

SYSTEME DE MANAGEMENT DES RISQUES

EVALUATION DU SYSTEME DE
LUTTE CONTRE LES INFECTIONS
NOSOCOMIALES

ARLIN

14 octobre 2010

LIN

CULTURE		Réponses	Commentaire
Formation - Sensibilisation	Nombre de personnes concernées	Tous sauf nouveaux médecins	
	Nombre de personnes formées	1500 pour la grippe A	Formations définies par catégorie
	Nombre de personnes sensibilisées	idem	
	Atteinte du programme de formation national	OUI	minimum : correspondants/internes/nouveaux agents/remplacements d'été/ouvriers
	Le programme de formation est décidé en fonction de l'analyse des risques a priori	OUI	



Réf.		Pondération	Infections nosocomiales	%
CULTURE		4		
1a	Formation - Sensibilisation		0,95	95%

Les formations et/ou sensibilisations sont organisées en fonction des résultats des analyses à priori = + 0,1
a-Le programme défini de formation est atteint = 0,9
b-"personnel concerné formé dans l'année $\geq 75\%$ " = 0,9
c-"personnel concerné sensibilisé dans l'année $\geq 75\%$ " = 0,7
d-" $50\% \leq$ formé $< 75\%$ " = 0,7
e-" $50\% \leq$ sensibilisé $< 75\%$ " = 0,5
f-" $5\% \leq$ formé $< 50\%$ " = 0,5
g-" $5\% \leq$ sensibilisé $< 50\%$ " = 0,2
h-" $< 5\%$ " = 0

LIN

CULTURE		Réponses	Commentaire
Référént / Correspondant	Nom des référents	Correspondants hygiène	
	Référents connus du personnel	OUI	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
CULTURE			3		
1b	Référent	Référents connus du personnel = 1 Référents nommés = 0,5	1	1	100%

CULTURE		Réponses	Commentaire
Documentation	Documentation accessible	OUI	gestion documentaire informatisée + classeur papier
	Documentation à jour	Pas garantie que le classement soit à jour (0,75) informatique=référence. Papier : pas sûr	



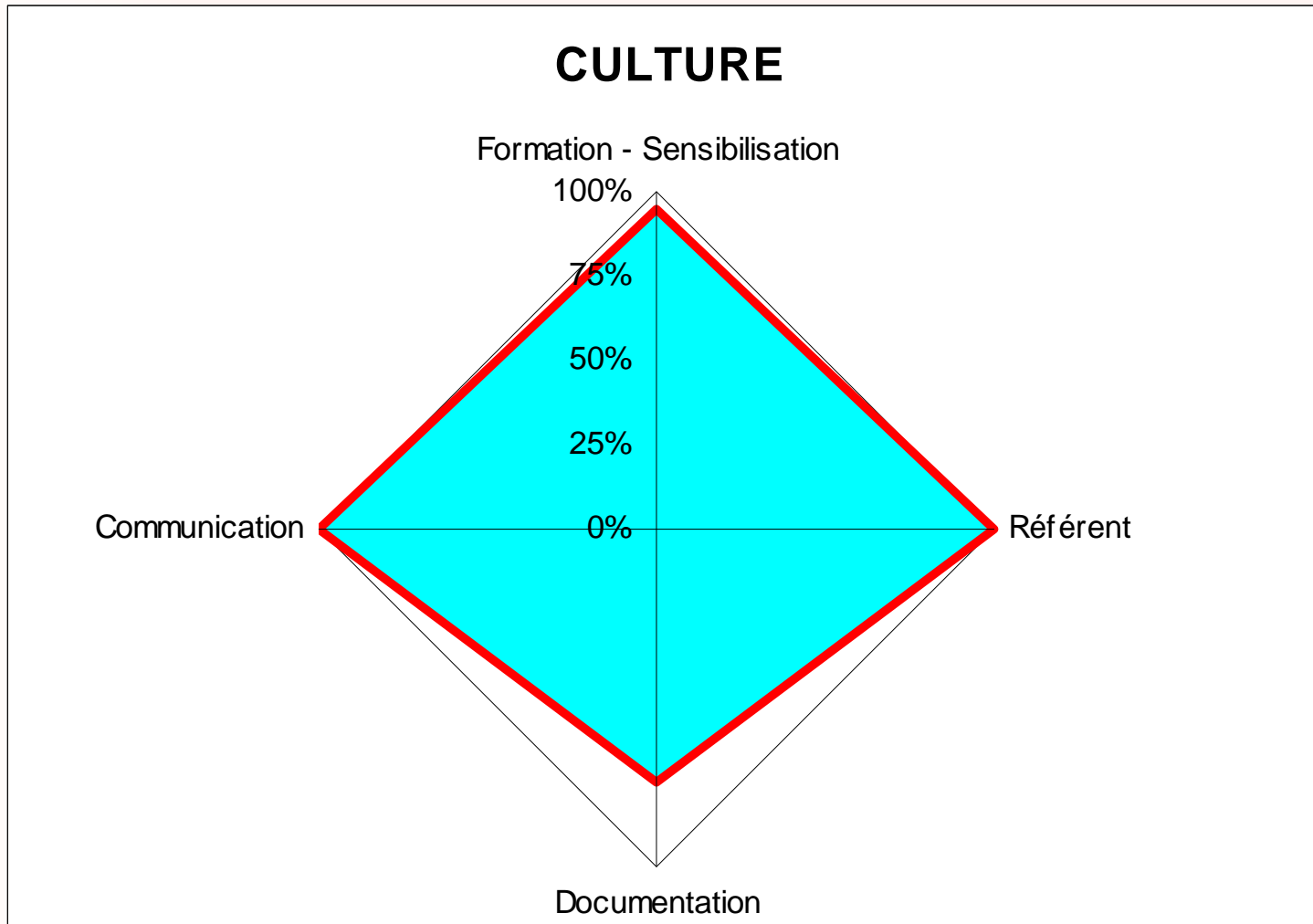
Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
CULTURE			2		
1c	Documentation	Documentation accessible et à jour = 1 Document accessible et partiellement à jour = 0,5 Documentation non accessible = 0	1	0,75	75%

LIN

CULTURE		Réponses	Commentaire
Communication	Moyen de communication interne	Affichage + instances (CHSCT, CSIRMT, CRUQPEC, CA, CME) + référents communication	
	Périodicité de communication interne	Trimestriel	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
CULTURE			1		
1d	Communication	a-Communication interne trimestrielle = 1 b-Communication interne semestrielle = 0,66 c-Communication interne annuelle = 0,33 d-Pas de communication interne = 0	1	1	100%

Mesure CULTURE LIN



LIN



STRUCTURE		Commentaires	
Pilote identifié (responsable, comité, groupe)	Nom du pilote	Gwenaël ROLLAND-JACOB	
	Nom et composition de la cellule opérationnelle	Unité hygiène et épidémiologie	EOHH
	Nom et composition de la cellule décisionnelle	sous-com CLIN	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRUCTURE			3		
2a	Pilote identifié (responsable, comité, groupe)	a-Pilote nommé = 0,33 b-Cellule opérationnelle = 0,33 c-Cellule décisionnelle = 0,33 Chaque réponse bonne s'ajoute	1	0,82	82%

STRUCTURE		Commentaires	
Moyen humain (temps alloué)	Temps spécifique alloué au pilote (en % ETP)	100%	Formation continue du pilote



Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRUCTURE			3		
2b	Moyen humain (temps alloué)	Temps spécifique alloué au pilote (ou inclus dans la fonction) = 1	1	0,85	85%

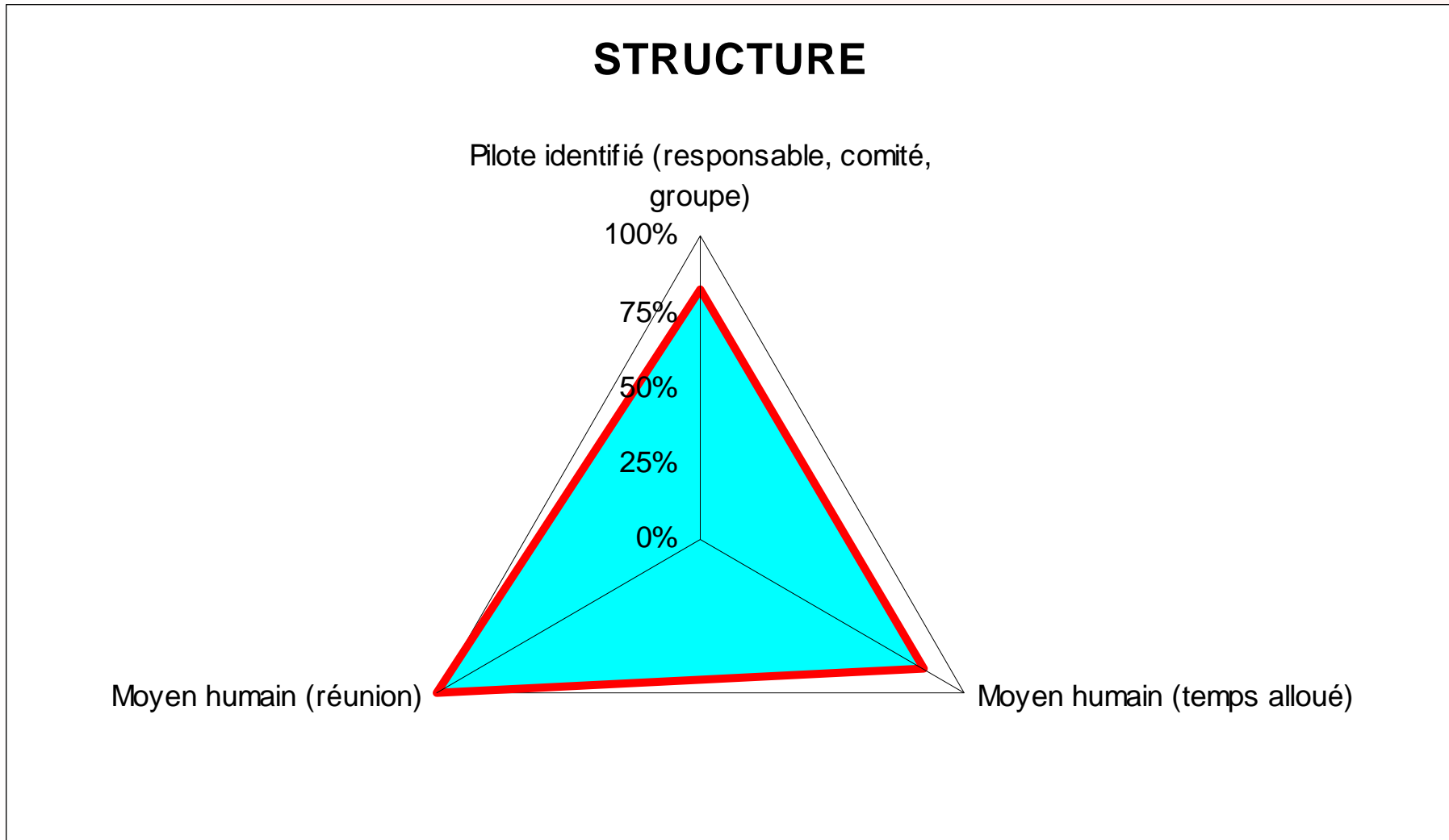
LIN

STRUCTURE		Commentaires	
Moyen humain (réunion)	Nombre réunion de la cellule opérationnelle cette année	réunions fréquentes	
	Nombre réunion de la cellule décisionnelle cette année	3	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRUCTURE			3		100%
2c	Moyen humain (réunion)	a-Nb réunion/an > 2 cellule opérationnelle = 0,5 b-Nb réunion/an > 1 cellule décisionnelle = 0,5 Chaque réponse bonne s'ajoute	1	1	100%



Mesure STRUCTURE LIN



LIN

STRATEGIE		Commentaires	
Implication des instances	Date de l'avis des instances sur la politique	Instances de Mars 2009	CA, CME, CSIRMT, CHSCT
	Date de la dernière Information des instances sur le niveau des indicateurs	Instances de Mars 2009	
	Date de l'avis des instances sur le programme	Instances de Mars 2009	
	Date de l'information des instances sur avancée du programme	Instance d'avril 2010	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRATEGIE			5		
3a	Implication des instances	a-Avis des instances sur politique = 0,25 b-Information des instances sur le niveau des indicateurs d'efficacité de la politique = 0,25 c-Avis des instances sur programme = 0,25 d-Information des instances sur avancée du programme = 0,25 Chaque réponse bo	1	1	100%

LIN

STRATEGIE		Commentaires	
Indicateurs d'efficacité politique	Date création des indicateurs d'efficacité de la politique	2006	
	Intitulé des indicateurs d'efficacité de la politique	ICALIN	
	Date du dernier résultat des indicateurs d'efficacité de la politique	2008 (2009 en cours de calcul, résultats début 2011)	



Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRATEGIE			5		
3b	Indicateurs d'efficacité politique	Existence, mise à jour et suivi d'indicateur(s) d'efficacité de la politique = 1	1	1	100%

STRATEGIE		Commentaires	
Coordination interne	Participe à une coordination interne à l'établissement	OUI	CME, Com Q, trépied infectiologue/hygiéniste/microbiologiste

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRATEGIE			5		
3c	Coordination interne	Participe à une coordination interne à l'établissement = 1	1	1	100%

LIN

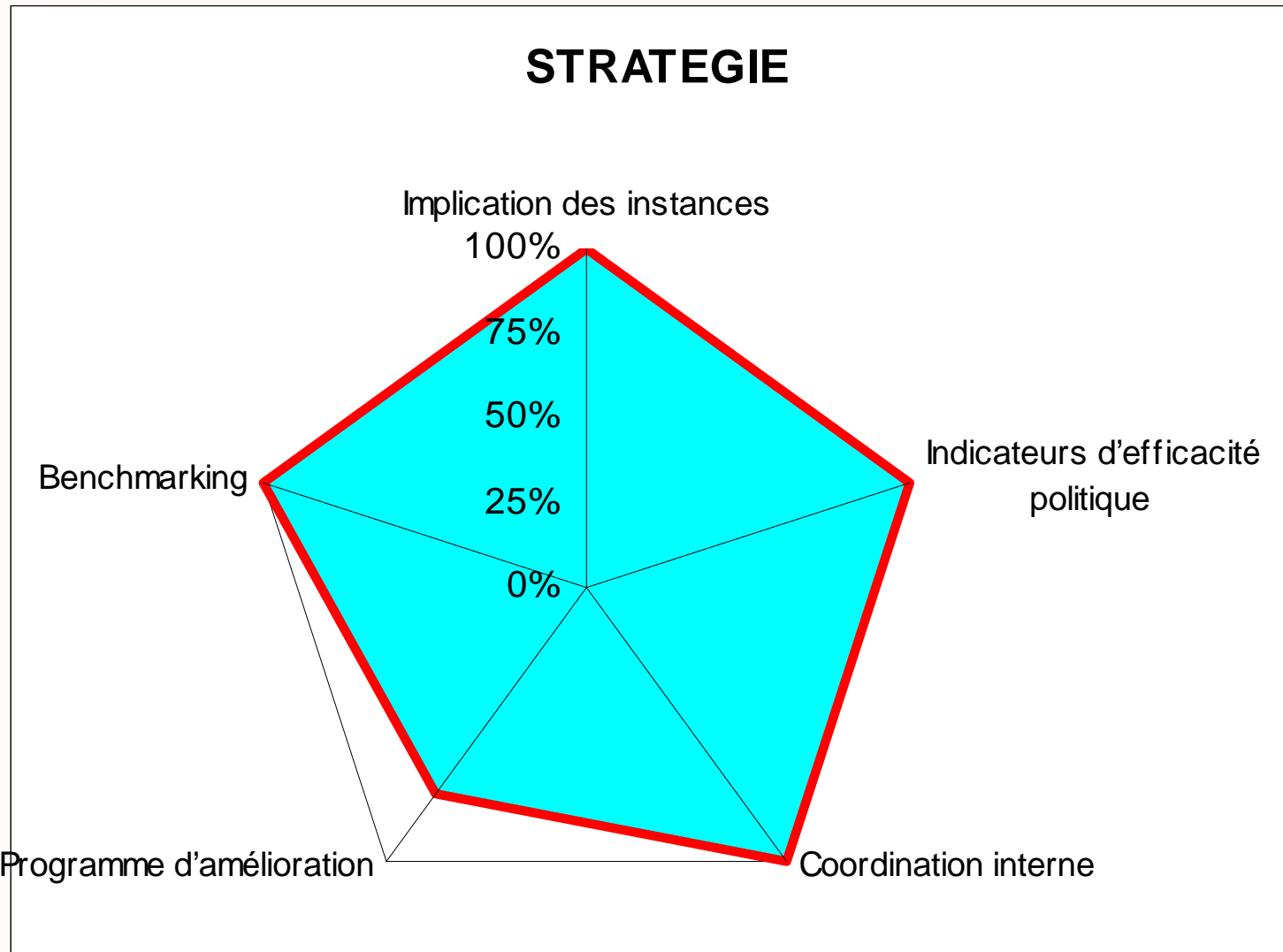
STRATEGIE	Commentaires
Période du dernier programme d'amélioration	2009
Pourcentage d'atteinte du programme d'amélioration	Plus de 50 % mais inférieur à 100 % (en raison de la grippe A)

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRATEGIE			5		
3d	Programme d'amélioration	Etablit un programme d'amélioration annuel = 0,5 100% du programme est réalisé = 0,5 Entre 50% et 100% du programme est réalisé = 0,25 Chaque réponse bonne s'ajoute	1	0,75	75%

STRATEGIE		Commentaires	
Benchmarking	Participe à un réseau qui permet l'échange des pratiques	OUI	
	Participe à un réseau qui permet la comparaison des niveaux de maîtrise	OUI	
	Nom du réseau externe	ARLIN	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
STRATEGIE			5		
3e	Benchmarking	Participe à un réseau pour assurer l'échange des pratiques organisationnelles = 0,5 Participe à un réseau qui permet l'échange et la comparaison des niveaux d'atteintes = 0,5 Chaque réponse bonne s'ajoute	1	1	100%

Mesure STRATEGIE LIN



LIN

Analyse respect de la réglementation	Collecte des textes juridiques organisée	OUI	Nosobase
	Analyse respect de l'ensemble des textes, articles par article	OUI pour les décrets / NON pour les circulaires	Aucune preuve que tout soit analysé
Procédures de	Chaque processus critique (risque inacceptable) fait l'objet d'une procédure	NON	KT veineux centraux

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
TECHNIQUE			6		
4a	Analyse respect de la réglementation	Veille Réglementaire organisée = 0,5 Analyse respect de la réglementation article par article = 0,5	1	1	100%

TECHNIQUE		Commentaires	
Procédures de maîtrise	Chaque processus critique (risque inacceptable) fait l'objet d'une procédure	NON	KT veineux centraux
	Au moins 1 processus critique fait l'objet d'une procédure	OUI	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
TECHNIQUE			6		
4b	Procédures de maîtrise	Chaque processus critique fait l'objet d'une procédure = 1 Au moins 1 processus critique fait l'objet d'une procédure = 0,5	1	0,75	75%

LIN

TECHNIQUE		Commentaires	
Analyse a priori	Date de la dernière analyse a priori (ou mise à jour)	réa : sept 2010, bloc en 2009	
	Tout le processus fait l'objet aujourd'hui d'une analyse a priori à jour	NON	Diagnostic hygiène à améliorer sur les trois dernières années.

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
TECHNIQUE			6		
4c	Analyse a priori	Au moins 1 analyse a priori, ou mise à jour, dans les trois dernières années = 0,5 L'ensemble des processus a fait l'objet d'une analyse a priori à jour et a permis de dégager les processus critiques = 1	1	0,75	75%

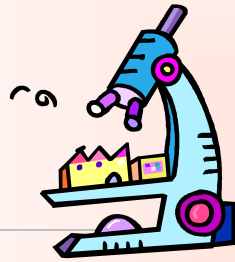
LIN

TECHNIQUE		Commentaires	
Système de déclaration d'événements	Existence d'un système de déclaration d'événement indésirable par l'ensemble du personnel incluant ce processus = OUI / NON	OUI	Attention 2 voies de signalement
Analyse a posteriori	Nom des outils utilisés pour l'analyse des évènements indésirables	Tableau synoptique, courbe épidémique, outils descriptifs et étiologiques	
	Grille de gravité prédéfinie	NON	Evénement sentinelle. Pas pour ceux qui ne sont pas dans le système.
	Tous les événements graves sont définis et systématiquement analysés	OUI	formalisés dans un programme
	Analyse statistique des événements indésirables	OUI	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
TECHNIQUE			6		
4d	Analyse a posteriori	Existence d'un système de déclaration d'événement indésirable par l'ensemble du personnel = 0,2 Définitions d'événements sentinelles = 0,2 Mise à disposition d'outils pour l'analyse des évènements indésirables = 0,2 Organisation pour une analyse systématique des évènements graves et analyse statistique des autres = 0,2 Grille de gravité prédéfinie = 0,2 Chaque réponse bonne s'ajoute	1	0,9	90%

LIN

TECHNIQUE		Commentaires	
Audit	1 processus critique a fait l'objet d'1 audit dans l'année	OUI	Audits nationaux (critères O/N)
	Tous les processus critiques ont fait l'objet d'audits sur une période définie	NON	Période définie 3 ans



Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
TECHNIQUE			6		
4e	Audit	a-1 processus critique a fait l'objet d'1 audit dans l'année = 0,5 b-tous les processus critiques ont fait l'objet d'audits sur une période définie au préalable = 1	1	0,5	50%

TECHNIQUE		Commentaires	
Retour d'expérience organisé	Enregistrement du retour d'expérience	OUI	Capitalisation des points forts/faibles sur 3 ans à partir des diagnostics hygiène

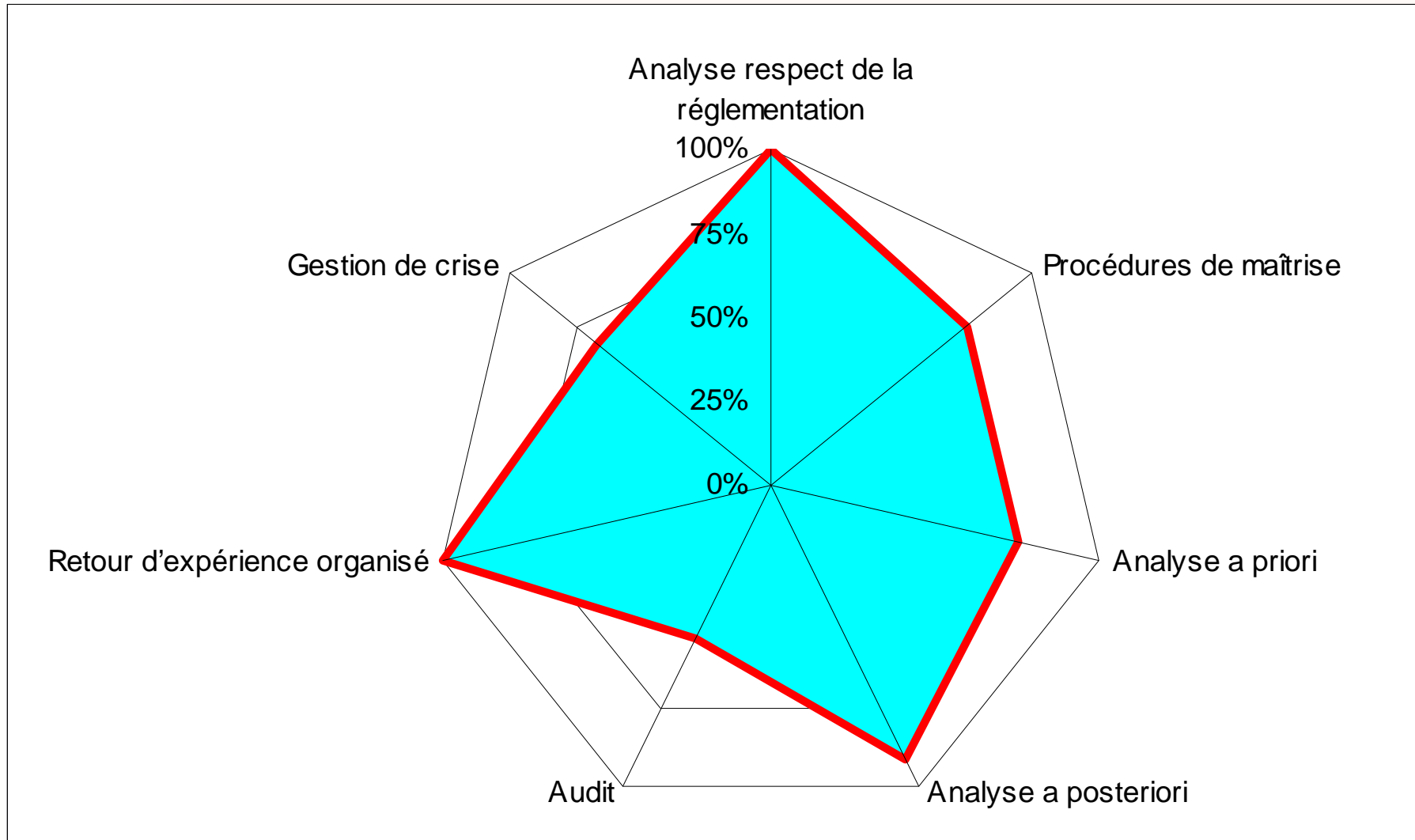
Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
TECHNIQUE			6		
4f	Retour d'expérience organisé	Enregistrement du retour d'expérience = 1	1	1	100%

LIN

TECHNIQUE		Commentaires	
Gestion de crise (quand le référent médical de ne peut gérer seul)	Nombre de scénarii d'accident identifiés	Ecrit dans les procédures	
	Procédures écrites pour chaque scénario	OUI / NON	partiel : à améliorer
	Date dernier exercice - simulation	mise en œuvre régulière de gdc	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
	TECHNIQUE		6		
4g	Gestion de crise	a-Scénarii d'accident identifiés = 0,33 b-Procédures écrites et connues pour chaque scénario = 0,33 c-Exercices réguliers (<2ans) = 0,33 Chaque réponse bonne s'ajoute	1	0,66	66%

Mesure TECHNIQUE LIN



LIN

RESULTATS		Commentaires	
Analyse a priori	Nombre de risque inacceptable		difficile à chiffrer
	Pourcentage de risque inacceptable par rapport à l'ensemble des risques		idem

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
RESULTATS			6		
5a	Analyse a priori	a-pas d'analyse a priori = 0 b-risques inacceptables > 25% de l'ensemble des risques identifiés = 0 c- "10% < risques inacceptables <=25 %" = 0,25 d- "5% < risques inacceptables <= 10%" et/ou "risques modérés > 25%" = 0,5 e- "0% < risques inacceptables <= 5 %" et/ou "0% <risques modérés <= 25%" = 0,75 f- aucun risque inacceptable = 1	1	0,75	75%

RESULTATS		Commentaires	
Analyse à posteriori	Taux d'événements indésirables gravité (EIG) maximum ou événements sentinelles (ES) traités dans l'année par rapport au EIG ou ES non traités	toutes les IN Noso déclarés ont été traitées, toutefois des EI non déclarés	extension : tx issu de la surveillance, des EI déclarés, exhaustivité de la déclaration ?

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
RESULTATS			6		
5b	Analyse a posteriori	"Aucun événement indésirable gravité maximum et événement sentinelle déclaré ou tous traités dans l'année" = 1 "La majorité des événements ... sont traités dans l'année" = 0,5 "La majorité des événements indésirables gravité maximum ou événements sentinelles non traités dans l'année" = 0	1	0,5	50%

LIN

RESULTATS		Commentaires	
Audits	Pourcentage de critères conformes	endoscopie : 100%	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
RESULTATS			6		
5c	Audits	a-100% des critères conformes = 1 b-"75% < critères conformes" = 0,75 c-"50 < critères conformes <=75%" = 0,5 d-"critères conformes <= 50%" = 0,25 e-pas d'audit = 0	1	0,5	50%

RESULTATS		Commentaires	
Respect de la réglementation	Pourcentage d'articles conformes		

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
RESULTATS			6		
5d	Respect de la réglementation	a-Pas d'analyse de texte = 0 b-Conformité textes article par article <= 25% = 0 c-"25% < conformité <=50 %" = 0,2 d-"50% < conformité <= 75%" = 0,4 e-"75% < conformité <= 90%" = 0,6 f- "90% < conformité < 100%" = 0,8 g-"conformité = 100%" = 1	1	0,6	60%

LIN

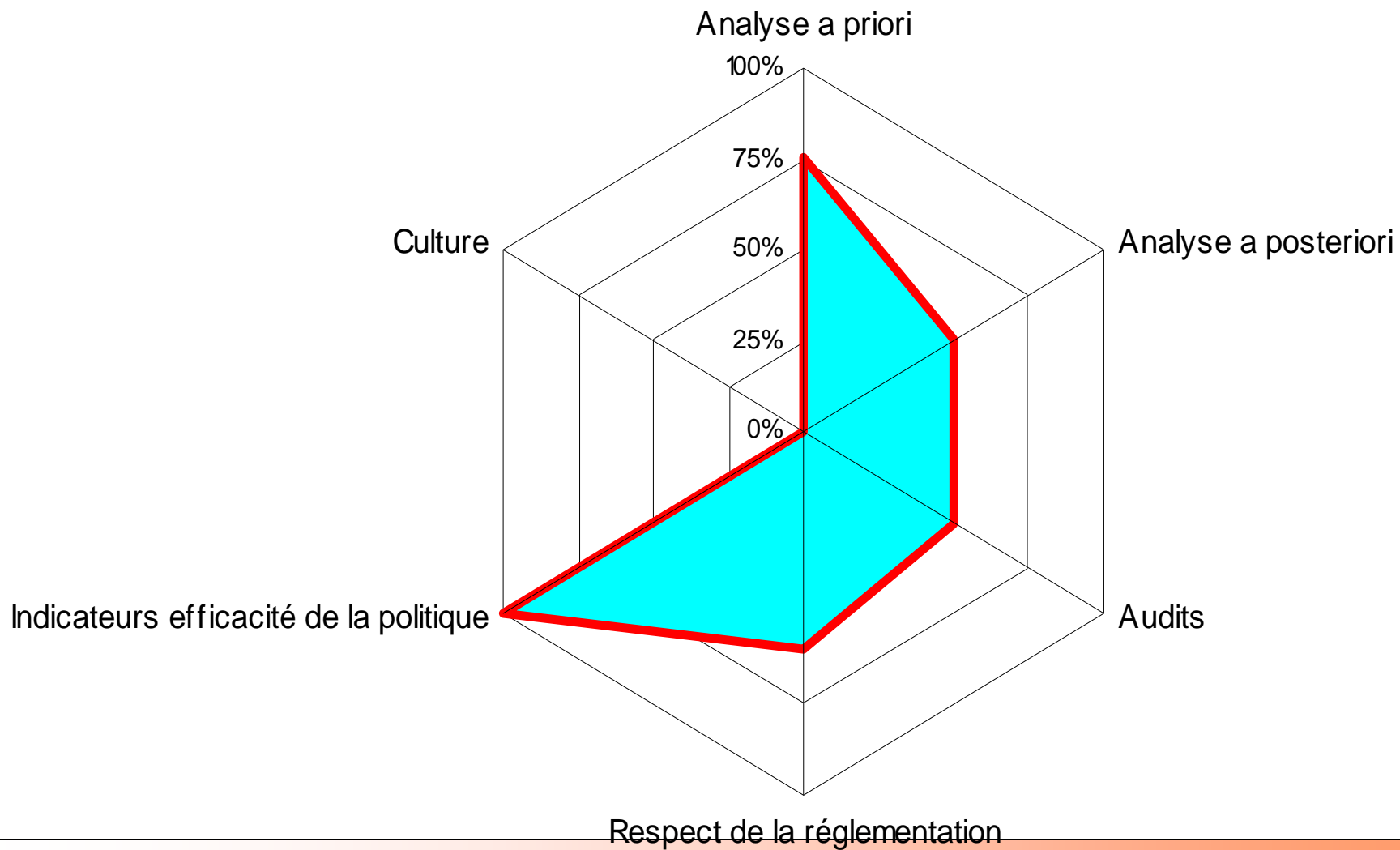
RESULTATS		Commentaires	
Indicateurs d'efficacité de la	Résultats des indicateurs d'efficacité de la politique année n-1	score agrégé : résultat maximum	
	Résultats des indicateurs d'efficacité de la politique année n-2	score agrégé : résultat maximum	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	%
RESULTATS			6		
5e	Indicateurs d'efficacité de la politique	Résultat acceptable des indicateurs d'efficacité de la politique ou en augmentation constante = 1	1	1	100%

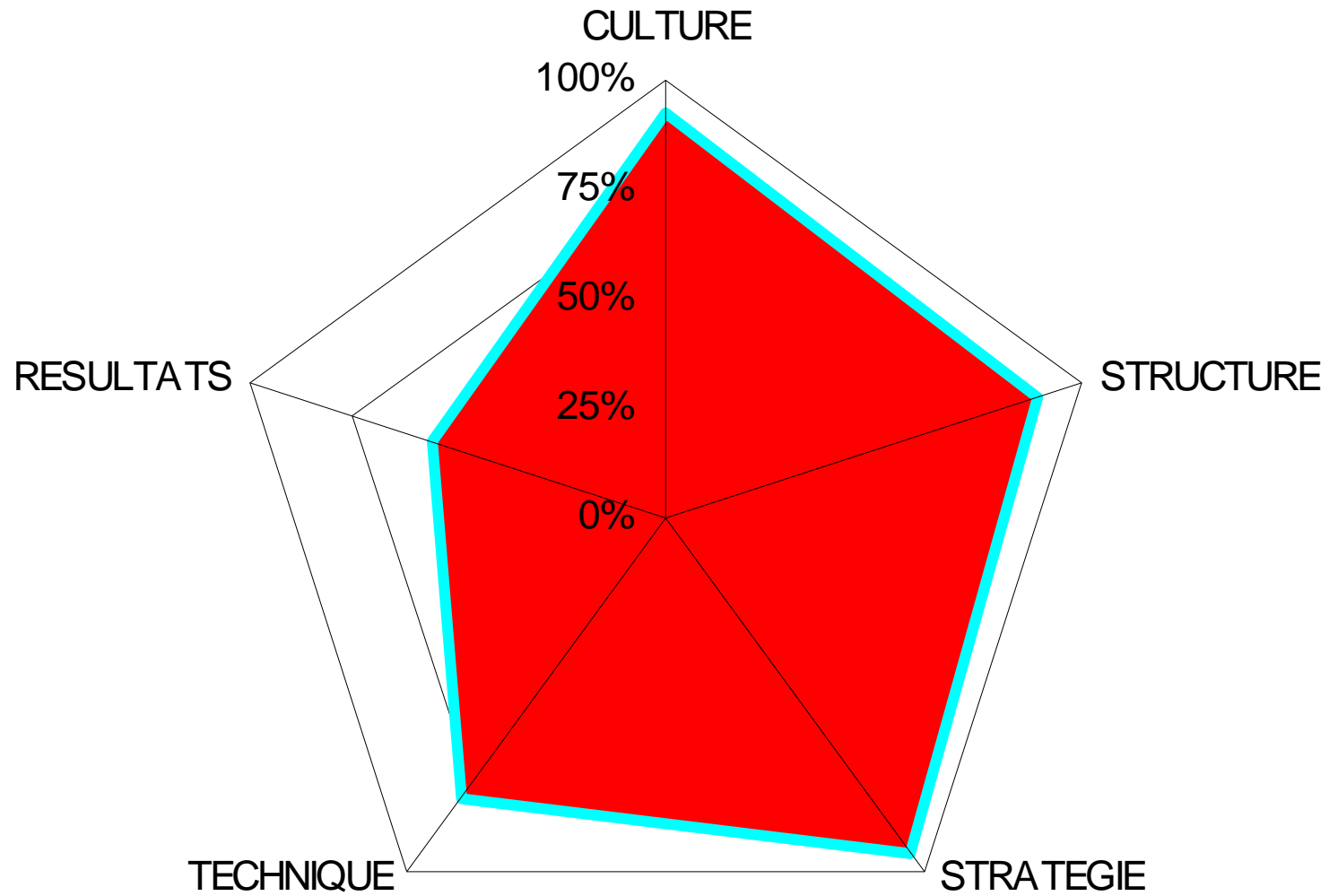
RESULTATS		Commentaires	
Culture	Date dernière évaluation culture du risque		
	Résultat du niveau de culture du risque	Bon / Moyen / Mauvais	

Réf.			Pondération	Infections nosocomiales	Pourcentage
5f	Culture	a-Pas d'évaluation du niveau de culture du risque ou niveau mauvais = 0 b-Moyen = 0,33 c-Bon = 0,66 d-1 évaluation culture du risque dans les 3 dernières années = + 0,33	1	0	0%
		Niveau de maîtrise	25	20	80%
		Inacceptable		30%	
		Moyen		70%	
		Objetif		100%	

RESULTATS LIN



INFECTIONS NOSOCOMIALES - GLOBAL



Quelles actions d'amélioration ?

Documentation : MAJ difficile, quelle évolution du papier vers l'informatique ?

EOHH : comment suivre la réglementation sur les dotations ?

Mener toutes les actions du programme d'amélioration (comment concilier programmé et gestion de crise ?)

Développer les audits, cibler les secteurs à hauts risques, concilier avec une évaluation de tous les secteurs : mesurer le respect des bonnes pratiques

Développer les indicateurs de résultat comme outil de pilotage (taux d'infection)

Quel suivi après analyse des EI (RMM) ? Quelle réactivité sur le terrain ?

Préciser les scénarii de gestion de crise, avec certaines unités spécifiques, telles que la réa

Evaluer la culture sécurité +++++

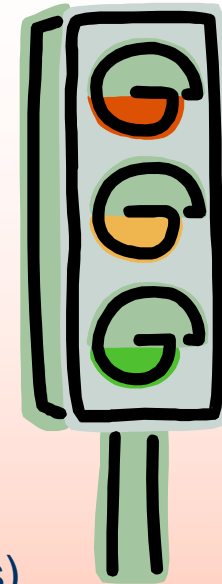


Conclusions

Comparaison score agrégé / score SMQR

Outil complet, souple, novateur, fédérateur, visuel
(permettant la comparaison inter-risques et inter-établissements)

Pilotage global des programmes de prévention
des risques : comparaison avec les autres domaines de risque



Outil de mesure des systèmes, éclairant et simple pour
l'amélioration de la culture sécurité de l'ensemble des acteurs