribuer à la mise en œuvre des changements.

- Biais du présent : Un biais cognitif par lequel les gens font un choix qui leur procure une gratification immédiate, plutôt que de retarder cette gratification en vue d'une récompense future, encore intangible mais souvent plus importante. Le

biais du présent est un problème courant dans le domaine de l'urgence climatique, car il empêche de modifier les modes de vie, ce qui peut entraîner une certaine gêne ou des inconvénients, mais qui contribue à réduire les émissions de gaz à effet de serre. Nous avons d'abord abordé ce problème en présentant le projet d'amélioration de la qualité comme une initiative en faveur de l'efficacité et de l'expérience des patients, en commençant par exemple par les données relatives à l'aversion des patients pour les poses de cathlon. Cette approche a eu plus d'écho auprès du personnel et nous a permis de gagner du terrain. Par la suite, nous avons recadré le projet pour en faire une initiative « Urgences vertes », à laquelle le personnel a adhéré.

- La rotation du personnel : Il s'agit d'un défi courant dans le domaine de l'amélioration de la qualité, qui entraîne une perte de continuité lorsque le personnel participant au projet quitte le service. Habituellement, ce problème concerne davantage les médecins débutants en raison de la nature rotative de la formation. Nous avons anticipé ce problème en veillant à ce qu'il y ait un AEU et des infirmières représentées au sein de l'équipe du projet afin de préserver cette continuité. Cependant, il y a également eu une forte rotation des infirmières qui ne faisaient pas partie de l'équipe du projet et qui ont apporté avec elles leurs idées préconçues sur la pose d'une canule à tous les patients. La baisse des performances pouvait donc parfois être attribuée à l'afflux de nouvelles infirmières. Nous avons tenté d'y remédier en nous adressant spécifiquement aux nouvelles infirmières par le biais d'un engagement direct, et en incluant le projet "Cut The Cannula" (Supprimons les voies veineuses) dans l'initiation des infirmières (sous le modèle « c'est ainsi que nous procédons ici »).

- Grade d'ancienneté : Bien que nous essayions d'aplanir la hiérarchie dans notre service, il est inévitable que le personnel s'en remette aux niveaux supérieurs, et c'est ce que nous avons constaté lorsque les AEU (niveau 3) ont parfois contesté les infirmières (niveau 5) qui insistaient pour qu'un patient soit perfusé. Il s'agit là d'un problème difficile à résoudre. Le fait de souligner comment les critères de pose de voies d'abords périphériques ont été définis par les consultants et de demander aux AEU de s'y référer lorsqu'ils contestent les infirmières a permis de résoudre en partie ce problème.

- Biais de mémoire négative : « Il y a eu cette fois où je n'ai pas posé de voie d'abord intraveineuse à un patient et où je me suis fait réprimander par un médecin pour ne pas l'avoir fait / le patient est devenu très sévère et nous n'avons pas pu poser de voie veineuse périphérique ». Le biais de remémoration favorise souvent les souvenirs négatifs, et quelques infirmières portaient ce bagage sur elles. Nous avons effectué une analyse de sous-groupe des patients non perfusés qui ont ensuite eu besoin d'un abord intraveineux dans notre service, ce qui a révélé un taux de pose tardive de 3 %. Nous avons estimé qu'il s'agissait d'un risque acceptable.

Les principaux leviers

- Économie de 19.000 kgCO2e
- Économie d'environ 95.000 £ (soit environ 114.000€)
- Réduction des poses inutiles de voies d'abord veineuses

- « Juste au cas où » : Cette question a été directement abordée en soulignant le pourcentage élevé de patients dont la voie veineuse n'a jamais été utilisée.

Témoignages

> *La réduction de l'utilisation inutile des abords intraveineux a permis d'améliorer le confort des patients, de réaliser des économies et de réduire les émissions de carbone. Bien qu'il s'agisse toujours d'un projet d'amélioration de la qualité - avec les soins de santé durables à l'esprit, le service était convaincu de son potentiel pour améliorer le confort des patients et l'efficacité. J'ai appris qu'il ne faut pas craindre de lancer des projets qui visent ostensiblement à réduire notre impact sur l'environnement. Le personnel est vraiment préoccupé par le changement climatique, et il est prêt à trouver des moyens de fournir des soins de santé durables*
>
> **Anu Mitra, Médecin urgentiste consultant**

L'établissement

Date de mise en œuvre :

Durée du projet : 12 mois

Charing Cross Hospital (Imperial College Healthcare NHS Trust) W6 8RF

Type de structure : Sanitaire

Obligation réglementaire : Non

Déclenchement
Ce projet répond à la problématique des poses inutiles de voies veineuses aux urgences. Il vise à limiter les dépenses (150.000 €) et les émissions excédentaires (24.000 kg eq. CO2 par an) liées.

La mise en oeuvre

Facilité de mise en oeuvre

4/10

Remplace une pratique existante

Les ressources

Temps

1 an

A considérer

Les impacts

Sur l'environnement : Impacts positifs

Un audit réalisé après 12 mois a montré une diminution de 25 % des poses de voies veineuses au cours du passage aux urgences des patients, soit une baisse de 61 % par rapport aux mesures de références. Parmi les patients perfusés pendant la consultation, la voie veineuse s'est avérée non utilisée dans 27 % des cas, contre 40 % auparavant. Cela représente une réduction de 40 poses de cathéters périphériques inutiles par jour et suggère une réduction annuelle potentielle des émissions de carbone associées d'environ 19.000 kgCO2e.

Sur les professionnels : Pas d'impacts

La plupart des collègues ont approuvé la nécessité de réduire les poses de voies veineuses. Toutefois, un petit nombre de médecins seniors et d'infirmières sont restés fidèles à leurs anciennes habitudes.

Sur les usagers :

Une étude a révélé que 68 % des patients se plaignaient de douleurs et d'inconfort liés à la pose d'un cathlon.

Sur l'organisation :

Sur le médico-économique : Impacts positifs

La réduction de 40 voies veineuses inutiles par jour pendant un an correspond à une économie d'environ 95.000 £ (soit environ 114.000€)

Personnel (équipe projet, déploiement...)

- Consultants : Ils jouent un rôle clé dans l'élaboration de la stratégie de réduction des voies d'abords périphériques. La plupart d'entre eux sont favorables à une plus grande efficacité dans l'ensemble, et cette initiative s'inscrit dans cette philosophie. La source des critères de pose. Le consultant du RAT ("Rapid Assessment" ou évaluation rapide, où les prises en charge sont médicalisées dès l'arrivée de l'ambulance aux côtés des paramédics) est une source importante d'influence pour de meilleures pratiques et une supervision directe pour s'assurer que les infirmières du RAT ne posent pas un nombre excessif de perfusion. - Médecins juniors : il a fallu les impliquer pour s'assurer qu'ils étaient d'accord avec la réduction des perfusions, sachant que la plupart d'entre eux étaient en fait demandeurs de cette pratique. Il y a toujours eu un ou deux médecins juniors dans l'équipe. - Infirmières (des niveaux britanniques 6 et 7) : travaillent généralement en flux (triage) et en RAT et demandent donc beaucoup d'analyses sanguines et sont donc liées au projet. - Infirmières (de niveau britannique 5) : souvent affectées à la salle d'attente des patients où se trouvent la plupart des patients à faible niveau de gravité et le plus souvent porteurs de perfusions inutiles. Il y a toujours eu 2 ou 3 infirmières "championnes" dans l'équipe, diffusant les messages clés parmi leurs pairs par le biais d'un engagement direct. - Les AEU : L'équipe compte au moins une AEU depuis le début du projet, ce qui en fait un élément clé du projet. Ils ont joué un rôle déterminant dans la mise en œuvre des critères de pose, de la feuille de demande de test sanguin et dans la motivation de leurs collègues.

A considérer

Des compétences en interne

Des compétences externes (prestations externes)

Des équipements, du matériel

Des financements (internes et externes)

Parties prenantes associées

- [ ] Direction
- [ ] Administration
- [ ] Services techniques
- [ ] Professionnels
- [ ] Bénéficiaires
- [ ] Tutelles

Conditions de succès



Projet inscrit dans la politique de l'établissement