

NOSO News



Bulletin n° 65 Avril 2013



ISSN 2266-4912

Au sommaire

Édito	p.1
Bloc-notes	p.2
Différentes méthodes de gestion des risques associés aux soins dans le champ de l'hygiène hospitalière	p.2
GDR et LIN : état des lieux	p.3
Gestion des risques liés aux soins et prévention du risque infectieux associé aux soins	p.5
Une évolution des services d'hygiène hospitalière ?	p.6
Coordination de la gestion des risques associés aux soins au Centre hospitalier de Comouaille.	p.7
Application d'une méthode de gestion des risques au CHU de Rennes	p.8
Lu pour vous	p.10

ÉDITORIAL

En 2009, l'enquête nationale sur les événements indésirables graves (EIG) va modifier le paysage de la sécurité des soins en montrant qu'un EIG sur deux serait évitable. Les pouvoirs publics vont donc mettre la sécurité des patients et la gestion des risques associés aux soins au rang de leurs priorités. En proposant aux établissements une organisation de la gestion des risques associés aux soins (GDRAS) calquée sur celle de la LIN, ils vont soulever bien des interrogations chez nos collègues hygiénistes. Par leurs fonctions transversales et leur aptitude à travailler avec d'autres acteurs lors de la gestion d'épidémies, de dysfonctionnement de dispositifs médicaux..., les hygiénistes ont effectivement tout à fait le profil du coordonnateur de la GDRAS. Et si l'accès à cette fonction est pour eux une occasion d'élargir leur domaine de compétences, la coordination prend du temps et ne peut s'exercer au détriment de leur activité de prévention du risque infectieux associé aux soins. Certains établissements ont bien compris les bénéfices qu'ils peuvent retirer de la mise en place d'une coordination efficace de la GDR qui repose sur l'hygiéniste et ont accepté d'investir en créant les postes nécessaires.

Qu'ils deviennent ou non coordonnateurs, les hygiénistes qui utilisent dans leur pratiques quotidiennes les outils de la GDR, contribuent à la diffusion dans les services d'une culture de qualité et de sécurité des soins. Il est par conséquent nécessaire qu'ils puissent se former. Certains se sont déjà lancés dans des diplômes d'université, d'autres souhaitent suivre des formations courtes qui leur permettent de s'approprier les outils les mieux adaptés à la lutte contre les infections associées aux soins.

Au niveau national, un groupe de travail inter CCLIN est en train de se structurer afin d'apporter une aide concrète aux établissements sous forme d'outils, de retours d'expériences...

Afin d'accompagner au mieux les hygiénistes de l'inter-région Ouest, le CCLIN et les ARLIN leur proposent, depuis 2010, des formations d'une journée délocalisées dans les régions. Théoriques et pratiques, elles sont illustrées par des exemples d'événements propres à la LIN. Afin d'aller plus loin, le groupe de travail « outils de gestion des risques » créé en 2012 a le projet d'un guide sur les outils de la GDR les mieux adaptés à la LIN.

Dans ce 65ème numéro de NosoNews, nous avons souhaité donner un rapide aperçu des méthodes utilisables dans les champs de la LIN. Nous vous présentons également différentes expériences d'organisation de la GDR montrant l'implication des hygiénistes. Vous lirez aussi les résultats d'une enquête exploratoire sur l'organisation de la GDR dans les établissements des membres du Conseil Scientifique.

Depuis le décret de 1988, sur les CLIN, l'organisation de la prévention des infections associées aux soins s'est lentement structurée. Et même si les ratios de praticiens hygiénistes ne sont pas toujours atteints aujourd'hui, des progrès incontestables ont été réalisés. Un nouveau champ de compétence s'offre aux hygiénistes avec la coordination de la GDR. Il conviendra cependant de veiller à ce que la GDRAS ne se structure pas aux dépens de la LIN, dont les résultats sont certes probants mais peut-être pas encore suffisamment stabilisés.

Martine AUPÉE

Congrès et journées dans l'Ouest

- **Journée régionale «Actualités en hygiène»**
16 avril - Nantes
- **Formation : les nouvelles recommandations nationales pour la gestion des patients porteurs ou infectés de Bactéries Hautement Résistantes (BHR) en MCO, SSR, SLD, HAD et en EHPAD**
18 juin - Joué-les-Tours
- **Journée de l'Ouest de Statistiques et d'Épidémiologie (JOSE) – 5 septembre - Rennes**

Autres congrès et journées

- **Journée de l'Institut de veille sanitaire (JInVS) – 11 avril - Paris**
- **Formation : Test rapide d'orientation diagnostique (TROD) – 24 avril - Paris**
- **24^e Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière – 29-31 mai 2013 - Paris**
- **14^e Journées Nationales d'Infectiologie (JNI 2013) – 12-14 juin - Clermont-Ferrand**

Pour plus d'informations, consultez la page «Agenda» du CCLin : www.cclinouest.com

Objectifs et principes d'utilisation des différentes méthodes de gestion des risques associés aux soins dans le champ de l'hygiène hospitalière

Avant de parler des différentes méthodes, il est important de rappeler que la gestion des risques est avant tout une démarche collective, qui outre la dimension technique, nécessite de penser une stratégie, de développer une culture d'établissement, de pôle ou de service (donc de terrain et basée sur la confiance) et de mettre en place une organisation et des moyens appropriés à la stratégie.

Cette démarche est par ailleurs extrêmement complémentaire, de celles concernant les démarches « qualité » et les évaluations de pratique professionnelles (EPP).

Il s'agit donc de s'inscrire dans une démarche projet (avec une fiche projet...), traversant l'ensemble des secteurs et impliquant l'ensemble des professionnels de l'établissement (du service ?).

L'objectif principal de ces démarches est d'identifier et de gérer soit à priori, soit à posteriori les risques pour le patient d'événements indésirables associés aux soins.

Les méthodes a priori

Il s'agit donc, via ces méthodes, d'identifier les risques a priori pour en réduire la fréquence et/ou la gravité.

Plusieurs outils existent commençant par une **analyse de processus** qui vise à décrire (début, fin du processus, objectif, étapes successives, acteurs ...), à analyser (en identifiant les points critiques par une analyse de pertinence) et à améliorer une organisation, une prise en charge (notamment en termes d'interfaces entre services) en ciblant, par exemple, la maîtrise du risque infectieux. Elle est menée bien évidemment collectivement par l'ensemble des acteurs concernés.

L'analyse de processus peut être complétée d'une **analyse de la défaillance et de la criticité**¹.

La visite de risque permet de faire un état des lieux par comparaison à un référentiel validé. Elle permet de sensibiliser une institution ou un service par une démarche externe et de disposer de données objectives

L'analyse de scénario permet, en s'appuyant sur le déroulé d'un épisode survenu ailleurs, d'évaluer le niveau de maîtrise d'un risque dans un temps court et de façon collégiale et participative. Elle permet aussi d'identifier collectivement les points forts et de définir les pistes de progrès.

Les méthodes a posteriori

L'analyse des risques a posteriori, par exemple dans le cadre de revue de morbidité-mortalité (RMM) ou de comités de retour d'expérience (CREX), peut s'appuyer sur les dispositifs de déclaration interne des événements indésirables.

La méthode de référence est la **méthode ALARM** (Association of Litigation and risk management). Elle consiste en une analyse systématique des événements indésirables graves. Elle débute par une analyse chronologique des faits. Elle se poursuit par une identification et un classement des facteurs contributifs à l'aide d'un **arbre des causes** ou d'un **diagramme causes-effet ou Ishikawa**.

Ces méthodes permettent un classement de ces causes en évitables et inévitables, intègrent un retour d'expérience et contribuent à la culture qualité sécurité des soins.

Enfin, le lien avec les démarches « qualité » et EPP est essentiel pour mettre en œuvre la résolution des dysfonctionnements identifiés et pour définir des indicateurs pour le suivi des actions élaborées collectivement.

La mise en œuvre de cette méthode d'évaluation des pratiques nécessite un soutien méthodologique et une formation.

David VEILLARD et Pascal JARNO

1. Voir analyse des modes de défaillance et de leurs effets et de leur criticité (AMDEC).

Depuis la loi HPST 2009 à été mis en place un dispositif global de gestion des risques associés aux soins (GRAS) incluant les risques infectieux. Dans le décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins de novembre 2010, l'EOHH, responsable de la lutte contre les infections nosocomiales, intègre coordination de la GRAS et assiste à travers, ce rôle la CME pour l'élaboration du programme d'actions. Enfin, en mars 2012, la HAS publie un guide de mise en œuvre de la GRAS en établissement de santé (ES).

Dans ce contexte, l'enquête FORAP d'octobre 2012 a permis d'étudier la mise en œuvre de la fonction de coordonnateur de GRAS mais peu d'informations sont disponibles concernant la place de la lutte contre les infections nosocomiales et de l'EOHH dans le dispositif. L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de l'organisation de la GRAS et de l'intégration de la LIN dans les ES de l'inter-région Ouest

Il s'agit d'une enquête exploratoire descriptive auprès d'un échantillon de 20 ES de l'inter-région Ouest, correspondant aux ES des membres du conseil scientifique du CClin. Le recueil des données a été fait à partir d'entretiens téléphoniques semi-directifs menés à l'aide d'un guide d'entretien soumis aux membres de l'EOHH. Les questionnaires ont fait l'objet d'une analyse descriptive verticale entretien par entretien et transversale.

I. L'organisation de la gestion des risques associés aux soins

Globalement, un coordonnateur de la GRAS a été nommé sauf pour 4 ES sur 20 qui n'ont pas de personne en poste. Dans un cas, cette fonction est assurée par un binôme chirurgien - ingénieur qualité ce qui permet de mieux sensibiliser la communauté médicale. Dans un autre cas, le coordonnateur est un ingénieur gestionnaire de risques ou encore un cadre supérieure de santé, le premier pouvant poser le problème « *d'acceptation d'un nouveau chef* » et le second « *d'acceptation en bureau de CLIN* ».

Finalement, le coordonnateur est le plus souvent un médecin (3 sont des hygiénistes et 3 autres des présidents de CLIN actuels ou anciens). Ce point est important : en effet le profil médical du coordonnateur facilite les échanges avec les cliniciens et donc la déclaration d'événements indésirables et l'adhésion aux mesures correctives proposées. Plusieurs interlocuteurs soulèvent que « *Le problème peut être celui de la disponibilité du coordonnateur* », craignant pour la pérennisation de la mission en absence de temps dédié.

II. Place de la LIN

Seuls deux ES de notre échantillon déclarent ne pas avoir de programme élaboré par la CME concernant la qualité et sécurité des soins, ceci n'excluant pas l'existence d'un programme de LIN. Pour les autres, il y a bien un programme qualité sécurité des soins qui, mis à part un établissement, intègre des mesures de lutte contre les infections nosocomiales soit en reprenant intégralement le programme du CLIN soit en définissant les actions prioritaires pour l'ES. Comme le dit un praticien hygiéniste, on retrouve parfois un lien fort entre la démarche de certification et le programme d'action qualité sécurité des soins : « *Le risque infectieux est peu abordé, il semblerait que les thèmes prioritaires soient ceux correspondants aux critères permettant d'améliorer la certification de l'ES* ».

La plupart des CLIN ont été maintenus. Ils l'ont été pour différentes raisons :

- il permet d'avoir un soutien institutionnel

- c'est une structure ancienne, bien connue du personnel médical
- il n'est pas justifié de modifier une organisation qui fonctionne bien dans un ES donné.

On peut noter que deux CLIN ont fait évoluer leur organisation :

- l'un a été allégé, il s'agit plus d'un groupe de travail entraîné par un coordonnateur pour les problématiques d'hygiène pure (ex : préparation cutanée de l'opéré, hygiène des mains...) alors que tout ce qui se rapporte aux soins (pose de sonde urinaire, pose de cathéter périphérique...) est validé par la direction des soins et un comité de lecture.
- pour l'autre, le président de CLIN est devenu rapporteur pour le Comité Stratégique Qualité Sécurité des Soins (COQAQS) dirigé par le président de CME. Dans ce cas le praticien hygiéniste évoquait « *un sentiment de destruction de l'existant plutôt que d'une avancée* ».

Dans cette enquête 4 CLIN ne sont plus fonctionnels :

- dans un cas le CLIN n'existe plus car le coordonnateur de la GRAS n'y était pas favorable mais cet ES a créé un service d'hygiène hospitalière et GRAS.
- dans un second cas il s'agit d'un CH de plus de 1000 lits n'ayant ni coordonnateur, ni ingénieur qualité ou gestion des risques.
- le troisième CLIN a été remplacé par un Covirisq qui se réunit mensuellement sous la responsabilité partagée du coordonnateur de la gestion des risques et des ingénieurs qualité. L'EOH est membre de ce Covirisq et ce nouveau dispositif n'a pas tellement modifié l'organisation au sein de ce CHR de plus de 1000 lits.
- le dernier correspond à un CHU dans lequel le président de CLIN a démissionné à cause du manque de moyens alloués au service d'hygiène.

Les entretiens menés n'ont pas permis de mettre en évidence de dysfonctionnement évident concernant la participation de l'EOH à la CME. Le PH est membre de droit de la CME, il y participe à titre consultatif. Globalement, le PHH présente et fait approuver son programme d'action en réunion de CME mais un point intéressant évoqué par une cadre hygiéniste considérant que « *des présentations visant à sensibiliser les professionnels à la gestion des risques et notamment au signalement d'événements indésirables peuvent être faites à cette occasion* » pourrait être retenu afin de développer la culture de sécurité dans les ES. Seul un ES rencontre des difficultés comme le dit un PH « *Il n'y a jamais eu de place pour l'EOHH à la CME* ».

Lorsque le coordonnateur de la GRAS est en poste, les échanges avec l'hygiène apparaissent satisfaisants mais variés : naturellement la situation où la collaboration est la meilleure correspond aux cas où le PH hygiéniste est coordonnateur. D'autres exemples de fonctionnement sont mis en évidence. Soit le coordonnateur est informé en cas d'évènement majeur lié au risque infectieux, soit des rendez vous réguliers sont organisés : cellule d'analyse des EI tous les 15 jours (le coordonnateur de la gestion des risques est un ingénieur GDR), réunion mensuelle de la cellule qualité (dirigée par l'ingénieur qualité et comprenant le PH hygiéniste, les cadres des services et le CoGDR), ou trimestrielle (cas d'un ES où le coordonnateur est un binôme chirurgien orthopédiste et ingénieur qualité).

La seule situation où les échanges sont délicats concerne un coordonnateur cadre supérieur de santé car sa présence aux bureaux de CLIN hebdomadaires n'est pas souhaitée par le président de CLIN, en effet des tensions existent entre la direction et les médecins.

L'existence d'un ingénieur gestionnaire de risque facilite le travail avec l'hygiéniste, en fonction des besoins de l'équipe opérationnelle d'hygiène ou bien sous forme d'information systématique du gestionnaire de risque en cas d'évènement majeur lié au risque infectieux. En son absence le travail avec l'ingénieur qualité est plus aléatoire, parfois inexistant ou limité au simple partage documentaire. Un PH hygiéniste « *Les échanges avec les ingénieurs qualité sur les audits se sont révélés être de véritables usines à gaz car les méthodes provenant de la qualité étaient trop compliquées et longues à mettre en place. Les infirmières hygiénistes ont donc été formées aux audits qualité afin d'être autonome* »

Les liens entre l'hygiène et les autres domaines de vigilance ne ressortent pas comme évidents : huit interlocuteurs déclarent avoir peu ou pas de liens avec les responsables des vigilances. Pour les autres ES différentes instances permettent une collaboration entre hygiénistes et vigilants : Coviris, conseil qualité, comité des vigilances, comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques, coordination des vigilants. Certaines ont un rôle politique, d'autres se réunissent pour la gestion des fiches d'incidents et les échanges se font de manière pluriannuelle, 4 à 12 fois par an selon les ES.

De manière générale, les Coviris et autres sont plutôt institutionnels alors que la cellule qualité GRAS est plutôt opérationnelle, ces différentes instances sont finalement aux cellules qualité gestion des risques ce que sont les CLIN aux EOHH.

III. Avis sur le nouveau dispositif

Pour la plupart des hygiénistes, le nouveau dispositif permet aux équipes d'hygiène d'avoir un soutien de la CME. Ensuite, il encourage les différents acteurs à travailler ensemble plutôt que de travailler les uns à côté des autres, le coordonnateur de la gestion des risques jouant le rôle de chef d'orchestre. Finalement les évolutions récentes ont un rôle moteur dans la lutte contre les infections nosocomiales, tout en gardant à l'esprit que le but n'est pas de transformer les hygiénistes en gestionnaires de risques.

Le bénéfice apporté par la nomination d'un coordonnateur GRAS a été de « *faire sauter des cloisons entre des domaines où l'hygiène pouvait parfois être à la limite de ses attributions comme par exemple les dispositifs médicaux, la nutrition...* »

Les caractéristiques nécessaires du coordonnateur de la gestion des risques sont selon les hygiénistes interrogés :

- le statut soignant (médical ou paramédical) pour faciliter le dialogue avec ses pairs et notamment pour faciliter la déclaration d'EI.

« *Des qualités de savoir faire et de savoir être pour faire passer le message* »

« *Une appétence et une motivation pour la réalisation de cette tâche* »

- un temps dédié suffisant d'où un soutien indispensable de la direction
- un praticien hygiéniste remarque : « *un point intéressant a été de trouver un équilibre entre le coordonnateur de la gestion des risques et la coordinatrice générale des soins, un travail en parallèle s'étant avéré très efficace* »

Les professionnels de quatre ES ont été mis en difficulté par le nouveau dispositif.

ES 1 : « *Ce n'est pas très clair, tout n'est pas uniformisé et cela génère du travail en plus* ». Dans cet ES de moins de 1000 lits le coordonnateur est réanimateur, président de CME et a 50% de temps dédié à la GDR. Le dysfonctionnement semble venir du manque de liens entre les différents acteurs.

ES 2 : « *Je pense que c'est une usine à gaz qui risque de ne pas fonctionner, cette nouvelle organisation pyramidale est vouée à l'échec* ». Un coordonnateur de la GDR, praticien hygiéniste, est en poste depuis février 2012, un poste de cadre et d'infirmière ont été créés dans un même temps. Selon ce praticien, le caractère non médical de ses nouveaux acteurs de la gestion des risques associés aux soins ne permet pas qu'elle soit optimale. La crainte est celle d'une approche administrative.

ES 3 : Le sentiment principal est celui d'une « *destruction de l'existant plutôt que d'une avancée* ». Un binôme occupe la fonction de coordonnateur de la GDR : un chirurgien orthopédiste (qui n'a pas de temps dédié mais dont le rôle est principalement de donner du poids au discours dans la communauté médicale) et un ingénieur qualité rattaché à la direction qualité. Le COSAQS (Comité Stratégique Qualité Sécurité des Soins), dirigé par le président de CME établit la stratégie qualité sécurité des soins. Le CLIN, le CLAN, le CLUD sont désormais désignés sous le terme de comités techniques du COSAQS, donc rattachés à la CME. Le CLIN existe toujours et le président de CLIN est devenu rapporteur pour le COSAQS. La vision médicale reste à intégrer dans le dispositif. « *Le corps médical n'est pas prêt non plus à intégrer la GRAS notamment par méconnaissance des enjeux, la culture de qualité doit être diffusée* »

ES 4 : Le nouveau dispositif de GRAS est à l'origine de la crise dans cet ES car la CME ne voyait pas l'utilité de créer un poste de PH hygiéniste. Maintenant il y a une perspective de voir nommer un PU-PH dans l'année, la démission du président de CLIN a donc permis de faire bouger les choses.

La demande des hygiénistes concernant la formation à la GRAS est récurrente. Les hygiénistes interrogés ont souvent au moins une personne de l'équipe qui a entamé une formation à la gestion des risques. Trois hygiénistes ont suivi le DU Gestion Des Risques ou le suivront prochainement et une infirmière hygiéniste suit le master 2 Gestion Des Risques. Pour les autres le temps est souvent un facteur limitant donc des formations courtes sur 2-3 jours sont les plus demandées, associant une partie théorique et une partie plus pratique avec des études de cas. Les formations déjà suivies ont été proposées par le réseau Basse Normandie, par les ARS (formation aux CREX), par le groupe de travail du CCLin ou par le coordonnateur ou l'ingénieur gestionnaire de risque en interne.

Un praticien hygiéniste déclare à ce sujet : « *grâce aux formations nous devons nous créer une sorte de colonne vertébrale de la GRAS* ».

Seuls trois ES n'ont pas d'attente en termes de formation à la gestion des risques, et ce pour différentes raisons : « *On n'a pas attendu 30 ans les gestionnaires de risque pour travailler* »

« *Les techniques sont les mêmes, seule leur appellation est nouvelle* ».

L'attente des hygiénistes par rapport au CCLin est forte concernant la formation, ciblée sur des formations courtes combinant théorie et pratique, de proximité et à prix accessible. La création de structures régionales d'appui distinctes des CCLin et des OMEDIT est attendue, l'association de ces différentes structures pour l'organisation de formations à la GDRAS semblant adaptée à certains.

Au-delà de la formation, le Cclin est considéré comme une source importante de retours d'expérience (partage d'investigations et conclusions d'ES ayant été confrontés à un évènement similaire). Le guide « gestion des risques associés aux soins » HAS, simplifié et adapté au risque infectieux, est également attendu. Enfin, comme le soulignent plusieurs praticiens et cadre hygiénistes « *Au-delà de faire le bilan de l'existant le Cclin pourrait apporter des*

conseils ou des propositions pour que la LIN reste bien organisée et pour aider les hygiénistes à se positionner ». La crainte principale est de voir disparaître l'hygiène hospitalière au profit de la GRAS.

Morgane LANNES et Pascal JARNO

Coordination de la gestion des risques liés aux soins et prévention du risque infectieux associé aux soins : succès d'une relation intelligente entre hygiénistes et gestionnaires de risques

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a profondément modifié la gouvernance de la démarche qualité et sécurité des soins dispensés aux patients dans les établissements de santé (ES). Le décret du 12 novembre 2010 et la circulaire du 18 novembre 2011 sont venus compléter cette loi, précisant les principales modalités et l'organisation de la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les ES.

En application de la loi HPST, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes (3000 lits et places, 260 000 admissions par an) a actualisé le règlement intérieur et la composition du comité de pilotage qualité-risques-évaluation existant depuis 2001. Depuis mai 2011, il est donc présidé par le président de la commission médicale d'établissement (CME), et intègre le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins. Ce comité de pilotage propose un programme pluriannuel qualité-risques-évaluation (PPQRE), assure le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions annuels pour répondre aux priorités du programme pluriannuel, adopte un programme d'évaluation et suit les indicateurs associés. Les comités en charge de la qualité et de la sécurité des soins rendent compte à ce comité de pilotage de leur activité et des résultats qui contribuent à la réalisation des priorités du PPQRE. Il s'agit notamment du comité de la coordination des risques associés aux soins, du comité de l'évaluation, de la commission de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, du comité de la vigilance et du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Au niveau institutionnel, la coordination de la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins, structurée depuis 2006, est double : médicale et administrative (direction des usagers, des risques et de la qualité). Le médecin en charge de cette coordination a été nommé coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins en 2011.

La surveillance et la prévention des infections associées aux soins (IAS) est assurée par l'Unité de Gestion du Risque Infectieux (UGRI), unité fonctionnelle rattachée au service de Bactériologie-Hygiène du CHU. Celle-ci est composée de personnel médical (un PU-PH, deux PH, un interne et un externe), paramédical (un cadre de santé, six infirmières hygiénistes), technique (trois techniciennes de laboratoire) et d'un secrétariat. L'UGRI assiste certaines instances institutionnelles : commission médicale d'établissement, comité de pilotage qualité-risques-évaluation, comité de la coordination des risques associés aux soins, comité de l'évaluation, comité des vigilances, comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et commission des anti-infectieux.

La collaboration entre la gestion des risques (GdR) et la

lutte contre les infections nosocomiales (LIN) se manifeste par la gestion de dossiers transversaux communs :

- Collaborations avec *responsabilité* de l'UGRI : communication interne et externe sur le risque infectieux, centralisation du traitement des endoscopes souples thermosensibles, prévention de la transmission des agents transmissibles non conventionnels, indicateurs de la lutte contre les IN par contractualisation avec les pôles (intégrés dans le bilan de maturité et les indicateurs IPAQSS), validation du bilan d'activités de lutte contre les IN.
- Collaborations avec *participation* de l'UGRI : définition PEP certification 'circuit endoscopie', formation à la gestion des risques de l'ensemble des responsables de risques et vigilances (élaboration du plan de formation institutionnel pour la sécurité du patient), organisation de la semaine sécurité des patients, expertise et suivi des contentieux pour IAS, utilisation du système d'information hospitalier pour la gestion des risques, projet d'informatisation des EI (participation au groupe de travail pour la paramétrage du risque infectieux).

Depuis novembre 2007, la collaboration opérationnelle entre GdR et LIN s'organise autour de différentes thématiques : réunions mensuelles de concertation sur les signalements internes d'IAS, partage des FEI en lien avec le risque infectieux, réalisation d'analyses des causes profondes a posteriori sur des cas groupés d'infections de site opératoire en ophtalmologie et en orthopédie, participation à des réunions de morbi-mortalité en lien avec la survenue d'IAS, participation aux cellules de crise lors de situations épidémiques. Des interventions communes sur des retours d'expérience ont été menées lors de journées de formation régionales ou inter-régionales. Un module sur la gestion des risques a également été intégré au diplôme universitaire d'hygiène et d'épidémiologie infectieuse de l'Université de Nantes.

En conclusion, malgré la taille importante et l'organisation complexe de notre établissement, la GdR et la LIN ont su promouvoir une collaboration efficace et opérationnelle, en partageant des approches et outils méthodologiques de détection, d'alerte et d'analyse a priori et a posteriori d'évènements indésirables infectieux. Celle-ci s'appuie, entre autres, sur l'expertise que chaque expert-risque a développé dans son domaine. La mise à disposition d'un logiciel informatique institutionnel de signalement (Normea, Isilog®) regroupant l'ensemble des vigilances et des risques a également permis d'acculturer les professionnels de santé à la gestion de risque.

Céline BOURIGAULT, Hélène ABBEY,
et Didier LEPELLETIER

Gestion des risques associés aux soins

Une évolution des services d'hygiène hospitalière ?

Depuis les années 1980, la lutte des infections nosocomiales, encadrée par de nombreuses recommandations et textes réglementaires (Décret 6/05/1988 - organisation et surveillance des IN – circulaire du 13/10/1988 - mise en place des CLIN dans les établissements de santé) a permis de mieux connaître et de maîtriser les infections liées aux soins.

20 ans après, à la suite des enquêtes menées en 2004 et 2009, les établissements de santé sont encouragés à promouvoir une gestion globale et coordonnée des risques (circulaire n°176 du 29/03/2004).

À la fin des années 2000 apparaît la notion de coordination de l'action des professionnels dans la prévention des infections associées aux soins (IAS) et de la gestion des risques associés aux soins (rapport du Pr Benoist Lejeune sur les EOHH en 2007, plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS).

À la lumière de l'expérience du centre hospitalier de Dreux, nous souhaitons analyser les enjeux pour les EOHH (Équipes Opérationnelles en Hygiène Hospitalière) dans cette évolution et réfléchir à leur place dans ce contexte.

Depuis 1995, les actions menées par le ministère de la santé s'inscrivent dans le cadre d'un plan national de lutte contre les infections nosocomiales (IN) avec l'objectif de réduire la fréquence de celles-ci et le portage des bactéries multi résistantes aux antibiotiques dans les établissements de santé.

Le programme national de lutte contre les IN de 2005-2008 préconisait de mettre en place des recommandations de bonnes pratiques élaborées et diffusées, une surveillance épidémiologique, un suivi des signalements des événements sentinelles, l'amélioration de la formation des professionnels de santé et l'information des patients. Ces objectifs de moyens, globalement atteints, ont consolidé les fondements des actions de préventions et inscrit la lutte contre les IN dans une perspective globale incluant la gestion des risques sanitaires.

Le plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013 propose de capitaliser les acquis des dix dernières années et de progresser sur des domaines prioritaires s'articulant autour de la maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs invasifs et de la maîtrise de la résistance aux antibiotiques avec cette fois-ci des objectifs de résultats.

Un des axes stratégiques de ce plan national est de mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS et d'insérer la prévention des phénomènes infectieux dans la gestion des risques associés aux soins

*« Dès lors, et conformément au principe d'une meilleure mobilisation des ressources humaines par le développement de collaborations concrètes, il paraît pertinent de croiser l'approche de **terrain des professionnels de l'hygiène et celle des spécialistes de la gestion des risques**, dont les outils d'analyse des risques doivent permettre de mieux prendre en compte les facteurs endogènes et exogènes aux soins, conduisant à la diffusion des phénomènes infectieux..., ... L'idée-force est que **le secteur de l'hygiène hospitalière, qui est le plus structuré et qui a su le mieux mobiliser les établissements de santé depuis 20 ans, doit servir de modèle à la gestion des autres risques associés aux soins. La démarche à conduire passe, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme...** »*

Le décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 institue un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. « Il contribue par son expertise méthodologique à la définition des orientations stratégiques de l'établissement

en matière de qualité et de sécurité des soins, et à l'élaboration du programme d'actions pour la qualité et la sécurité des soins. Il identifie et veille à la diffusion de l'expertise méthodologique relative à la prévention. Il analyse, la récupération et la réduction des événements indésirables associés aux soins et participe à l'identification des risques a priori en collaboration avec les différents experts pour la définition du programme d'actions et de ses indicateurs de suivi »

Dans cette perspective, la direction et la CME du Centre Hospitalier Victor Jousselin de Dreux a validé la proposition du service d'hygiène hospitalière d'élargir ses missions à la gestion des risques associés aux soins. Le praticien hospitalier en hygiène a été nommé coordonnateur gestion des risques associés aux soins. Le service a intégré le COPIL « gestion des risques » de l'établissement. L'engagement de l'établissement a permis de recruter une infirmière hygiéniste pour renforcer le service initialement composé d'un médecin et d'un cadre. L'établissement s'est engagé à assurer une formation universitaire à la « gestion des risques hospitalier »

Le service est devenu « service d'hygiène hospitalière et gestion des risques associés aux soins ». Les correspondants en hygiène sont devenus, avec leur accord, des correspondants en hygiène et gestion des risques associés aux soins.

Le programme d'action est organisé selon quatre axes :

- Poursuite de la mise en œuvre du plan stratégique national de 2009-2013.
- Poursuite des RMM des infections nosocomiales en réanimation, en chirurgie.
- Mise en place de la gestion des risques associés aux soins avec une attention particulière pour le bloc opératoire, l'endoscopie et la gestion des cathéters à chambre implantable (CCI) : cartographie des risques, analyse et suivi des signalements d'événements indésirables et mise en place des comités de retour d'expérience (CREX) et d'analyse systémique.
- Aide à la sécurisation de la prise en charge médicalement en prenant en charge le suivi et l'analyse des signalements des événements indésirables en collaboration avec la pharmacie.

Le bilan des six premiers mois est satisfaisant : 47 fiches d'événements indésirables ont été analysées conduisant à l'organisation de 3 CREX (non traçabilité des douches pré opératoire et bilan sanguin incomplet) et 2 analyses systémiques (absence de désinfection d'un endoscope et bactériémie sur CCI).

En conclusion, les hygiénistes se sont appropriés depuis des années les outils de la gestion des risques. Ils les utilisent au quotidien sur le terrain au plus près des soignants. Les enquêtes d'opinion ont montré que leur action était reconnue. Les cellules qualité et gestion des risques, plus orientées sur les procédures de certification, sont plus éloignées des services de soins.

Notre expérience, quoique récente, nous incite à encourager les hygiénistes à élargir leur champ d'action à la gestion des risques associés aux soins. L'hygiéniste a eu du mal à être reconnu comme un spécialiste indispensable dont l'établissement a besoin. Ne risque-t-il pas en restant enfermé dans le domaine strict de l'hygiène hospitalière de devenir un collaborateur parmi d'autres dans une structure de gestion des risques dirigée par un directeur administratif ?

*Aline PICHOU, Carole PETRACCIA et François COULOMB,
Service d'hygiène hospitalière et gestion des risques associés aux soins,
Centre Hospitalier Victor Jousselin (28100 – DREUX)*

Coordination de la gestion des risques associés aux soins au Centre hospitalier de Cornouaille

L'évolution récente de la réglementation française concernant la gestion des risques associés aux soins (GDRAS) s'inscrit dans le contexte mondial du développement des programmes de sécurité du patient et répond aux objectifs de qualité des soins et de respect des droits individuels et collectifs des malades.

En France, il a été montré que 48 % des événements indésirables graves (EIG) recensés sont estimés évitables (1).

Les articles R 6111-1 à 10 et 6144-1 du code de santé publique ont ainsi précisé les notions d'événement indésirable associé aux soins, d'organisation de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, de coordonnateur de gestion des risques associés aux soins et de programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Les résultats particulièrement probants de la lutte contre les infections nosocomiales (LIN) de ces dernières années ont servi de guide pour bâtir cette évolution réglementaire de la politique qualité et de gestion des risques. C'est la raison pour laquelle de nombreux axes de complémentarité entre la politique de LIN et de GDRAS ont été prévus.

La mission de coordonnateur de la GDRAS peut être exercée par tout professionnel (médecin, pharmacien, cadre de santé, ingénieur, etc.). Cependant, l'expérience importante des hygiénistes, experts dans la gestion du risque nosocomial, tant en savoir faire qu'en savoir être, leur maîtrise des actions en transversalité auprès des professionnels médicaux et paramédicaux, les rendent particulièrement aptes à exercer cette mission.

Le service hygiène hospitalière et épidémiologie, qui constitue l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), soutient et participe activement à la démarche qualité depuis 12 ans. Ainsi, le praticien hygiéniste, également référent signalement des infections nosocomiales, est le représentant de la CME au bureau qualité (2 réunions par mois, revue des EIG stade 3 et 4, état d'avancement des actions d'améliorations issues des RMM et CREX), et participe activement à la commission qualité et de sécurité des soins, sous commission de la CME.

C'est donc assez naturellement que le président de CME a proposé au praticien hygiéniste d'exercer la mission de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins en 2012. Il a été décidé de consacrer 0,20 équivalent temps plein praticien hygiéniste à l'exercice de cette mission. Une création de poste en 2013 permettra de renforcer l'équipe opérationnelle d'hygiène et d'octroyer un temps de 0,5 équivalent temps plein dédié à la coordination de la gestion des risques associés aux soins.

La première activité du coordonnateur GDRAS (hygiéniste) a été d'apporter son appui et son expertise pour l'écriture du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Après un temps de rencontre avec les chefs de pôles et responsables d'unités, avec la coordonnatrice générale des soins, le président de CME, le directeur général, ce document élaboré a été validé par la CME en avril 2012.

Ce programme, pluriannuel, constitue une feuille de route pour l'établissement et a été présenté à l'ensemble des instances de l'établissement. Il comprend 14 objectifs stratégiques qui couvrent l'ensemble des risques liés aux soins. Il prend en compte les risques identifiés au sein de l'établissement par la démarche a priori (audits, analyse de processus, etc.) et a posteriori (déclaration, signalement des EIG).

L'objectif d'un tel programme est de développer une cohérence des actions de prévention et de prendre en compte des domaines non sécurisés par une vigilance ou une ges-

tion des risques spécifique. Ainsi l'amélioration de la sécurité des actes invasifs constitue un objectif à part entière avec des actions précises : l'utilisation de nouveaux type de dispositifs invasifs (PICC line), l'administration des produits injectables (pompes, seringues électriques) peuvent être ainsi sécurisées par la formation des professionnels aux procédures d'utilisation.

Le programme pluriannuel permet d'inclure dans la vision stratégique de l'établissement des orientations liées à la qualité et la gestion des risques associés aux soins.

Le coordonnateur de la GDRAS a participé ou déclenché la réalisation de plusieurs retours d'expérience (CREX ou RMM) sur différentes thématiques ayant trait ou non à la lutte contre les infections nosocomiales, en veillant à l'utilisation d'outils d'analyse des causes racines (méthode ALARM) en groupe pluriprofessionnel et/ou interprofessionnel.

L'utilisation d'outils systémiques d'analyse des causes facilite l'identification des causes organisationnelles, et permet de déterminer les mesures d'amélioration à apporter.

Le coordonnateur ayant accès à l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de ses missions (Article R1110-4), l'analyse des événements indésirables graves en est grandement facilitée (accès au dossier médical dans sa globalité).

L'appartenance du coordonnateur GDRAS à la communauté médicale, son expérience en tant qu'hygiéniste de la gestion de crises graves (épidémie, cas graves d'infection) constituent des avantages certains, qui lui permettent d'avoir une écoute attentive des professionnels dans l'exercice de cette nouvelle mission.

L'autorité du coordonnateur, conférée par le président de CME et le directeur, facilite son positionnement vis-à-vis de ses différents interlocuteurs et personnes ressources (vigilants, gestionnaires de risques spécifiques, cliniciens, directeur de soins, cadres, directeurs, etc.) nécessaires à la mise en œuvre des mesures d'amélioration déterminées lors des retours d'expérience. Cela permet également de mieux garantir la cohérence des actions engagées par les différents professionnels impliqués.

Le coordonnateur GDRAS participe désormais à la CRUQPEC, il a connaissance des différentes plaintes et réclamations traitées par la direction des relations avec les usagers ; l'évolution du programme d'action pluriannuel ainsi que son bilan annuel seront communiqués aux représentants des usagers membres de la CRUQPEC et leurs avis pris en compte.

Le coordonnateur GDRAS a soutenu la création d'une commission de suivi du Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (PSIRMT) concernant la qualité et la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques, qui est pilotée par la coordonnatrice générale des soins. Cette commission para-médicale, aidée par son comité de lecture comprenant des experts en soins, des hygiénistes, est notamment chargée de la validation des procédures de soins. Si le travail de cette commission s'effectue en coordination avec les sous commissions de la CME (CLAN, CLUD, CLIN), elle permet cependant de couvrir l'ensemble des soins para-médicaux au delà du champ de ces dernières.

Il existe plusieurs difficultés potentielles pour l'activité de coordonnateur de la GDRAS : un risque de surcharge de travail pour le PH Hygiène qui devient coordonnateur GDRAS. Pour cette raison les quotités réglementaires de postes hygiénistes, doivent être complétées de quotités supplémentaires destinées à la GDRAS.

Une autre difficulté possible est celle de son positionne-

ment alors que le PH hygiène est un gestionnaire d'un risque particulier, le coordonnateur est avant tout, comme son nom l'indique, un coordonnateur et doit veiller à ce que le « Programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins » soit mis en œuvre, en cohérence avec les différents projets de l'établissement. Son positionnement est d'une part stratégique, comme expert et soutien auprès du président de CME, du directeur et de la coordonnatrice générale des soins mais d'autre part de terrain en mettant du lien entre les acteurs et en participant lui-même à la mise en œuvre du programme. Pour cela, il ne doit ni se substituer au responsable qualité, ni aux différents vigilants, ni aux différents gestionnaires de risque. Ce positionnement à trouver peut constituer une difficulté à ne pas négliger et doit être clarifié notamment au sein de la fiche de mission du coordonnateur, validée par la gouvernance de l'établissement.

Plusieurs actions sont à mettre en œuvre à court et moyen termes :

• **Mettre en œuvre les actions préconisées dans les 4 axes du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017.**

Axe 1. Information du patient, le patient co-acteur de sa sécurité : le coordonnateur facilite le développement de ce nouveau partenariat patient-soignant à l'aide de campagnes de communication (par exemple la campagne demander, écouter, informer), d'enquêtes d'évaluation auprès des professionnels et des patients, en mettant en place les outils de communication futurs proposés par l'HAS, en établissant un lien de travail régulier avec les représentants des usagers, etc.

Axe 2. Améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins : la mise en place de la déclaration des EIG (décret et instruction à paraître en 2013) constitue une opportunité forte pour renforcer le rôle du coordonnateur de la gestion des risques.

Axe 3. Formation, culture de sécurité, appui : le coordonnateur GDRAS jouera un rôle clé dans le développement de la culture sécurité en faisant du retour d'expérience le socle de l'apprentissage de la sécurité. Il fera appel à l'aide et au conseil des structures régionales d'appui, lorsque nécessaire (GCS-CAPPS en Bretagne), et favorisera le management sur les enjeux de sécurité dans les unités.

Axe 4. Innovation, recherche. Le coordonnateur favorisera dans son établissement la participation à des projets de recherche dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins : PREPS, PHRI, autres projets nationaux (HAS) ou internationaux (OMS par exemple High5s).

• **Faire évoluer la culture de sécurité**

La culture de sécurité est évaluée au CHIC de Cornouaille tous les ans depuis 2011. Depuis 2012, l'ensemble des secteurs de l'établissement est concerné. Le questionnaire d'enquête utilisé est celui de l'AHQR (Agency for Healthcare Research and Quality) traduit par la Haute autorité de santé (HAS). L'évolution de la tendance des résultats permettra d'évaluer, à termes, l'impact de la politique qualité et sécurité des soins auprès des professionnels de l'établissement.

• **Autofinancer la GDRAS et contractualiser au niveau du pôle pour 2013**

La gouvernance de l'établissement a décidé de soutenir l'autofinancement des activités transversales de qualité et de sécurité des soins à partir d'une méthodologie proposée par le coordonnateur GDRAS et le médecin DIM.

Il a été évalué le gain potentiel consécutif à une diminution des séjours dépassant la borne haute du GHS (EXH), et liée à une politique de prévention des risques.

Cette estimation a servi de base au calcul d'une enveloppe budgétaire, extraite de l'excédent brut d'exploitation, pour financer des activités de gestion des risques associés aux soins sous forme de création de postes : 0,5 ETP IDE douleur, 0,5 ETP PH nutrition, 0,5 ETP pharmacien responsable qualité de la PEC médicamenteuse, 1 ETP PH (hygiène et GDRAS). Il est considéré que cette enveloppe constitue un investissement de la CME dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. Cette démarche sera accompagnée d'une contractualisation polaire avec des indicateurs de résultats et de processus.

• **Inclure le CHIC dans le programme IFAQ.**

L'établissement participe au projet de recherche IFAQ (Incitations Financières à l'Amélioration de la Qualité) qui vise à expérimenter une incitation financière à la qualité, fondée sur les indicateurs qualité généralisés, les pratiques exigibles prioritaires de la certification et le degré d'informatisation du dossier du patient.

Gwenaël ROLLAND-JACOB

Service Hygiène hospitalière, Épidémiologie,
Coordination de la gestion des risques associés aux soins

1. DREES. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins. Description des résultats 2009. Rapport final n° 110 – septembre 2011.

Application d'une méthode de gestion des risques au CHU de Rennes : l'analyse de scénario clinique sur les cathéters veineux périphériques

Contexte général

Le cathéter veineux périphérique (CVP) est un dispositif médical invasif fréquemment utilisé et qui peut être parfois à l'origine d'infections très graves.

Le programme national 2009-2013 de prévention des infections nosocomiales (PROPIN) s'articule autour de six grandes orientations dont l'amélioration de l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales et la promotion d'une culture partagée de qualité et sécurité des soins.

Pour mener à bien ces orientations, un ensemble coordonné d'actions doit être réalisé par les établissements de santé, avec des objectifs quantifiés de moyens et de processus dont l'un concerne la maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs médicaux invasifs et un autre la mise en œuvre d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux dans les établissements de santé.

Dans le cadre de la circulaire N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins, il est précisé que les équipes opérationnelles d'hygiène *impulsent et coordonnent la gestion a priori du risque infectieux.*

Enfin, la gestion des risques constitue une des exigences de la certification des établissements de santé et plus précisément l'évaluation des risques *a priori* (critère 8d).

Contexte local

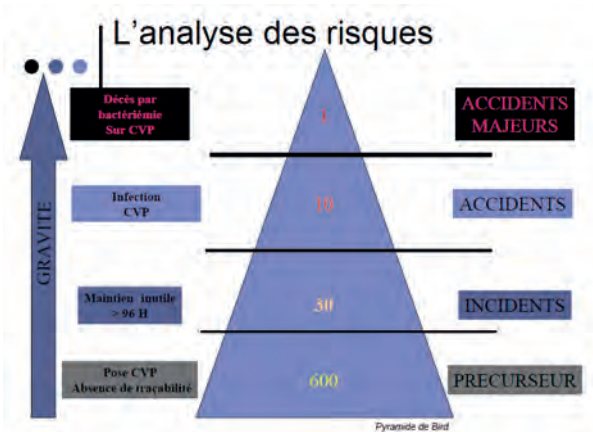
Pour répondre à la circulaire n°DHOS/E2/2009/302 du 26 septembre 2009 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière, un audit sur les cathéters veineux périphériques a été réalisé au CHU de Rennes en 2009. Il a concerné un échantillon de vingt-cinq secteurs (spécialités) pour la pose et le suivi du CVP et de trente et un secteurs pour la pose uniquement. Les unités de consultations et les hôpitaux de jour étaient exclus de

l'audit. Cinq observations ont été réalisées par unité, sur appel de l'équipe au moment de la pose. Seuls les cathéters en place pour plus de 24H ont été inclus. En fonction des spécialités et des unités de soins, ces observations de pose n'évaluaient parfois qu'un seul professionnel. La pose du cathéter pouvait avoir lieu au bloc opératoire et le suivi se faire dans une unité d'hospitalisation. A l'échelle de l'établissement cet audit n'ayant pas permis d'évaluer les pratiques de l'ensemble des unités amenées à poser des cathéters, il a semblé intéressant aux deux membres de l'EOH formés à la gestion du risque nosocomial de proposer l'analyse de scénario clinique comme outil approprié permettant l'évaluation d'un plus grand nombre de professionnels lors d'un geste à risque.

Objectifs

Les objectifs étaient de limiter le risque infectieux lié aux CVP en évaluant une pratique à risque au plus près du soin et cela en impliquant pour chaque unité, toute l'équipe soignante à cette réflexion. D'une manière générale, la survenue d'un incident ou accident sur un cathéter est précédée d'évènements précurseurs et cela à chacune des étapes de sa prise en charge (figure 1)
 Cette évaluation devait permettre d'identifier les défauts de soins et de mettre en place des actions d'amélioration tout en impulsant une gestion a priori du risque infectieux.

Figure 1 : représentation graphique de la gravité des EI lors de la pose d'un CVP



Méthode

Principe général

L'analyse de scénario est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il s'agit d'une approche par problème qui consiste, pour un groupe professionnel, à réfléchir autour d'un scénario issu d'un cas clinique réel survenu « ailleurs ». Cette démarche permet d'identifier les principaux défauts de soins, défaillances, facteurs contributifs à la survenue de l'évènement, ainsi que les barrières qui auraient permis d'éviter l'incident. A partir de cette analyse, la probabilité de survenue d'un tel cas « ici », (à savoir dans l'unité où exercent les professionnels) est déterminée collectivement.

A la suite, les professionnels analysent et identifient les mesures « barrières » en place dans leur unité ainsi que les vulnérabilités existantes, et donc d'établir des propositions d'amélioration pour anticiper et éviter la survenue du scénario étudié.

Mise en œuvre

La méthode a été testée dans un premier temps sur le thème des cathéters veineux centraux (CVC) dans une unité volontaire avec deux infirmières et un médecin. La démarche et le retour d'expérience ont été présentés lors d'une réunion plénière des correspondants paramédicaux, en décembre 2010. Devant l'intérêt des participants, l'expérience s'est poursuivie dans la même unité, à la demande des professionnels, sur les cathéters veineux périphériques (CVP).

Par ailleurs, il a été décidé de réaliser ces analyses dans les unités de deux pôles simultanément à la restitution de l'audit d'observation. Au préalable, la démarche a été présentée à l'encadrement qui a d'emblée adhéré au projet, planifié avec l'EOH des temps de rencontre et réserve une salle appropriée pour réaliser l'analyse.

Les rencontres se déroulaient en début d'après midi, vers 14H30-14H45. Les participants étaient des paramédicaux : infirmières, cadre, puéricultrice et élèves infirmières en fonction de la spécialité de l'unité

Le scénario (figure 2) et les grilles (figures 3a et 3b) utilisés étaient ceux proposés par le CCLIN Sud Ouest [1].

Figure 2 : scénario

Dans un service hospitalier, un cathéter veineux périphérique est posé chez un patient pour lequel on ne peut utiliser la PVP iodée. Ce KT est maintenu en place plusieurs jours.
 Durant cette période, ce patient est pris en charge par les différentes IDE des 3 équipes du service.
 Au bout du 6^{ème} jour, une IDE finit par réagir devant les signes évolutifs d'infection chez le patient. Le diagnostic médical montre une infection grave avec sepsis.
 Cette infection semble liée au KTVp, l'ablation du KT est aussitôt réalisée. L'état du patient s'aggravant, décision est prise de le transférer vers un CHU, en service de réanimation.
 La prise en charge en Réanimation aboutit à un début d'amélioration de l'état du patient au bout de 8 jours.

Figures 3a et 3b : grilles de recueil

Déroulement de l'analyse

La collecte de données s'est fait par un entretien semi-structuré, chronologique par « remue-méninges ». L'animation et la prise de notes étaient assurées par les deux membres de l'EOH.

L'analyse se déroulait sur 45 mn selon le schéma proposé (figure 4) : introduction et présentation du cas (10 mn), analyse du scénario survenu dans l'autre établissement (10 mn), analyse des vulnérabilités et défenses de l'unité (10 mn), discussion sur des actions d'amélioration (15 mn). Les résultats de l'audit CVP étaient restitués à la suite de l'analyse. Un film sur l'utilisation du guéridon de soins facilitant le respect des précautions standard lors d'une pose de voie veineuse était proposé et le support informatique de ce film mis à disposition dans un second temps. Chaque compte-rendu d'analyse était envoyé aux participants pour validation. Il y était précisé que les données de l'analyse étaient confidentielles et réservées à l'unité.

Commentaires

Retour des équipes

A partir des dix analyses réalisées en 2011, après le test de la méthode sur les CVC (effectué fin 2010), les équipes soignantes ont trouvé cette méthode intéressante car chacun a pu s'exprimer et échanger avec les autres. Au total, cinquante-neuf paramédicaux, dont sept cadres et un médecin ont participé à ces évaluations. C'était l'occasion de « se poser » et de réfléchir afin d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la qualité des soins. L'utilisation d'un cas externe à l'unité est moins culpabilisante, il n'y a pas de stigmatisation. Pour les deux animatrices, le temps moyen d'analyse était estimé à environ sept heures en dehors du temps de préparation de ce projet. La principale amélioration proposée, commune aux différentes équipes, a concerné la traçabilité du CVP.

Points forts pour l'EOH

L'analyse s'est déroulée dans un climat de confiance, facilitant ainsi l'écoute et la participation des soignants. Les professionnels ont identifié des facteurs de risques (défauts de soins, facteurs contributifs, défenses, vulnérabilités) à partir du cas étudié et en référence à leurs pratiques. Les équipes ont pris conscience et repéré les problèmes potentiels.

Cette auto évaluation collective et individuelle a permis aussi de mettre à jour des connaissances (questions sur les antiseptiques, la gestion des lignes, les gants, les protocoles, ...). Pour les animatrices, ces analyses ont nécessité une adaptation spécifique chacune des unités.

Suite à cette analyse la communication entre l'EOH et les équipes s'en est trouvée facilitée, ceci se traduisant par une augmentation des sollicitations téléphoniques. L'EOH est perçue comme aidante. A la demande d'un chef de service, des temps de formations et d'échanges sur la prévention du risque infectieux, ont été mis en place, une fois par mois, dans l'unité concernée.

Difficultés rencontrées

La planification des rencontres a été difficile avec de nombreux reports de dates en lien avec la disponibilité des équipes. La participation des équipes du matin entraînait des heures supplémentaires de travail. A noter qu'une rencontre n'a pas été réalisée car l'équipe n'était pas informée de sa durée.

Retour d'expérience

La conception de l'analyse de scénario est simple

La gestion simultanée des différents outils (tableau et grille) et l'animation nécessite un temps d'adaptation, d'où la nécessité d'être deux et de se répartir les tâches (animation, prise de notes, ...). Il est essentiel, en début de séance, de donner les objectifs et de présenter la durée et le déroulement de l'analyse. Les résultats de l'analyse des causes et de la recherche des solutions « *Ailleurs* » doivent être donnés rapidement. L'animateur guide les participants dans la recherche des causes et reste neutre.

Démarche initiée suite aux analyses de scénario

Suite à l'analyse de scénario, une unité de soins a sollicité l'EOH pour une étude de suivi des CVP. Cette étude, dont l'objectif était de déterminer si le calibre du cathéter posé et les produits injectés influençaient la survenue de cas de lymphangites a été réalisée en utilisant l'échelle de Maddox, un outil de surveillance des signes précurseurs d'infection au point d'insertion des CVP. Cette échelle a été incluse dans le dossier patient informatisé, actuellement en cours de déploiement sur l'établissement et a permis d'harmoniser la traçabilité des signes cliniques dans le dossier et la conduite à tenir devant ces signes.

Par ailleurs, d'autres membres de l'EOH ont souhaité réaliser des analyses de scénario dans leurs secteurs. D'autres thèmes d'analyse de scénario sont également en projet (endoscopie, sonde vésicale).

Conclusion

Ces techniques de gestion des risques à proposer selon le contexte et les besoins sont tout à fait adaptées à l'évaluation et à la prévention du risque infectieux par les EOH. Elles constituent un outil d'évaluation parmi d'autres dans une démarche de gestion des risques. En provoquant l'implication des professionnels dans cette démarche elles permettent une amélioration en continu de la qualité et de la sécurité des soins. La communication entre les unités de soins et l'EOH s'en trouve facilitée.

*Brigitte LEBRUN, IBODE Hygiéniste et
Magali POISSON, Technicienne d'Études Épidémiologiques
Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), CHU de Rennes*

1. Diaporama du CGRIN CHU de Pointe à Pitre, (C.Moco, Y. Arjounin, I. Noyon-Seymour), « La gestion a priori du risque infectieux lié au cathétérisme veineux périphérique par l'analyse de scénario ».

LU POUR VOUS...

NosoThème Gestion des risques

La gestion des risques associés aux soins a fait l'objet de nombreuses évolutions ces dernières années en France. Ce concept, directement issu de domaines tels que l'industrie ou l'aviation, s'attache à prévenir l'ensemble des risques supportés par les usagers, le personnel des hôpitaux et les établissements de soins. Aujourd'hui, le cadre législatif s'est renforcé et de nombreuses actions sont mises en œuvre sur le plan de la déclaration des événements indésirables et du développement des outils d'analyse. Cette revue de littérature n'a pas pour objectif d'être exhaustive mais de repérer quelques documents utiles. Ce dossier thématique est également disponible sur le site NosoBase, outil documentaire national issu de la coopération des cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales : <http://nosobase.chu-lyon.fr>

Le numéro d'enregistrement dans la base de données NosoBase figure pour chaque référence.

Bervas C, CCLin Sud-Ouest. NosoThème Gestion des risques. Hygiènes 2012 ; XX(6) : 357-360. (réf. 357916)

http://nosobase.chu-lyon.fr/Nosotheme/GDR/Nosotheme_24.pdf

Mots-clés : *gestion des risques, législation, recommandation, médicament, CME, soin, sécurité événement indésirable grave, certification, analyse des risques, déchet d'activité de soins à risque infectieux, audit, évaluation des pratiques professionnelles, analyse des causes, morbidité, mortalité*

NOSO-NEWS - bulletin du CCLin Ouest

Directeur de la publication : Dr M. AUPÉE - Secrétaire de Rédaction : J. BOURGEOIS

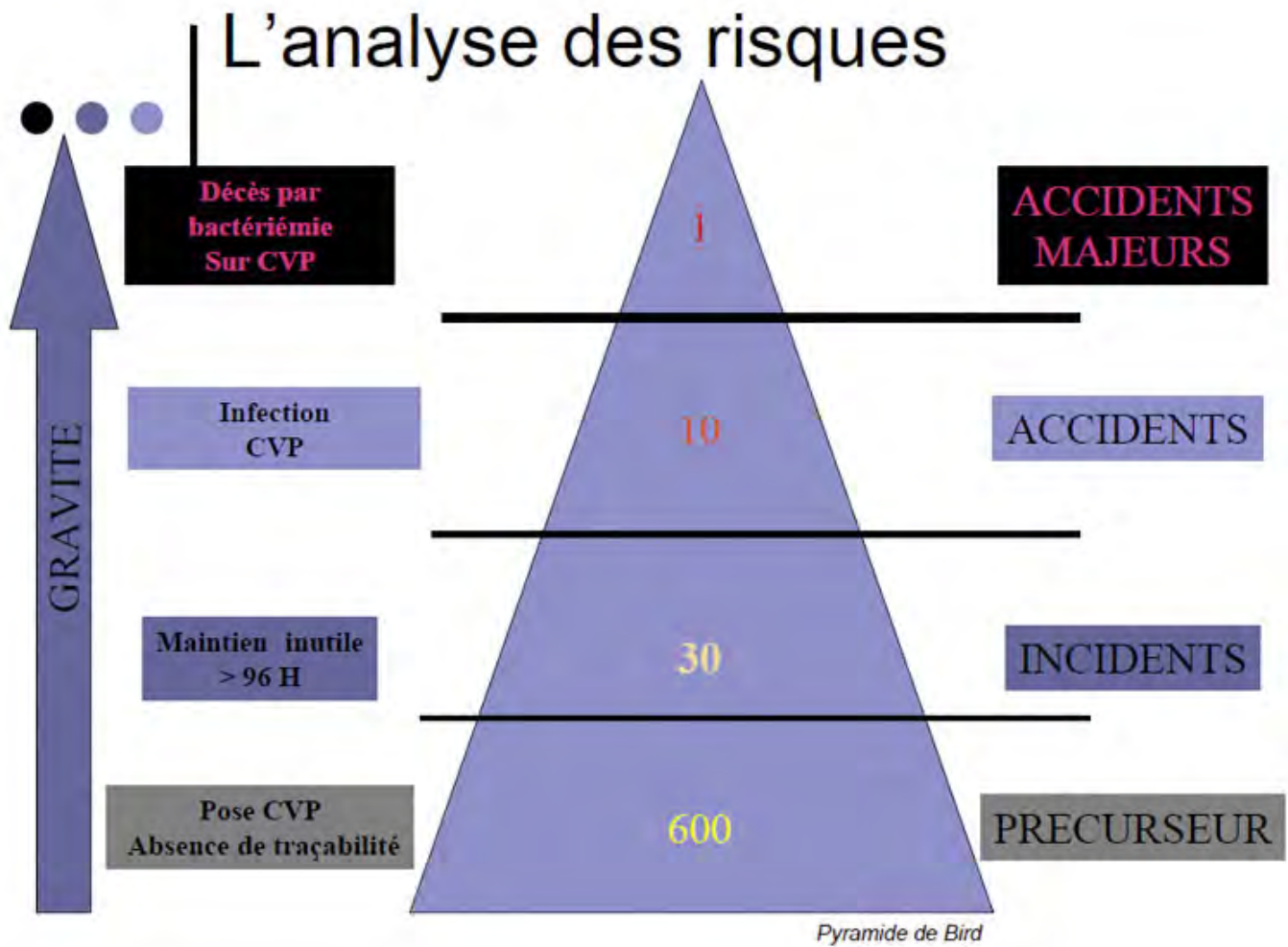
CCLin Ouest - CHU Hôtel-Dieu - 2, rue de l'Hôtel-Dieu - CS 26419 - 35064 Rennes cedex 2

Tél. 02 99 87 35 30 - Fax 02 99 87 35 32

martine.aupee@chu-rennes.fr - Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 2^e trimestre 2013 - ISSN 2266-4912 - Maquette : ALJ Création (Montfort-sur-Meu - www.alj-creation.fr)

Figure 1 : représentation graphique de la gravité des EI lors de la pose d'un CVP



[\(Cliquez sur l'image pour revenir à l'article\)](#)

Figure 2 : scénario

Dans un service hospitalier, un cathéter veineux périphérique est posé chez un patient pour lequel on ne peut utiliser la PVP iodée. Ce KT est maintenu en place plusieurs jours.

Durant cette période, ce patient est pris en charge par les différentes IDE des 3 équipes du service.

Au bout du 6^{ième} jour, une IDE finit par réagir devant les signes évolutifs d'infection chez le patient. Le diagnostic médical montre une infection grave avec sepsis.

Cette infection semble liée au KTVP, l'ablation du KT est aussitôt réalisée. L'état du patient s'aggravant, décision est prise de le transférer vers un CHU, en service de réanimation.

La prise en charge en Réanimation aboutit à un début d'amélioration de l'état du patient au bout de 8 jours.

(Cliquez sur l'image pour revenir à l'article)

IDENTIFICATION DES DEFENSES

	Ailleurs		Ici	
	oui	non	oui	non
La pose de CVP				
Il existe un protocole de pose des CVP mis à jour au regard du guide de l'hygiène				
Le protocole est accessible et connu				
Une hygiène des mains est réalisé lors de la préparation du matériel ou avant la déterision				
Si la dépilation est nécessaire, elle est effectuée avec une tondeuse				
La préparation cutanée se fait en 4 temps avec une déterision				
L'antiseptie est réalisée avec un ATS alcoolique				
Une friction avec un PHA est réalisée avant la pose				
L'insertion du CVP est fait avec des gants				
Manipulation du CVP, des tubulures et des robinets				
Une friction avec un PHA est réalisée avant chaque manipulation				
Les manipulations se font avec des compresses stériles imprégnées d'antiseptique				
Les bouchons sur les robinets ou les rampes sont changés à chaque usage				
Le changement du KT est effectué au maximum toutes les 96 Heures				
Le changement de ligne veineuse est effectué au maximum toutes les 96 Heures				
Le changement de tubulure est effectué après chaque administration de produits et dérivés sanguins, dans les 24 heures suivant l'administration d'émulsions lipidiques et à chaque changement de KT				
La réfection du pansement				
Le pansement est changé dès qu'il est humide, souillé ou décollé				
Surveillance du cathéter				
Le maintien du cathéter est discuté quotidiennement				
Le site d'insertion est surveillé quotidiennement				
Traçabilité				
De la pose du CVP dans le dossier patient (date, opérateur)				
De la surveillance quotidienne dans le dossier du patient				
De la date d'ablation du CVP				

Figures 3a et 3b : grilles de recueil

Date de l'analyse : _____	
Participants ? (inscrivez la liste de présence)	
N° du scénario retenu ? <input type="text"/>	
Analyse de ce qui s'est déjà passé dans un autre établissement	
Principal défaut de soins ?	Autres défauts de soins ?
+	+
+	+
+	+
+	+
Facteurs contributifs ?	
+	
+	
+	
+	
Défenses qui auraient pu éviter cet événement ?	
+	
+	
+	

Analyse de ce qui pourrait se passer dans l'unité de soins	
Probabilité de survenue d'un tel scénario ?	<input type="checkbox"/> probable <input type="checkbox"/> rare <input type="checkbox"/> extrêmement rare <input type="checkbox"/> extrêmement improbable
Principales défenses existantes ?	
+	
+	
+	
+	
+	
Principales vulnérabilités existantes ?	
+	
+	
+	
+	
Propositions d'améliorations ?	
+	
+	
+	
+	

[\(Cliquez sur l'image pour revenir à l'article\)](#)