



Bactériémies associées aux CIP

Illustration d'un exemple de Retour d'Expérience



REX : contexte



- Concept industriel
- Nombreux cadres réglementaires et recommandations de gestion des risques associés aux soins publiés depuis 10 ans.



Loi HPST 2009

Décret du 10/11/10 et circulaire du 18/11/11



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

à

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)
DGOS-PF2@sante.gouv.fr

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

NOR : ETSH1130001C

Grille de classement : établissements de santé

Validée par le CNP le 18 novembre 2011 - Visa CNP n° 2011-293

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit
Résumé : Accompagnement à la mise en œuvre du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
Mots clés : Etablissements de santé – lutte contre les événements indésirables associés aux soins – gestion des risques associés aux soins - gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins - coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins - programme d'actions – formation des professionnels de santé - équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) – coopération inter-établissements
Textes de référence : <ul style="list-style-type: none">Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;Articles L. 6111-2, L. 6114-3, L. 6143-7 et L. 6144-1 du code de la santé publique.
Annexes : <ul style="list-style-type: none">Annexe I : gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins ;Annexe II : coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;Annexe III : programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;Annexe IV : équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ;

Annexe I

GOVERNANCE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

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) renforce l'obligation de qualité et de sécurité des soins qui incombe aux établissements de santé.

La loi confie à la commission médicale d'établissement ou à la conférence médicale d'établissement un rôle moteur dans la gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins.

La gouvernance désigne les procédures et les acteurs qui produisent les décisions et l'évaluation propres à une organisation donnée, dans le respect des principes de transparence, de responsabilité et de juste emploi des ressources.

Cette gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins a pour caractéristiques, en établissement de santé, la transversalité et la pluridisciplinarité des démarches. Il importe en effet de :

- s'inscrire dans une approche pluriprofessionnelle pour la définition des objectifs comme pour leur mise en œuvre ;
- mettre en évidence, dans le cadre d'une approche globale et systémique, les interactions entre d'une part la qualité et la sécurité des soins et, d'autre part, entre la qualité et la sécurité afférentes aux autres domaines d'activité de l'établissement ;
- favoriser une approche non sanctionnante de l'erreur, pour faciliter la déclaration volontaire et le partage d'expérience ;
- veiller à la cohérence du système d'information et à son utilisation pour le repérage et le traitement des événements indésirables.

Favoriser une approche non sanctionnante de l'erreur, pour faciliter la déclaration volontaire et le partage d'expérience

er pour l'émergence d'une culture de

Certification HAS V2014



CHAPITRE 1

MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Partie 3

Management de la qualité et de la sécurité des soins

Référence 8

Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

CR Critère 8.1 Vigilances et veille sanitaire

Le dispositif de veille sanitaire a pour objectif la détection dans les plus brefs délais de tout événement de santé inhabituel et la réponse aux alertes sanitaires. Il s'appuie sur un processus continu d'identification, de signalement, d'enregistrement, d'investigation, de traitement et de retour d'expérience. Ce champ couvre les vigilances sanitaires réglementaires, relatives à l'utilisation des

produits de santé (pharmaco, addicto-, hémato-, materno-, bio-, cosméto-, réactovigilances) et à l'assistance médicale à la procréation ainsi que le signalement externe obligatoire des événements indésirables graves associés aux soins dont les infections et les événements significatifs en radioprotection.

E1 Prévoir

Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.


E2 Mettre en œuvre

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

E3 Evaluer et améliorer

Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Guide HAS 2012



Amélioration des pratiques et sécurité des soins

La sécurité des patients

Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé

Des concepts à la pratique

Mars 2012

Fiche 30. Fiche de retour d'expérience après analyse et traitement d'un événement indésirable

Fiche 30

Objectif

Favoriser la démarche de retour d'expérience au moyen d'un compte rendu final structuré à cette fin



Principe

Le retour d'expérience constitue un temps d'apprentissage pour les organisations. Les crises et analyses d'événements indésirables apportent une connaissance riche en matière de faiblesses (ce qui n'a pas bien fonctionné du point de vue organisationnel, technique ou humain) mais aussi de forces du système (ce qui a bien fonctionné, par exemple quant à la qualité d'une récupération). Elles offrent une opportunité pour réduire les situations à risques.

Document structurant, la fiche (qui ne constitue qu'un élément d'une démarche de retour d'expérience) permet :

- de tracer de façon synthétique et anonyme l'anamnèse, les causes immédiates et profondes identifiées, les enseignements, les propositions d'action et éléments de suivi,
- de tracer la clôture du cas après vérification de l'efficacité des barrières de sécurité mises en œuvre,
- de partager la connaissance (actions de communication et de formation destinées à développer la culture de sécurité sur la base de cas « exemplaires »),
- de garder la mémoire de la finalité des barrières dans l'éventualité d'une remise en cause ultérieure de leur utilité (cas des équipes instables qui favorise la perte de mémoire des acquis),
- au-delà, si cela est possible, d'alimenter une base de données (centralisation progressive et organisée des leçons apprises) favorisant des bilans et analyses ultérieurs, par exemple en matière de repérage de causes récurrentes d'événements indésirables (requêtes effectuées sur la base de mots clés attribués lors de la clôture de chacun des cas, telles que déjà effectuées dans le cadre de registres de spécialités

PNSP 2013 / 2017




Quel que soit le domaine auquel elles s'appliquent, les méthodes de gestion des risques associés aux soins doivent **privilégier le retour d'expérience** qu'autorise le signalement des événements indésirables ou des presque accidents et permettre leur analyse selon une **approche systémique**, dans le cadre d'une coordination entre les différents professionnels.

Axe 2 – améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins

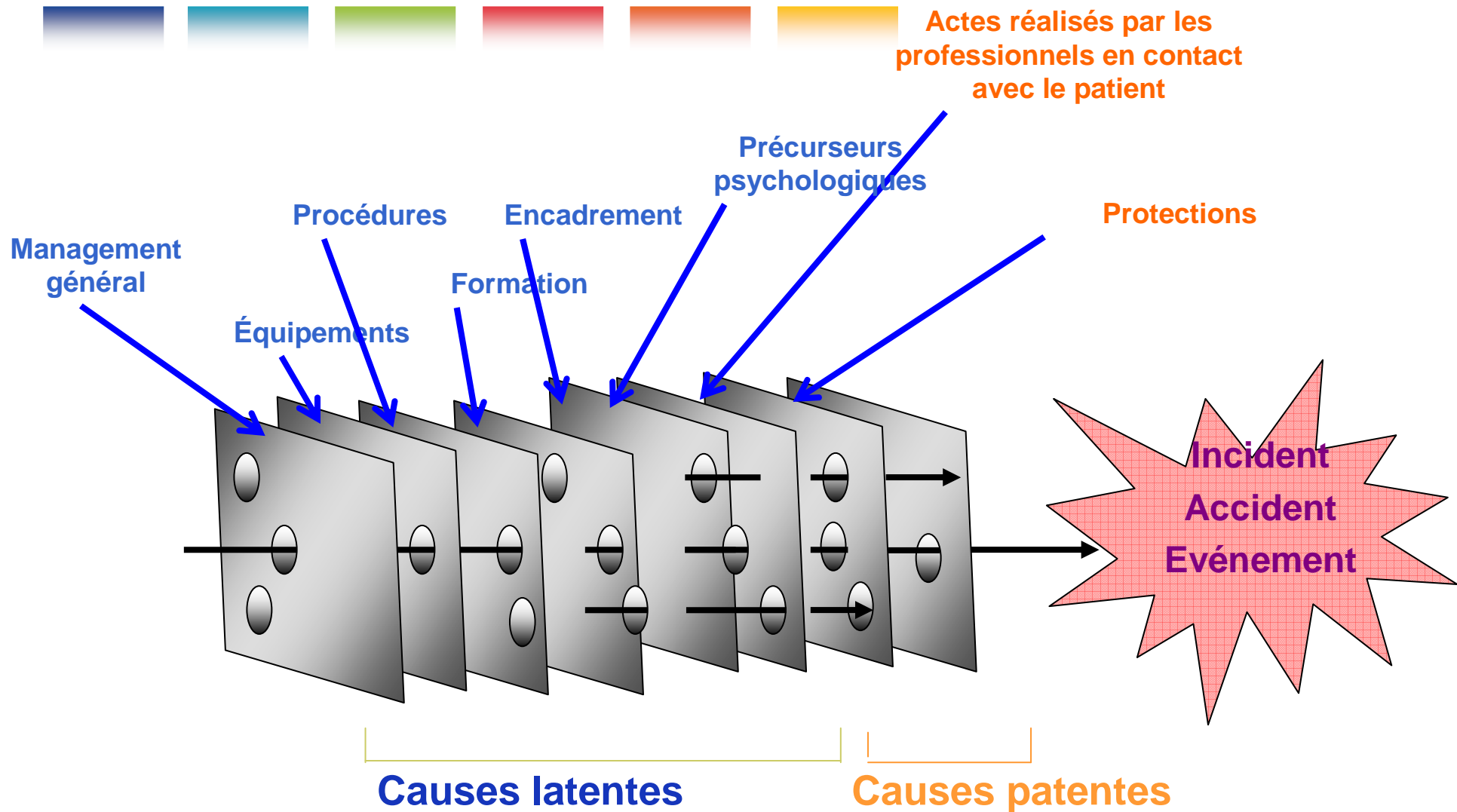
OBJECTIF GENERAL n°1

Améliorer les dispositifs de signalement et de déclaration d'évènements indésirables associés aux soins

REX : principe

- 
- ▶ **Démarche d'analyse des risques a priori et a postérieur** de la gestion d'un événement indésirable
 - ▶ Travail **d'équipe** qui permet l'introduction **d'actions pertinentes** dans les programmes d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
 - ▶ **Investigation** permettant d'identifier et de décrire :
l'enchaînement des évènements, les **causes immédiates** et **profondes** et les **mesures à mettre en œuvre** pour prévenir l'évènement ou limiter son impact
 - ▶ **Analyse approfondie des causes** par une méthode facilitant l'identification des causes profondes
 - ALARM / ORION / Méthode des 5M ...

Analyse approfondie des causes



Approche systémique des risques
Modèle de James REASON

Analyse approfondie des causes



Typologie des causes profondes

Facteurs liés au patient
comorbidités, traitements, capacités cognitives, facteurs sociaux...

Facteurs individuels
connaissances, aptitudes, échanges avec le patient, ...

Facteurs liés à l'équipe
communication, collaboration, supervision, ...

Facteurs liés aux tâches
protocoles, accessibilité à l'information, planification, ...

Facteurs liés à l'organisation
définition des responsabilités, gestion du personnel,...

Facteurs liés à l'environnement
Locaux, équipements, charge de travail,...

Facteurs liés au contexte institutionnel
contraintes économiques, culture de sécurité,...

REX : objectifs

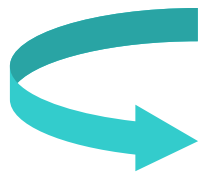


- ▶ Valorisation des expériences de gestion d'un événement infectieux grave par un établissement de santé
- ▶ Objectif interne = démarche de gestion des risques a posteriori
Réflexion collégiale, Identification de facteurs favorisant la mise en place d'actions d'améliorations → **Tirer des enseignements**
- ▶ Objectif externe = démarche de gestion des risques a priori
Partage d'informations utiles à la prévention ou à la gestion d'événements infectieux graves associés aux soins avec d'autres structures de santé confrontées aux mêmes problématiques → **Mise en lumière des causes et actions**

REX : formalisation au sein du réseau CCLIN /ARLIN



- Depuis 2009, le dispositif national de signalement des infections nosocomiales s'est donné pour objectif de mieux valoriser les enseignements issus de l'analyse des événements infectieux associés aux soins.



Fiches REX :

- Retro-information synthétique sur la survenue et la prise en charge d'un épisode par les différents partenaires ainsi que des références bibliographique
- Elaboration d'un modèle de fiche de retour d'expérience recto-verso dans le cadre du RAISIN



Retour d'EXpérience : Signalement d'infections nosocomiales

Objectif : A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

MOTS CLES

CCLIN SUD-OUEST

Période de survenue :

POINT D'INFORMATION - MESSAGE CLE

CONTEXTE

- ☒ Description chronologique de l'évènement
- ☒ Investigations
- ☒ Hypothèse et mécanisme de transmission
- ☒ Evènements similaires
- ☒ Circonstances et causes immédiates
- ☒ Causes latentes

ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires

+		
Facteurs favorisant	Observations	Axes d'amélioration
Patients		
Pratiques		
Environnement de travail		
Organisation		
Interrégion		
Interface ARLIN – CCLIN étab. de santé		

Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

REFERENCES

REX : exemple



Survenue d'une bactériémie associée à une CIP
dans le service de SSR d'un Centre Hospitalier

Signalement externe le 8 mars 2012

Interrégion Sud-ouest

Trois étapes



Etape 1 : l'alerte



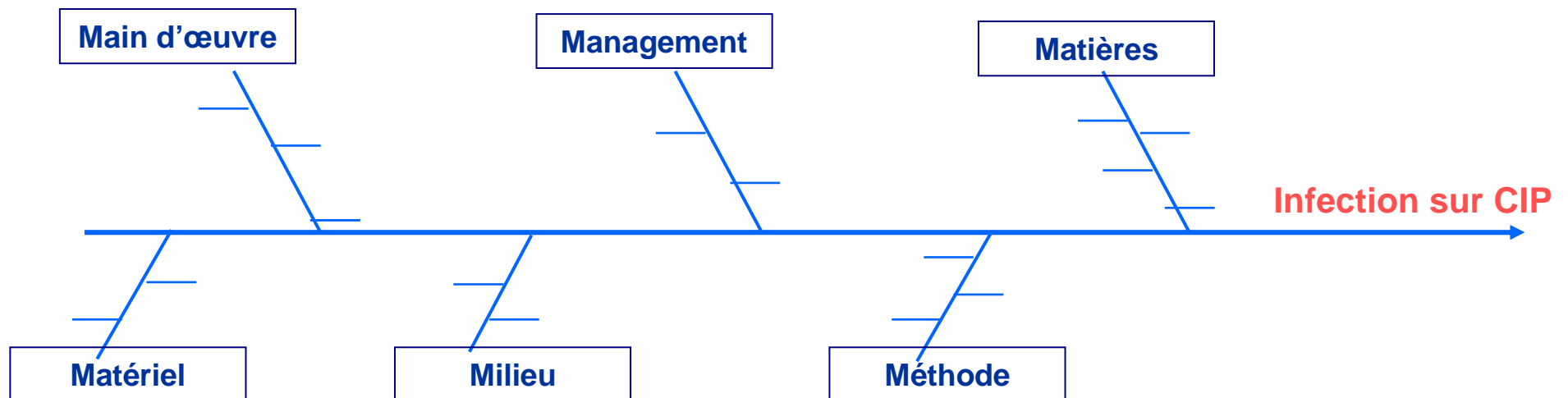
Etape 2 : analyse des causes



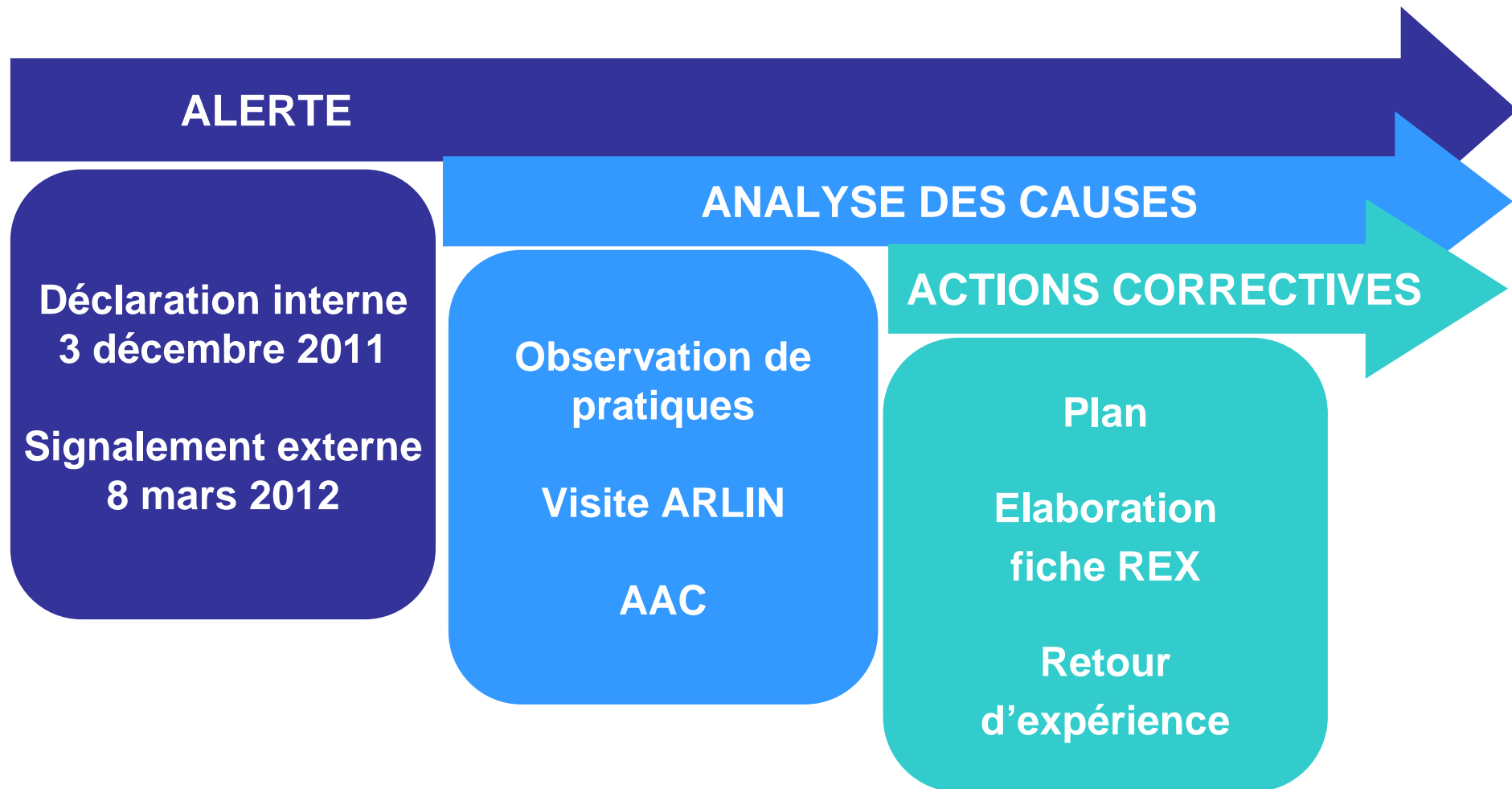
Etape 2 : analyse des causes



- ▶ Description précise de l'évènement
- ▶ Entretiens et observation des pratiques / gestion des CIP réalisés par l'E.OH et ARLIN
- ▶ Démarche d'AAC (5M) réalisée en groupe pluridisciplinaire
→ identifier les écarts / références bibliographiques
- ▶ Identification des causes immédiates + causes latentes



Etape 3 : actions correctives



REX : valorisation de la démarche


Elaboration d'une fiche REX



Proposée par le CCLIN à l'établissement de santé



Réalisée en partenariat ES / ARLIN / CCLIN



Retour d'EXpérience :
Signalement d'infections nosocomiales

Objectif : à partir d'un événement qui est signalé par un établissement de santé, apprendre et faire partager les connaissances concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, pour éviter la survenue d'événements comparables. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE
Bactériémie sur Chambre Implantable Percutanée (CIP)

MOTS CLES
Bactériémie - CIP- *Klebsiella pneumoniae* BLSE

CCLIN SUD-OUEST Période de survenue : 2011

POINT D'INFORMATION - MESSAGE CLE
La prévention des infections sur chambre implantable repose sur une organisation et une anticipation de la part des services pour prendre en charge les patients ainsi qu'une bonne communication entre établissements.

CONTEXTE

- ✕ **Description chronologique de l'évènement**
Patiente de 68 ans admise dans le service de SSR pour rééducation après une histoire chirurgicale complexe (chirurgie de canal lombaire étroit compliquée de plusieurs infections du site opératoire et d'une lyse de la greffe ayant nécessité trois reprises chirurgicales et une antibiothérapie de plusieurs mois). La patiente arrive avec une CIP posée 15 jours auparavant et utilisée pour son antibiothérapie en cours. Elle présente à de très nombreuses reprises une obstruction de sa CIP, nécessitant par deux fois le transfert de cette patiente dans un établissement de recours pour déboucher la CIP. Trois semaines après son arrivée survient une bactériémie à *Klebsiella pneumoniae* BLSE : la patiente est alors transférée dans un établissement de recours pour le retrait de sa CIP, la pose d'un cathéter central et l'adaptation du traitement antibiotique. L'évolution clinique est favorable.
- ✕ **Investigations**
 - Vérification et confirmation de l'infection liée à la CIP en prélevant une hémoculture sur CIP et en périphérique,
 - Observation des pratiques de gestion des CIP par l'EOH, en lien avec l'ARLIN,
 - Recherche d'autres cas,
 - Analyse des causes (méthode des 5 M).
- ✕ **Mécanisme de transmission et hypothèses**
Les hypothèses possibles ont été : non respect des règles d'asepsie lors de la manipulation de la chambre, infection endogène, transmission croisée, sélection par antibiothérapie.
- ✕ **Evènements similaires**
Cet évènement fait suite dans le service à deux autres évènements indésirables survenus environ 1 mois auparavant correspondant à des échecs de changement de gripper sur CIP malgré plusieurs tentatives.
Au CCLIN Sud-Ouest, deux signalements d'infection sur CIP ont été reçus depuis 2011 : dans chacun des cas, les pratiques de gestion des CIP n'étaient pas optimales. Tarpatzi et coll. ont étudiés 340 patients avec CVC : les facteurs de risque associés aux bactériémies liées aux cathéters étaient les suivants : corticostéroïdes, diabète sucré, cancer, cathétérisme au long cours et intervalle de changement du pansement > 48 h.
- ✕ **Circonstances et causes immédiates**
 - Non respect des règles d'asepsie lors de la manipulation de la chambre,
 - Hygiène des mains et port d'équipement de protection pas toujours du niveau recommandé (tenue, gants, friction),
 - Préparation cutanée non conforme : la patiente étant intolérante cutanée à la polyvidone, les 4 temps avec la chlorhexidine n'ont pas été respectés, en l'absence de chlorhexidine savon dans le service,
 - Gestion des produits passés dans la CIP : pas de rinçage pulsé,
 - Conditions de pose de la CIP : pas d'information sur la pose, réalisée dans un autre établissement et pas de carte de CIP.
- ✕ **Causes latentes**
 - Sous-estimation du risque liée à un dispositif vasculaire central
 - Absence de protocole de gestion des CIP et méconnaissance des recommandations de bonne pratique
 - Absence de formation à la manipulation des CIP et en particulier au changement de gripper (formations souhaitées par l'EOH mais difficultés d'organisation), pas de formation pratique délivrée par l'IFSI encadrement ne favorisant pas les transferts de savoirs entre paramédicaux.
 - Augmentation des patients porteurs de CIP dans le SSR depuis le début d'année.
 - Patients admis de plus en plus lourds avec hausse des patients sous antibiothérapie au long cours à l'admission
 - Charge en soins élevée du fait d'un absentéisme et sous-effectif sur plus de 50% du temps à cette période
 - Manque de matériel adapté aux CIP, manque d'antiseptiques autres que gamme iodée
 - Incidence élevée de *Klebsiella pneumoniae* BLSE dans le service à cette période

REX n°11 - CCLIN SO - avril 2013 Page 1 / 2



Retour d'EXpérience : Signalement d'infections nosocomiales

Objectif : à partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'événements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Bactériémie sur Chambre Implantable Percutanée (CIP)

MOTS CLES

Bactériémie - CIP- *Klebsiella pneumoniae* BLSE

CCLIN SUD-OUEST

Période de survenue : 2011

POINT D'INFORMATION - MESSAGE CLE

La prévention des infections sur chambre implantable repose sur une organisation et une anticipation de la part des services pour prendre en charge les patients ainsi qu'une bonne communication entre établissements.

Contexte



CONTEXTE

📅 Description chronologique de l'évènement

Patiente de 68 ans admise dans le service de SSR pour rééducation après une histoire chirurgicale complexe (chirurgie de canal lombaire étroit compliquée de plusieurs infections du site opératoire et d'une lyse de la greffe ayant nécessité trois reprises chirurgicales et une antibiothérapie de plusieurs mois). La patiente arrive avec une CIP posée 15 jours auparavant et utilisée pour son antibiothérapie en cours. Elle présente à de très nombreuses reprises une obstruction de sa CIP, nécessitant par deux fois le transfert de cette patiente dans un établissement de recours pour désobstruer la CIP. Trois semaines après son arrivée survient une bactériémie à *Klebsiella pneumoniae* BLSE : la patiente est alors transférée dans un établissement de recours pour le retrait de sa CIP, la pose d'un cathéter central et l'adaptation du traitement antibiotique. L'évolution clinique est favorable.



Description chronologique de l'évènement

Hospitalisation d'une patiente de 68 ans en SSR pour rééducation après histoire chirurgicale lourde. Porteuse d'une CIP depuis 15 jours pour ATBthérapie au long cours

Nombreuses obstructions de sa CIP nécessitant deux fois son transfert vers ES de recours pour la désobstruer.

Trois semaines après son arrivée, survenue d'une bactériémie à *K. pneumoniae* BLSE

Transfert de la patient vers ES de recours pour retrait CIP, pose de CVC et adaptation de l'ATBthérapie

Evolution clinique favorable



Contexte

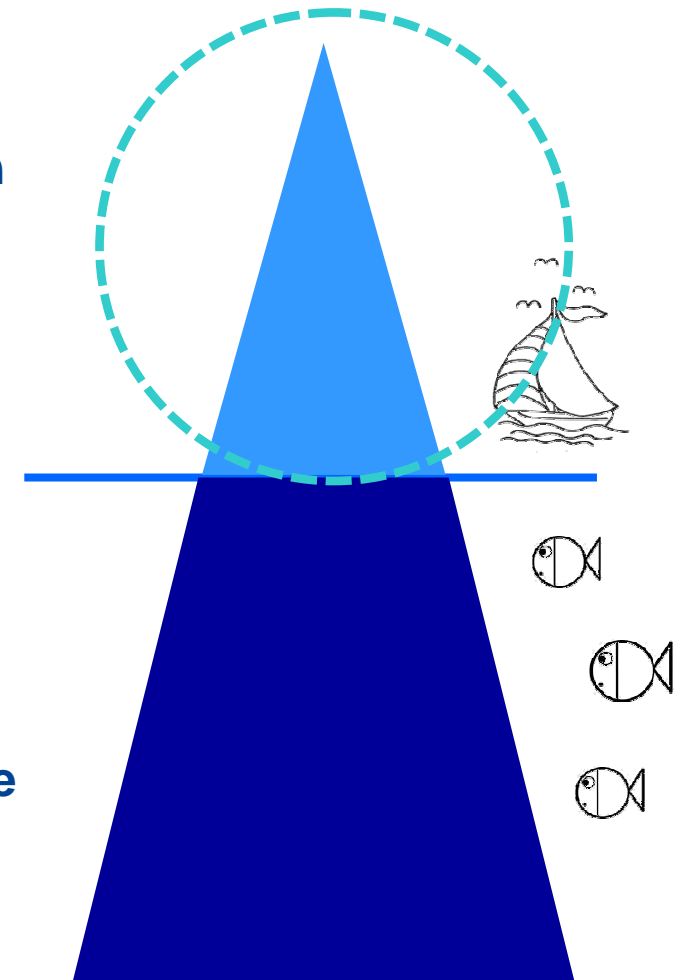


Circonstances et causes immédiates

- Non respect des règles d'asepsie lors de la manipulation de la chambre,
- Hygiène des mains et port d'équipement de protection pas toujours du niveau recommandé (tenue, gants, friction),
- Préparation cutanée non conforme : la patiente étant intolérante cutanée à la polyvidone, les 4 temps avec la chlorhexidine n'ont pas été respectés, en l'absence de chlorhexidine savon dans le service,
- Gestion des produits passés dans la CIP : pas de rinçage pulsé,
- Conditions de pose de la CIP : pas d'information sur la pose, réalisée dans un autre établissement et pas de carte de CIP.

Circonstances et causes immédiates

- ❑ Non respect des règles d'asepsie lors de la manipulation de la chambre
- ❑ Hygiène des mains et port d'équipement de protection pas toujours du niveau recommandé (tenue, gants, friction)
- ❑ Préparation cutanée non conforme : la patiente étant intolérante cutanée à la polyvidone, les 4 temps avec la chlorhexidine n'ont pas été respectés, en l'absence de chlorhexidine savon dans le service
- ❑ Gestion des produits passés dans la CIP : pas de rinçage pulsé
- ❑ Conditions de pose de la CIP : pas d'information sur la pose, réalisée dans un autre établissement et pas de carte de CIP.



Contexte

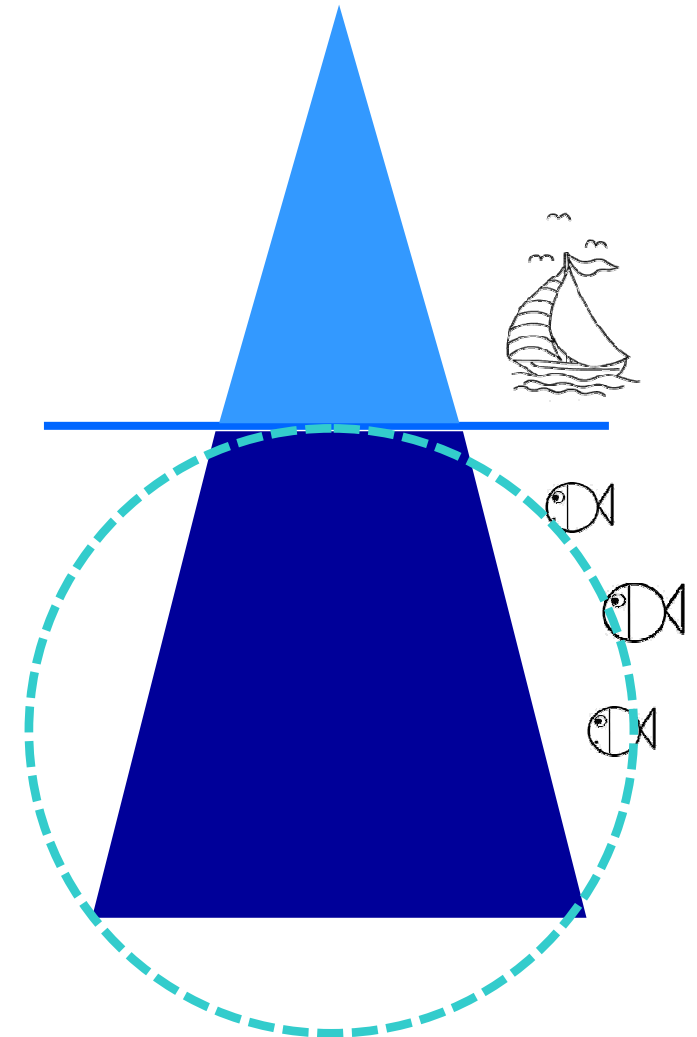


Causes latentes

☒ Causes latentes

- Sous-estimation du risque liée à un dispositif vasculaire central
- Absence de protocole de gestion des CIP et méconnaissance des recommandations de bonne pratique
- Absence de formation à la manipulation des CIP et en particulier au changement de gripper (formations souhaitées par l'E.O.H mais difficultés d'organisation), pas de formation pratique délivrée par l'IFSI encadrement ne favorisant pas les transferts de savoirs entre paramédicaux.
- Augmentation des patients porteurs de CIP dans le SSR depuis le début d'année.
- Patients admis de plus en plus lourds avec hausse des patients sous antibiothérapie au long cours à l'admission
- Charge en soins élevée du fait d'un absentéisme et sous-effectif sur plus de 50% du temps à cette période
- Manque de matériel adapté aux CIP, manque d'antiseptiques autres que gamme iodée
- Incidence élevée de *Klebsiella pneumoniae* BLSE dans le service à cette période

- ☐ Absence de protocole de gestion des CIP et méconnaissance des recommandations de bonne pratique
- ☐ Absence de formation à la manipulation des CIP et en particulier au changement de gripper
- ☐ Augmentation des patients porteurs de CIP dans le SSR depuis le début d'année et patients admis de plus en plus lourds
- ☐ Charge en soins élevée : sous-effectif sur plus de 50% du temps à cette période
- ☐ Manque de matériel adapté aux CIP, manque d'antiseptiques autres que gamme iodée
- ☐ Incidence élevée de *K. pneumoniae* BLSE dans le service à cette période



Actions Menées



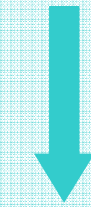
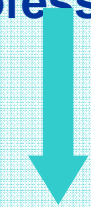
ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT, Tutelles...)

Facteurs	Observations	Axes d'amélioration
	Etablissement de santé	
Facteurs liés aux professionnels Qualifications, compétences, facteurs de stress...	Méconnaissance des recommandations Manque de pratique Stress lié à la nouveauté du geste, et à la charge de travail, pas de formation pratique délivrée par l'IFSI	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser une formation « théorique » sur les CIP (présentation du dispositif, des risques liés à une mauvaise utilisation, apprentissage des recommandations, présentation et démonstration de matériel) par l'ARLIN en partenariat avec l'EOH - Organiser une formation pratique dans un service référent (manipulations)

**Facteurs individuels
(liés aux professionnels)**

**Méconnaissance des recos
Manque de pratique**

Organisation de formations théoriques par l'ARLIN et l'EOH et pratiques dans un service référent



Actions Menées



ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT, Tutelles...)

Facteurs	Observations	Axes d'amélioration
	Etablissement de santé	
Facteurs liés aux professionnels Qualifications, compétences, facteurs de stress...	Méconnaissance des recommandations Manque de pratique Stress lié à la nouveauté du geste, et à la charge de travail, pas de formation pratique délivrée par l'IFSI	- Organiser une formation « théorique » sur les CIP (présentation du dispositif, des risques liés à une mauvaise utilisation, apprentissage des recommandations, présentation et démonstration de matériel) par l'ARLIN en partenariat avec l'EOH - Organiser une formation pratique dans un service référent (manipulations)
Facteurs liés à l'équipe Communication entre professionnels, avec le patient, répartition des tâches, encadrement...	Communication difficile entre les rares professionnels compétents pour les CIP et les autres, ainsi qu'avec l'encadrement Manque d'anticipation de l'arrivée d'un patient porteur de CIP	Anticiper l'accueil du patient (réviser et diffuser la procédure existante)
Facteurs liés aux tâches à effectuer Protocoles, définition des tâches, planification...	Absence de protocole pour la gestion des CIP	Ecrire la procédure de prise en charge des patients porteurs de CIP



Facteurs liés aux tâches



Absence de protocole pour la gestion des CIP



Rédaction de la procédure de prise en charge des patients porteurs de CIP

Actions Menées

ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT, Tutelles...)

Facteurs	Observations	Axes d'amélioration
Etablissement de santé		
Facteurs liés aux professionnels Qualifications, compétences, facteurs de stress...	Méconnaissance des recommandations Manque de pratique Stress lié à la nouveauté du geste, et à la charge de travail, pas de formation pratique délivrée par l'IFSI	- Organiser une formation « théorique » sur les CIP (présentation du dispositif, des risques liés à une mauvaise utilisation, apprentissage des recommandations, présentation et démonstration de matériel) par l'ARLIN en partenariat avec l'EOH - Organiser une formation pratique dans un service référent (manipulations)
Facteurs liés à l'équipe Communication entre professionnels, avec le patient, répartition des tâches, encadrement...	Communication difficile entre les rares professionnels compétents pour les CIP et les autres, ainsi qu'avec l'encadrement Manque d'anticipation de l'arrivée d'un patient porteur de CIP	Anticiper l'accueil du patient (réviser et diffuser la procédure existante)
Facteurs liés aux tâches à effectuer Protocoles, définition des tâches, planification...	Absence de protocole pour la gestion des CIP	Ecrire la procédure de prise en charge des patients porteurs de CIP
Facteurs liés à l'environnement de travail Locaux, aspects techniques, matériels, effectifs, charge de travail, administratif...	Difficultés à disposer du bon matériel (surtout aiguilles de huber disponible, mais pas de gripper) car : - pas d'anticipation possible (pas d'information sur le type de CIP) - pas de communication avec la pharmacie avant l'admission pour l'approvisionnement en matériel adapté Effectif des soignants souvent réduit par rapport à la charge de travail due aux patients lourds	Mettre à disposition du matériel adéquat grâce à un travail concerté avec la pharmacie Mettre en adéquation effectif/patients lourds (ratios à maintenir)
Facteurs liés à l'organisation et au management Hiérarchie, gestion des ressources humaines, formation continue...	Difficulté d'accès et d'appropriation des documents (protocoles...) Analyse et traitement des fiches d'évènement indésirable insuffisant	Améliorer la gestion documentaire Améliorer la rigueur de la gestion des fiches d'évènement indésirable, Introduire l'information sur l'organisation et le fonctionnement de la qualité et de la gestion des risques dans la formation nouveaux arrivants

Facteurs liés à l'environnement de travail

Difficulté de mise à disposition de matériel adéquat (gripper)
Effectif soignant réduit / charge de travail due aux patients lourds

Mise à disposition de matériel adéquat grâce à un travail concerté avec la Pharmacie

Mise en adéquation ratio soignants /patients lourds

Actions Menées

ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT, Tutelles...)

Facteurs	Observations	Axes d'amélioration
Etablissement de santé		
Facteurs liés aux professionnels Qualifications, compétences, facteurs de stress...	Méconnaissance des recommandations Manque de pratique Stress lié à la nouveauté du geste, et à la charge de travail, pas de formation pratique délivrée par l'IFSI	- Organiser une formation « théorique » sur les CIP (présentation du dispositif, des risques liés à une mauvaise utilisation, apprentissage des recommandations, présentation et démonstration de matériel) par l'ARLIN en partenariat avec l'EOH - Organiser une formation pratique dans un service référent (manipulations)
Facteurs liés à l'équipe Communication entre professionnels, avec le patient, répartition des tâches, encadrement...	Communication difficile entre les rares professionnels compétents pour les CIP et les autres, ainsi qu'avec l'encadrement Manque d'anticipation de l'arrivée d'un patient porteur de CIP	Anticiper l'accueil du patient (réviser et diffuser la procédure existante)
Facteurs liés aux tâches à effectuer Protocoles, définition des tâches, planification...	Absence de protocole pour la gestion des CIP	Ecrire la procédure de prise en charge des patients porteurs de CIP
Facteurs liés à l'environnement de travail Locaux, aspects techniques, matériels, effectifs, charge de travail, administratif...	Difficultés à disposer du bon matériel (seulement aiguilles de huber disponible, mais pas de gripper) car : - pas d'anticipation possible (pas d'information sur le type de CIP) - pas de communication avec la pharmacie avant l'admission pour l'approvisionnement en matériel adapté Effectif des soignants souvent réduit par rapport à la charge de travail due aux patients lourds	Mettre à disposition du matériel adéquat grâce à un travail concerté avec la pharmacie Mettre en adéquation effectif/patients lourds (ratios à maintenir)
Facteurs liés à l'organisation et au management Hiérarchie, gestion des ressources humaines, formation continue...	Difficulté d'accès et d'appropriation des documents (protocoles...) Analyse et traitement des fiches d'évènement indésirable insuffisant	Améliorer la gestion documentaire Améliorer la rigueur de la gestion des fiches d'évènement indésirable, Introduire l'information sur l'organisation et le fonctionnement de la qualité et de la gestion des risques dans la formation nouveaux arrivants
Facteurs liés au contexte institutionnel Politique de santé nationale, régionale, système de signalement...	Transfert des patients du MCO de plus en plus tôt, Répétition d'évènements (CIP obstruée) avec deux recours à un MCO sans que cela ne déclenche d'alerte ou de discussion avec le MCO Signalement retardé du fait d'un problème prolongé de connexion à E-SIN	Réfléchir aux modalités permettant une meilleure concertation préalable entre le MCO et le SSR Et réflexion conjointe sur des Evènements indésirables pouvant également concerner leur activité Problème résolu

Facteurs liés à l'organisation et au management

Difficultés d'accès et d'appropriation des documents (protocoles ...)

Analyse et traitement des fiches d'EI insuffisant

Améliorer la gestion documentaire

Améliorer la gestion des fiches d'EI

Introduire l'organisation de la qualité et de la GDR dans la formation des nx arrivants

Actions Menées

ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT, Tutelles...)

Facteurs	Observations	Axes d'amélioration
Etablissement de santé		
Facteurs liés aux professionnels Qualifications, compétences, facteurs de stress...	Méconnaissance des recommandations Manque de pratique Stress lié à la nouveauté du geste, et à la charge de travail, pas de formation pratique délivrée par l'IFSI	- Organiser une formation « théorique » sur les CIP (présentation du dispositif, des risques liés à une mauvaise utilisation, apprentissage des recommandations, présentation et démonstration de matériel) par l'ARLIN en partenariat avec l'EOH - Organiser une formation pratique dans un service référent (manipulations)
Facteurs liés à l'équipe Communication entre professionnels, avec le patient, répartition des tâches, encadrement...	Communication difficile entre les rares professionnels compétents pour les CIP et les autres, ainsi qu'avec l'encadrement Manque d'anticipation de l'arrivée d'un patient porteur de CIP	Anticiper l'accueil du patient (réviser et diffuser la procédure existante)
Facteurs liés aux tâches à effectuer Protocoles, définition des tâches, planification...	Absence de protocole pour la gestion des CIP	Ecrire la procédure de prise en charge des patients porteurs de CIP
Facteurs liés à l'environnement de travail Locaux, aspects techniques, matériels, effectifs, charge de travail, administratif...	Difficultés à disposer du bon matériel (seulement aiguilles de huber disponible, mais pas de gripper) car : - pas d'anticipation possible (pas d'information sur le type de CIP) - pas de communication avec la pharmacie avant l'admission pour l'approvisionnement en matériel adapté Effectif des soignants souvent réduit par rapport à la charge de travail due aux patients lourds	Mettre à disposition du matériel adéquat grâce à un travail concerté avec la pharmacie Mettre en adéquation effectif/patients lourds (ratios à maintenir)
Facteurs liés à l'organisation et au management Hiérarchie, gestion des ressources humaines, formation continue...	Difficulté d'accès et d'appropriation des documents (protocoles...) Analyse et traitement des fiches d'évènement indésirable insuffisant	Améliorer la gestion documentaire Améliorer la rigueur de la gestion des fiches d'évènement indésirable, Introduire l'information sur l'organisation et le fonctionnement de la qualité et de la gestion des risques dans la formation nouveaux arrivants
Facteurs liés au contexte institutionnel Politique de santé nationale, régionale, système de signalement...	Transfert des patients du MCO de plus en plus lent, Répétition d'évènements (CIP obstruée) avec deux recours à un MCO sans que cela ne déclenche d'alerte ou de discussion avec le MCO Signalement retardé du fait d'un problème prolongé de connexion à E-SIN	Réfléchir aux modalités permettant une meilleure concertation préalable entre le MCO et le SSR Et réflexion conjointe sur des Evènements indésirables pouvant également concerner leur activité Problème résolu

Facteurs liés au contexte institutionnel

Transfert des patients de MCO de + en + rapide
Répétition de 2 EI sans alerte ou de discussion entre ES

Réflexion sur une meilleure concertation préalable entre SSR et MCO
Réflexion commune sur les EI

Références



REFERENCES

- ❖ Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux. SF2H. 2012, 92 pages http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2012_CCI.pdf
- ❖ Foire aux questions. 2012, 5 pages. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2012_CCI_Faq_SF2H.pdf
- ❖ Tarpatzi A, Avlami A, Papapaskevas J, Daikos GL, Stefanou I, Katsandri A, Vasilakopoulou A, Chatzigeorgiou KS, Petrikos GL. Incidence and risk factors for central vascular catheter-related bloodstream infections in a tertiary care hospital. New Microbiol. 2012 Oct; 35(4):429-37.

Commentaires à adresser à : Dr AG Venier anne-gaelle.venier@chu-bordeaux.fr



4 points clés pour contribuer à la culture REX

- ▶ S'inscrire sur e-SIN et se lancer dans une démarche organisée du signalement centrée sur l'amélioration de la sécurité des soins
- ▶ Se former à l'analyse approfondie des causes et la mettre en œuvre aussi systématiquement que possible.
- ▶ Collaborer avec le réseau CCLIN/ARLIN à l'identification des causes profondes et à l'élaboration des REX.
- ▶ Profiter de l'expérience des autres pour sécuriser a priori les pratiques les plus à risque.

<http://www.cclin-arlin.fr/>

Réseau
prévention hygiène hospitalière évaluation

Cclin-Arlin
surveillance infections associées aux soins signalement

Réseau national de prévention des infections associées aux soins

Actualités
Agenda
Alertes
Emploi
Formation
Grand Public
Campagnes
Outils GDR

CClin Paris-Nord
Nord-Est de Calais
Haute Normandie
Picardie

CClin Ouest
Bretagne
Basse Normandie
Pays de la Loire
Centre
Bourgogne
Franche Comté

CClin Est
Lorraine
Alsace

CClin Sud-Ouest
Saint-Pierre et Miquelon
Guadeloupe
Martinique
Guyane

CClin Sud-Est
Aquitaine
Midi-Pyrénées
Auvergne
Rhône Alpes
Langues-Roussillon
Provence-Alpes Côte d'Azur
Corse
La Réunion
Mayotte

NosoBase
Documentation et information

RAISIN
Signalement et surveillance

GREP
Evaluation des pratiques

ProdHyBase
Désinfectants et produits

Internet

<http://www.cclin-arlin.fr/GDR/GDR.html>


Gestion des risques - Windows Internet Explorer fourni par C.H.U de Bordeaux

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/GDR.html

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Gestion des risques

Actualités — Alertes — **Outils-GDR** — Grand Public —
— Agenda — Campagnes — Formation — Emploi —




Outils Gestion des risques

Les établissements de santé sont confrontés à de nombreux risques liés à la diversification de défaillances qu'elles soient techniques, humaines ou organisationnelles. Leur prévention est une préoccupation constante pour les professionnels de santé. La maîtrise des risques, démarche à la fois managériale et technique, permet de réduire les risques.

Les Cclin ont élaboré des outils afin de réduire ces risques :

- Retour d'expérience**
- Analyse de scénario**
- Checklist**

Qui sommes nous ? - Plan du site - Contact - mis à jour le 1/07/13 

A ce jour 20 thématiques, 34 fiches REX

Rex - Retours d'expérience - Windows Internet Explorer fourni par C.H.U de Bordeaux

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/ren.html

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Rex - Retours d'expérience

 — Actualités — Alertes — **Outils-GDR** — Grand Public —
— Agenda — Campagnes — Formation — Emploi — 

Retours d'expérience (REX)

Un "retour d'expérience" valorise les expériences de gestion des signalements par les établissements de santé et par les Cclin-ARlin par le partage d'informations utiles à la prévention ou à la gestion d'événements infectieux graves associés à la dispensation de soins de santé.

Les objectifs recherchés sont de fournir :

- des informations et des outils utiles à la gestion d'événements infectieux ou à leur prévention, aux partenaires, dont ceux de l'éducation,
- des informations utiles à l'élaboration de matériel pédagogique spécifique aux infections nosocomiales, dont les études de cas.

Un REX ne peut prétendre être une conduite à tenir car non soumis à un processus de validation par un groupe d'experts ; il est produit avec les informations et références disponibles au moment de son élaboration.

Sommaire :

Abord vasculaire / Cathéter	Gale / Ectoparasites
AES	Hémodialyse
Alimentation	Maternité
Anesthésie / Réanimation	Médicament
Bloc opératoire / Chirurgie	Ophtalmologie
BMR / BHRe	Pédiatrie
Cathéter	Soins ambulatoires
Clostridium	SSR
EHPAD / Gériatrie	Urologie
Endoscopie	Vaccination

Abord vasculaire / Cathéter

Cas groupé d'ISO en chirurgie bariatrique - mai 2013

Bactériémie sur chambre implantable percutanée (CIP)- avril 2013

Internet 85%

démarrer 9 Microsoft Offic... 8 Explorateur Wi... Microsoft Access 5 Microsoft Office... 3 Internet Explorer Document2 - Micro... 4 Adobe Reader FR 18:00



L'info en temps réel de mise en ligne d'un nouveau REX ?

Restez connecté !

@CclinSudOuest et @CclinSudEst



Merci à l'ensemble des professionnels ayant contribué à ce REX

Merci pour votre attention

