

Bilan des visites de risque en région Occitanie

**Journée Régionale de Prévention des Infections Associées
aux Soins - CPIAS Occitanie**

Jeudi 5 Octobre 2017

Contexte

- Priorités nationales en 2009 suite aux enquêtes sur les Eneis
 - La sécurité des patients
 - La gestion des risques associés aux soins (GDRAS)



Un évènement indésirable grave sur deux serait évitable
Les IAS représenteraient 32,2% des EIG évitables

- Circulaire du 18 novembre 2011 (décret 2010)
 - Utilisation en routine des outils de la GDRAS = contribuer à développer la culture de la qualité et de la sécurité des soins
- Guide de l'HAS en 2012 sur la mise en œuvre des risques associés aux soins en ES. Concepts / Pratique

Visite de risque/HAS 2012

Fiche 17. Visite de risques

Fiche 17

Objectif

Réaliser au contact du terrain un constat argumenté des difficultés de mise en place des mesures de qualité-sécurité des soins

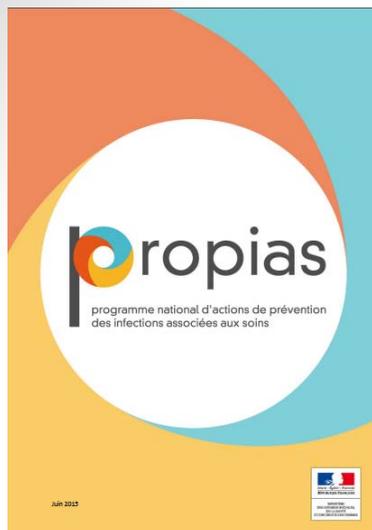


Principe

- Issue des domaines de l'assurance et de l'industrie, la visite de risques est introduite dans l'établissement de santé comme méthode de repérage et d'évaluation de risques latents. Cette méthode *a priori* combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation). Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en œuvre rapide et le développement de la culture de sécurité.

Indication

- Via l'assureur dans le cadre de la mise en œuvre ou du renouvellement d'un contrat d'assurance (les visites portant sur les activités jugées les plus à risques pour lui, en secteur obstétrical, aux urgences, en réanimation, au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire).
- Via l'établissement de santé (problématique locale) ou une structure régionale d'appui (problématique régionale) en recherche d'une collaboration étroite avec les services et d'une mise en œuvre d'actions correctives immédiates.



Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins PROPIAS 2015

**INSTRUCTION N°DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015
relative au programme national d'actions de prévention des infections
associées aux soins (Propias) 2015**



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Développer la prévention des IAS tout au long du parcours des soins en impliquant les patients et les résidents.

Objectifs (O)	Actions (A)		
	Local	Régional	National
O1 : Cohérence, efficacité, synergie de la PIAS dans les 3 secteurs	A1 : Patient/résident, partenaire de l'équipe soignante A2 : Améliorer le travail en équipe/tutorat	A2 : Diffusion des recommandations actualisées de PIAS	A2: S'appuyer sur les objectifs d' « Hôpital numérique » et « territoire de soins numérique » A2 : Guide de gestion du risque IAS en ville A3 : Utilisation des médias sociaux
O2 : La PIAS déclinée en région	A1 : Missions élargies pour les EOH/création d'EMH A1 : Coopération EOH/GDR/Référent ATB et dans les 3 secteurs A4 : Conformité des EOH au ratio	A1 : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB A1 : Réseaux EOH/EMH/GDR et référents en antibiothérapie, centres de conseil en antibiothérapie; A2 : Coopération des réseaux avec les SRVA (Arlin/CClin/Omedit/SRA), Cire, coordination par ARS A3 : Valorisation de l'accompagnement des ARS en EMS et soins de ville	A1 : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB A4 : Ratio des professionnels en hygiène en ES
O3 : Compétences des professionnels de santé et connaissances des usagers sur la PIAS	A1 : Formation continue de tous professionnels de santé en hygiène A1 : Formation continue des professionnels spécialisés en hygiène A2 : Méthodes d'apprentissage par simulation A3 : Informer et associer le patient à sa PEC A4 : Former les RU	A1 : Formation continue des professionnels en hygiène en SRVA A1 : Outils métiers A1 : Supports de formation A2 : Outils de GDRAS, RMM, REX... A4 : Former les RU A4 : Version grand public des résultats des surveillances	A1 : Formation initiale en hygiène obligatoire pour tous professionnels de santé dans tous les secteurs A1 : Référentiels métier d'hygiéniste A1 : Supports de formation A2 : Outils de GDRAS, RMM, REX... A4 : Former les RU A4 : Version grand public des résultats des surveillances
O4 : Le signalement des IAS par tous	A1 : Tous les ES ont une connexion opérationnelle à e-SIN A2 : Analyse approfondie des causes pour certaines IAS signalées en externe (en ES)	A1 : Promouvoir le signalement des IAS en ville et en EMS A1 : Evaluation qualitative et quantitative du signalement A2 : Analyse de REX	A1 : Indicateurs qualitatifs et quantitatifs A1 : SNS/réorganisation des vigilances : mise en place du portail commun de déclaration
O5 : Etat des lieux des IAS (ES, EMS, ville)	A1 : Surveillance automatisée à partir des SIH (actes)	A2 : ENP en EMS et état des lieux en soins de ville A4 : Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance	A2 : ENP en EMS et état des lieux en soins de ville A3 : ENP des IAS en ES A4 : Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance

les niveaux de mise en œuvre: local, régional, national ; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux



Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins.

Objectifs (O)	Actions (A)		
	Local	Régional	National
O1 : Connaître, évaluer et prévenir le risque infectieux associé aux actes invasifs réalisés dans les 3 secteurs de l'offre de soins	A2 : Revue de pertinence des actes et du maintien des dispositifs invasifs A3 : Formation des professionnels à la pratique des actes invasifs: simulation, tutorat, évaluation des connaissances techniques avant la pratique A4 : Programmes d'amélioration de la sécurité du patient : travail en équipe, apprentissage par l'erreur, faisceaux de mesures, etc. A5 : Promotion des outils d'audit/Approches EPP-DPC/Analyse systémique des causes/REX-RMM A6 : Sensibilisation/évaluation des bonnes pratiques en ville	A1 : Identification des actes invasifs réalisés en ville, en EMS / Recommandations associées A1 : Diffusion des recommandations de bonnes pratiques (SRVA) A3 : Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS (SRVA) A5 : Promotion des outils d'audit (Grepqh, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX A6 : Contrôles de conformité des installations (ARS, ordres).	A1 : Diffusion des recommandations de bonnes pratiques A3 : Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS A5 : Promotion des outils d'audit (Grepqh, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX
O2 : Disposer d'outils de surveillance des infections associés aux actes invasifs dans les 3 secteurs de l'offre de soins	A1 : Associer le patient à la surveillance des DMI A2 : Surveillance par les professionnels des actes ciblés A3 : Surveillance des infections associées aux CVC en réanimation A4 : Surveillance (ES) des bactériémies à S. aureus (ville et EMS) à partir du LBM	A3/A4 : Analyse des données de surveillance et des signalements (CClin/Arlin)	A3/A4 : Analyse des données de surveillance et des signalements
O3 : Disposer d'outils de surveillance des ISO profondes, d'évaluation de leur prévention et de gestion des risques adaptés dans les 3 secteurs de l'offre de soins.	A1 : Généraliser la mise en œuvre de la surveillance automatisée de la surveillance des ISO graves : taux d'ISO graves (par les professionnels de soins) A1 : RMM pour ISO graves A2 : Qualité de l'antibiogramme et protocoles actualisés, audits de conformité A2 : Travail en équipe pour la mise en œuvre de la PIAS	A1 : Analyse des données de surveillance (CClin/Arlin) A2 : Former les ES à la gestion des risques <i>a priori</i> et travail en équipe au bloc (CClin/Arlin/SRA)	A1 : Surveillance ISO couplée à des modules d'évaluation de pratiques A1 : Analyse des données de surveillance A1 : Exploitation des données issues des CIOA.

Démarche GDR

- **Prise en compte simultanée de 4 dimensions liées**
 - Stratégique: politique formalisée, implication de la direction, opportunités...
 - Structurelle: organisation et ressources
 - Culturelle: compréhension partagée du sens, objectifs, méthodes, culture positive de l'erreur
 - Technique: méthodes et outils

Ce qu'est la visite de risque:

- Une méthode de gestion des risques *a priori* qui a pour objectif de repérer les situations à risque dans une unité de soins donnée
- Une évaluation de l'ensemble d'une activité, établie selon les référentiels en vigueur et en lien avec le parcours du patient
- C'est aussi appréhender tous les risques, au regard
 - Des processus
 - De l'environnement
 - Du facteur humain
 - De l'organisation
- C'est aussi poser un diagnostic et mettre en œuvre des actions d'amélioration

<http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche17.pdf>

Quels objectifs?

- La visite de risque s'adresse à des équipes pluri-professionnelles souhaitant s'impliquer dans une démarche commune d'amélioration de l'existant et consolider les actions déjà mises en place (mesures barrières ou défenses).
- Elle doit favoriser, lorsqu'elle n'existe pas, l'instauration d'une culture de qualité et de sécurité au sein de l'activité concernée et proposer un outil utile là où cette culture est déjà implantée.

Visite de risque

Méthodologie

Recueil des données



Cette méthode d'analyse *a priori* combine plusieurs modes de recueil de données :

- recensement documentaire
- entretiens
- observations et visites directes

Mise en place de la démarche



Réunion préparatoire
Direction, GDR, EOH
Représentants de l'unité

**1 mois avant
la visite**

Mise en œuvre de la visite
EOH/GDR/personnel de dialyse

**Réunion de restitution, élaboration des axes
d'amélioration avec l'équipe et programmation du suivi**
EOH, GDR, responsable qualité, cadre de santé,
membres médicaux et paramédicaux de l'unité

Observations

Objectifs

Observer les pratiques et comprendre les organisations mises en place
Repérer les contraintes architecturales, organisationnelles et ergonomiques
Repérer d'éventuels écarts entre les pratiques observées et les documents

Visite de risque infectieux en hémodialyse		
Observation – Branchement/débranchement cathéter veineux central (CVC)		
Critères	Réponse Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 3 Non adapté = 4	Commentaires
Branchement et injection		
1. Absence de bijou chez l'opérateur et l'aide		
2. Le patient porte un masque chirurgical		
3. Le branchement du cathéter veineux central est réalisé par deux soignants		
4. Une hygiène des mains par friction est réalisée avant le contact avec le patient pour l'aide et l'opérateur		
5. L'opérateur porte une coiffe, une blouse stérile, un masque chirurgical, une protection oculaire et des gants stériles		
6. (si tenue incomplète mettre non et préciser)		
7. L'aide porte un masque chirurgical, une <u>sub</u> blouse non stérile/tablet plastique à usage unique et une protection oculaire. (si tenue incomplète mettre non et préciser)		
8. Un set de branchement stérile à usage unique est à disposition		

2 à 3 h

Entretiens

Visite de risque infectieux en hémodialyse
Grille d'entretien « Patient »
Patients présents et coopérants le jour de la visite

10-15 min

Réponses possibles Oui - 1 Non - 2 Ne sait pas - 3 Non adapté - 4	Réponse	Commentaires
1. Depuis quand êtes-vous dialysé ?		
2. Depuis quand êtes-vous suivi dans cette unité de soins ?		
3. Vous a-t-on parlé de la tenue vestimentaire adaptée au bon déroulement de la séance de dialyse ? (tenue propre et adaptée à la séance de dialyse, vêtements amples)		
4. Vous a-t-on parlé du rôle de l'hygiène corporelle dans la prévention des infections en dialyse ? (importance d'une toilette le jour de la séance de dialyse)		
5. Avez-vous reçu une information sur l'importance de l'hygiène des mains pour votre prise en charge ?		
6. Réalisez-vous systématiquement une hygiène des mains en entrant dans l'unité de soins ou avant le branchement ?		
7. Si présence d'une fistule, avez-vous reçu des consignes quant à l'hygiène de la fistule avant branchement ? (le lavage du bras du patient est un acte de soin réalisé sous la surveillance d'un membre du personnel). Si oui, lesquelles ?		

Objectifs

Apprécier les risques perçus et les problèmes déjà identifiés dans l'organisation et la prise en charge
Évaluer les moyens mis en place pour gérer le risque infectieux
Pointer d'éventuelles méconnaissances
Écouter et prendre en considération les idées d'amélioration

Prévoir une pièce dédiée aux entretiens

PROFESSIONNELS médicaux ou non
Médecin
Cadre de santé
IDE, AS, ASH

PATIENTS

Déroulement de la visite (exemple sur une journée)

Horaires	Activités
7h00-7h15	Présentation des visiteurs à l'équipe et des étapes de la visite
7h15-8h45	Observations des pratiques de branchement
8h45-11h00	Entretiens avec les patients Entretiens avec les professionnels de santé
11h00-12h30	Observations des pratiques de débranchement Visite des locaux
13h00-14h00	Entretiens avec les professionnels de santé (suite)
14h30-16h00	Temps de synthèse des visiteurs
16h00-17h00	Réunion de restitution

LA « VISITE DE RISQUE » EN MILIEU DE SOINS

APPLICATION A LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

GUIDE METHODOLOGIQUE

GREPH
GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HÔPITALIÈRE



NEWS



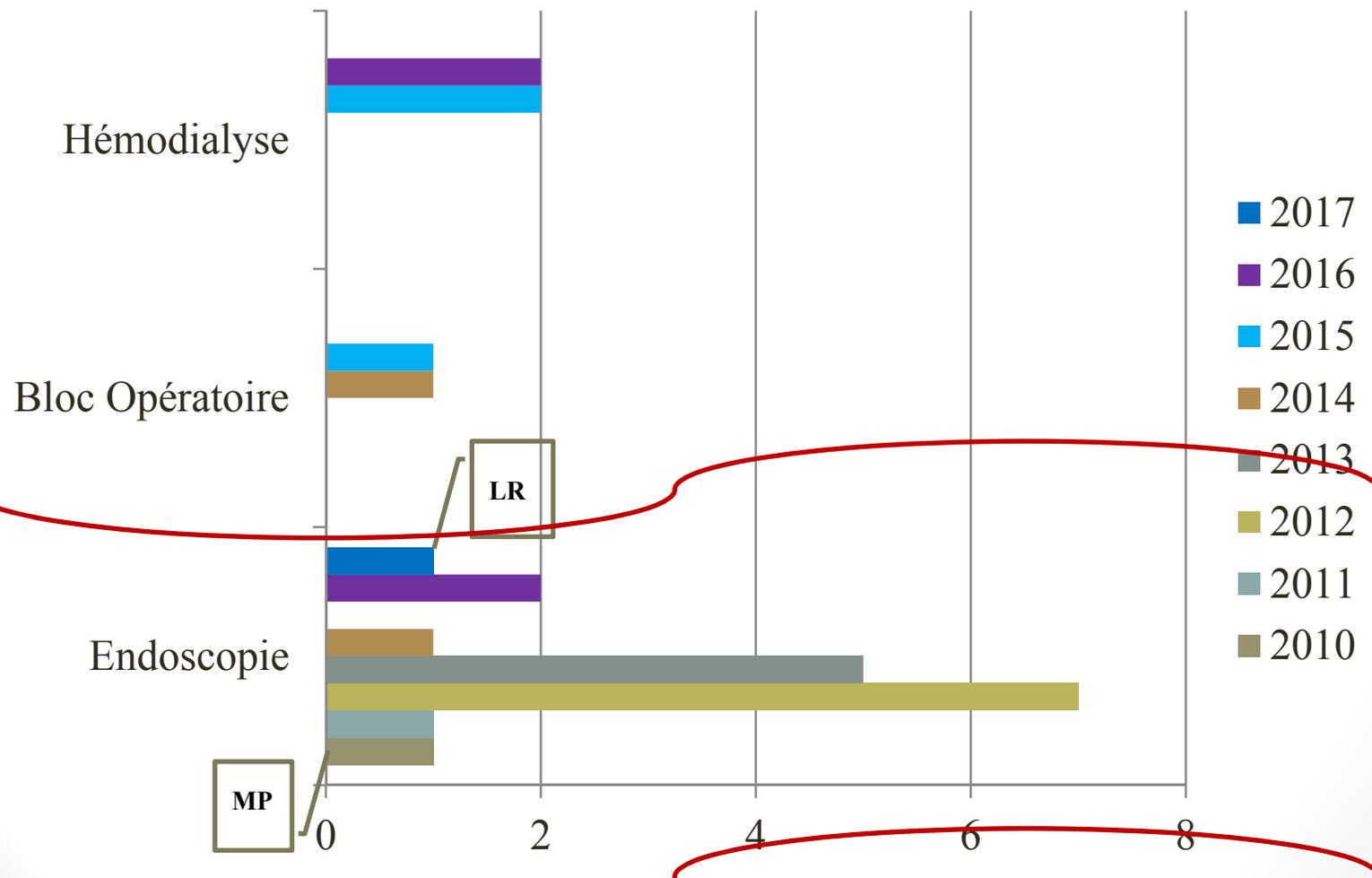
**Groupe de travail
en cours**

Dans ce document



- Repères conceptuels nécessaire à la mise en œuvre de la VDR
 - Qualité des soins
 - Approche processus
 - Barrière de sécurité: prévention, récupération, atténuation des effets
- Enjeux de la VDR
- Place de la VDR parmi les autres méthodes: audit clinique / rencontres sécurité du patient
- Méthode
- Fiches pratiques / Socle de grilles d'observation (PS)

Recensement VDR



Visite de risque

Exemple du traitement des
endoscopes

Visite de risques en endoscopie

Début 2010, demande d'une visite de risques en endoscopie par le CH Albi

Retour d'expérience
CH ALBI (81)
Claire Maheu
2010

MOTIFS

- Volonté d'un audit externe des pratiques
- Inquiétudes de la part de l'EOH
 - Endoscopie peu valorisée par le personnel du bloc
 - Personnel + ou – formé
 - Personnel « tournant »
 - Cohabitation des différentes spécialités avec possible contamination entre colo/hystéro

Conclusion de l'analyse de risque à priori

Retour d'expérience
CH ALBI (81)
Claire Maheu
2010

Visite qui a permis :

- d'objectiver une dérive sur certaines pratiques (personnels différents, oublis...)*
- de mobiliser les différents agents (médicaux, para..., technique)*
- de faire avancer certains points (rédaction, achats de petits matériels,...)*
- de valoriser et positionner le service d'endoscopie*

Visite de risques en endoscopie

2012, demande d'une visite de risques en endoscopie par le CH de Montauban

Retour d'expérience
CH MONTAUBAN (82)
Isabelle Dijols
2012



Choix commun d'une réalisation en 2 temps sur 6 mois, plateau technique de pneumologie, Endoscopie digestive, ORL
Parc endoscope assez homogène
Médecin responsable unité membre du CLIN
Petite équipe

Intérêts

- **Evalue les risques *a priori* ...mais utilisable *a posteriori***
- **« Balaye » l'ensemble de l'activité** : aspect technique ; analyse organisationnelle et documentaire poussée
- **Implication active** et engagement de l'ensemble des professionnels
- Effet stimulant du «regard extérieur»
- **Potentialité avec la V 2010** : institutionnalisation des actions correctives
- Si « note » correcte : **rassure l'équipe soignante, reconnaissance institutionnelle du travail réalisé..**
- **Formateur pour l'EOHH** / nouvel outil d'évaluation

Retour d'expérience
CH MONTAUBAN (82)
Isabelle Dijols
2012

Inconvénients

- **Stress** pour le personnel !
- **Chronophage** : Evaluation du temps passé ? Pour l'EOHH pour l'équipe soignante ? pour les autres participants ?
- Si « mauvaise note » **risque de stigmatisation** de l'équipe
- **Quid des mesures correctives** concernant l'architecture et l'insuffisance de personnel ?

Retour d'expérience
CH MONTAUBAN (82)
Isabelle Dijols
2012

Quel avenir ?

- **Développer cette méthodologie sur d'autres thématiques** en lien avec le risque infectieux ; Mise en place de visite sur d'autres thématiques au sein du réseau...
- **Diffuser sur le réseau** et appliquer dans d'autres Ets

Retour d'expérience
CH MONTAUBAN (82)
Isabelle Dijols
2012

Entretiens Thèmes	Cadre de santé	Gestionnai re de risques	Praticiens endoscopi stes	Médecin du travail	Respon sable biomédecina l
Protocole, formation	X	X	X	X	
Endoscopes	X	X	X		X
Architecture, équipements	X	X		X	X
Désinfectant	X		X	X	
Procédures de traitement	X	X	X		
Traçabilité	X		X		
Alertes	X	X	X		X
Équipe	X	X	X	X	
Patient	X		X		

VISITE DE RISQUE ENDOSCOPIE

SAISIE DES DONNEES

Fiche Etablissement

Check-list

Entretien avec le cadre de santé

Entretien avec le responsable GDR

Entretien avec les praticiens

Entretien avec le responsable biomédical

Entretien avec le médecin du travail

EDITION DES RESULTATS

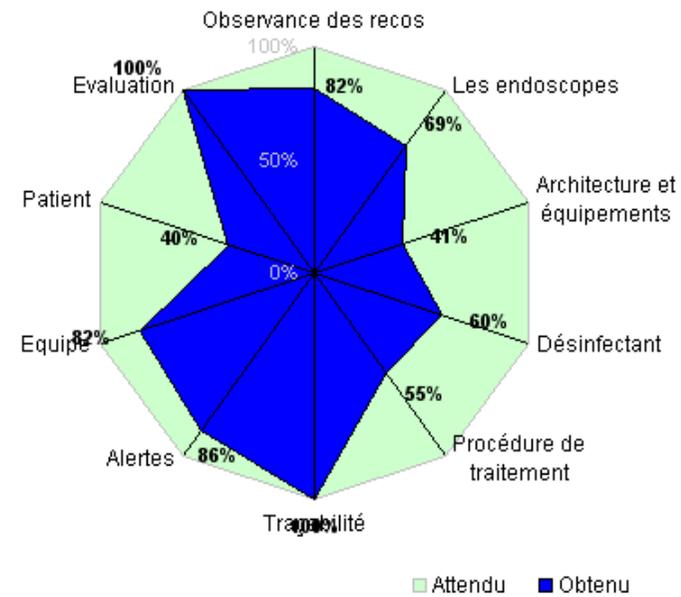
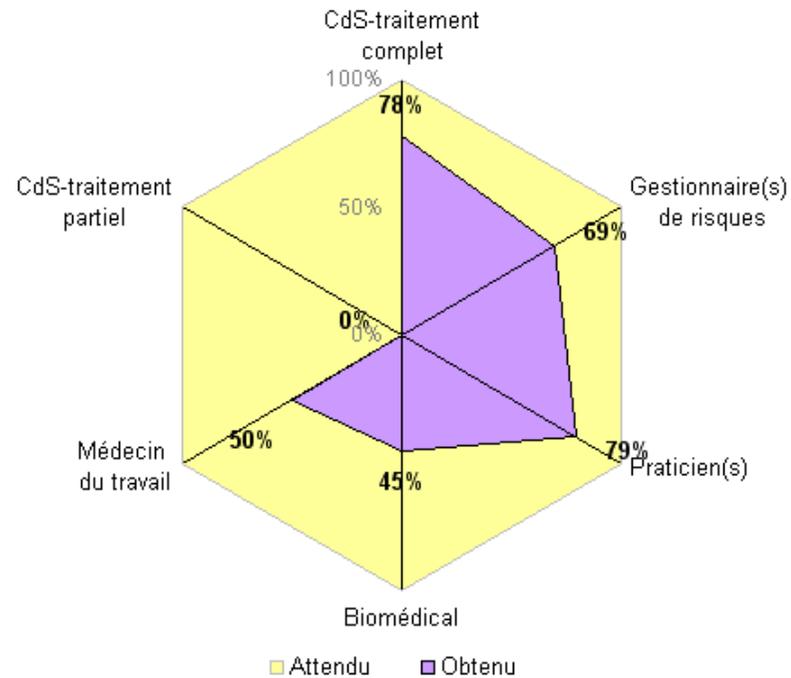
► ► Menu / Résultats / Etablissement / Check-list / Cadre de santé / Responsable GDR / Praticiens / Responsable bioméd / ◀ ◀

GRAPHIQUES ENTRETIENS

Etablissement: Centre hospitalier

Date de la visite: 13/09/2010

GASTRO-ENTEROLOGIE



Missions de l'antenne régionale

- Méthodologie et formation du correspondant local
- Expertise en matière de réglementation et de bonnes pratiques
- Participation active à la visite et réalisation des entretiens
- Co-animation de la restitution
- Analyse et exploitation des observations et entretiens
- Rédaction du rapport final en collaboration avec le correspondant local

Retour d'expérience en Midi-Pyrénées

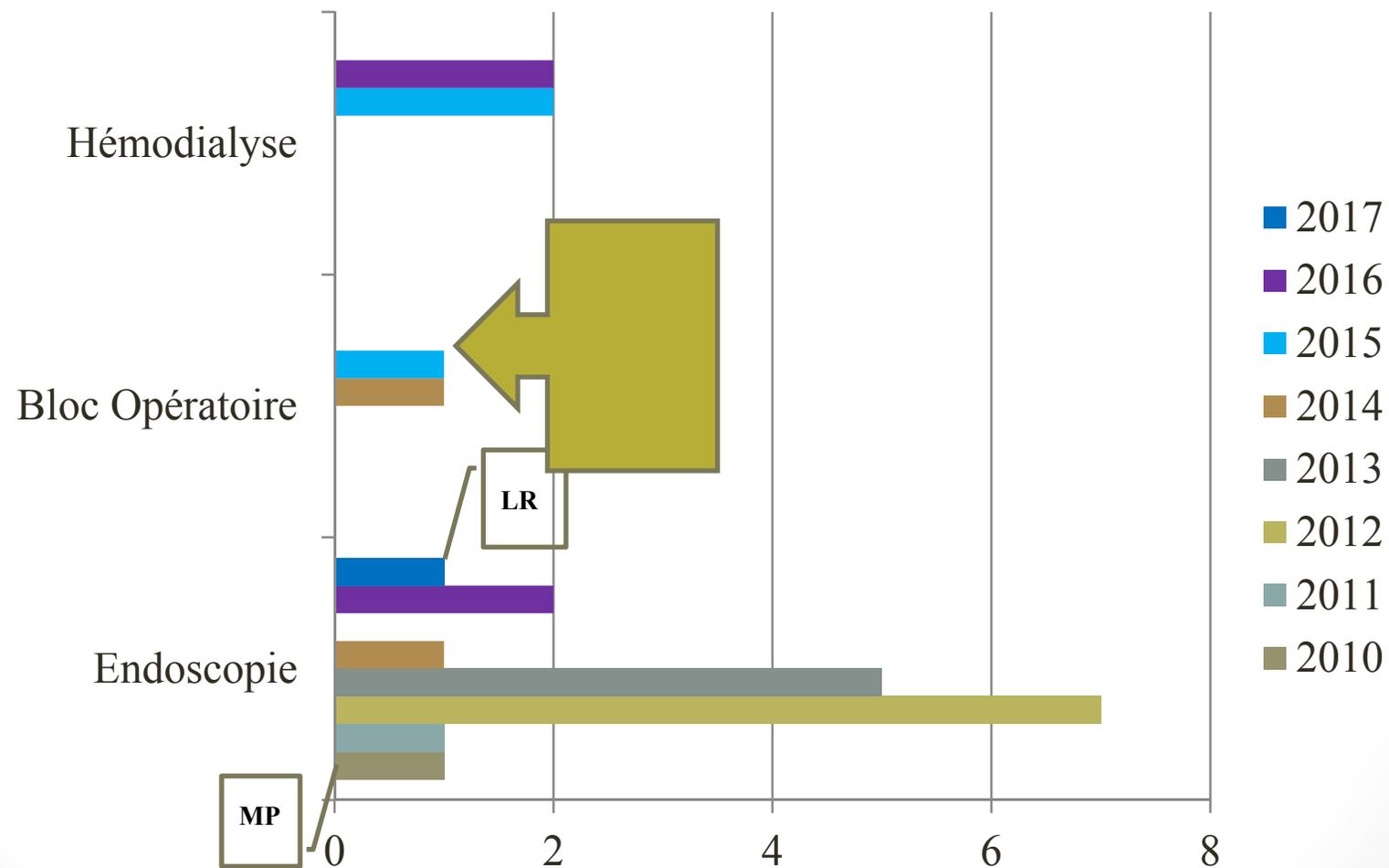
■ Points positifs

- ✓ recherche documentaire assez longue mais instructive
- ✓ implication des acteurs au-delà des agents responsables de la désinfection
- ✓ bonne mobilisation du personnel paramédical et médical
- ✓ effet « regard extérieur »
- ✓ échanges dans un climat de confiance
- ✓ formation sur les écouvillons pour l'EOH
- ✓ retentissement au niveau de la direction

■ Limites

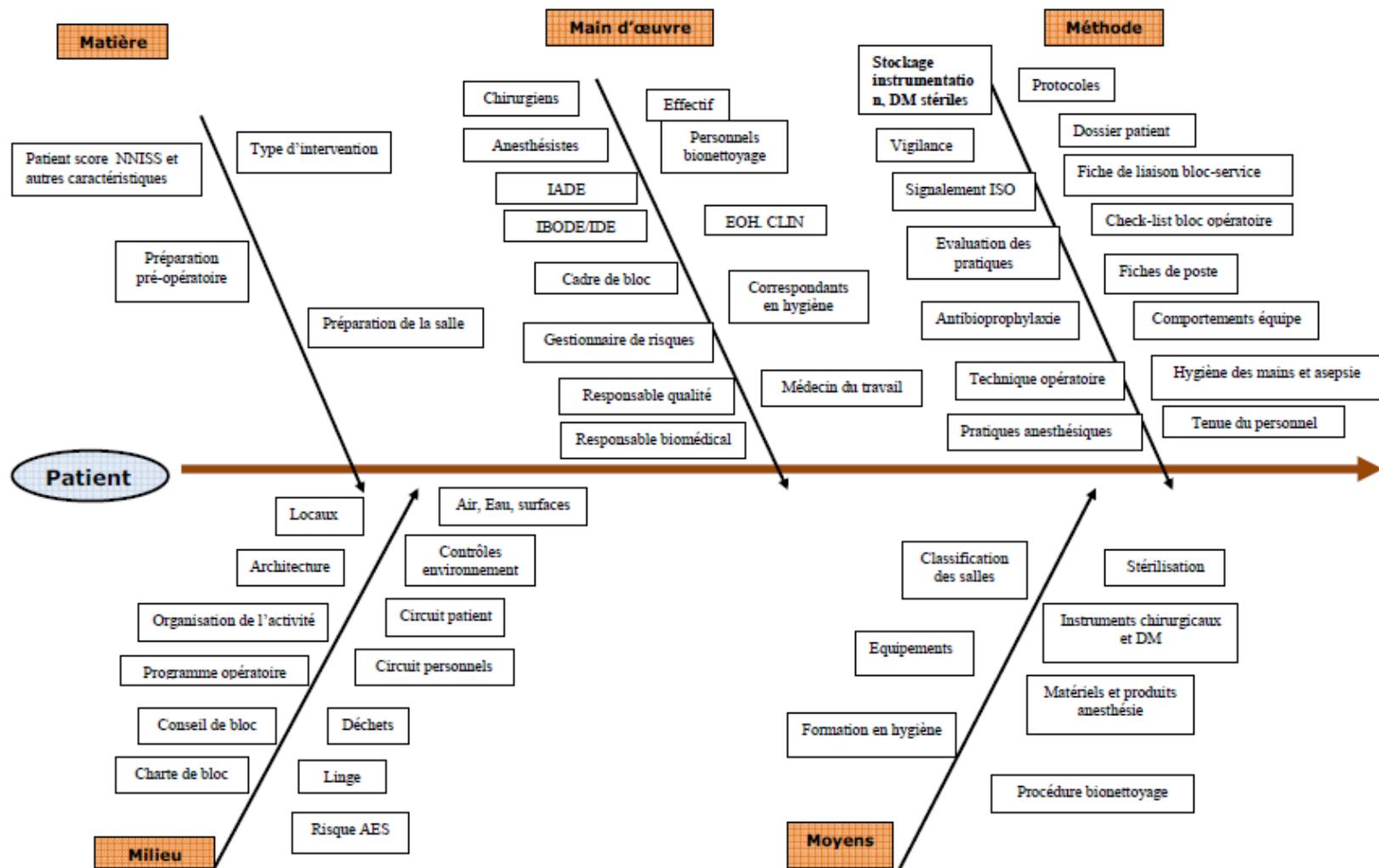
- ✓ seule la désinfection des endoscopes est abordée
- ✓ ne donne pas une vision globale du risque infectieux
- ✓ les comportements des opérateurs en salle ne sont pas évalués

Recensement VDR



Visite de risque

Exemple du bloc opératoire



10. Planning des étapes de la visite de risques

	ETABLISSEMENT	ARLIN
	Demande de la visite de risques au bloc opératoire	Envoi du protocole de la visite
J - 2 Mois	Création du groupe de pilotage Choix de la date de la visite	
	Réunion de préparation	
		Remise des documents : recensement documentaire + grilles d'observation des pratiques
J - 1 Mois	<ol style="list-style-type: none"> Renseigne les documents : <ul style="list-style-type: none"> recensement documentaire fiche « culture de sécurité » fiche « organisation » Réalise les observations des pratiques (8 chapitres) Renvoie les résultats à l'ARLIN 	<ol style="list-style-type: none"> Analyse des documents : <ul style="list-style-type: none"> recensement documentaire fiche « culture de sécurité » fiche « organisation » résultats des observations
J - 15 Jours	<ul style="list-style-type: none"> Sélectionne trois évènements indésirables survenus au bloc opératoire 	Communique liste des professionnels sollicités pour un entretien
J - 1 Jour	<ul style="list-style-type: none"> Sélectionne les dossiers patients Valide le planning des entretiens des professionnels de santé et du patient 	
J - 0	Visite de risques	
	Visite du bloc opératoire et locaux annexes	
		<ul style="list-style-type: none"> Sélection et analyse du dossier patient Entretiens avec les professionnels Entretien avec le patient
	Réunion de restitution	
J + 1 ^{1/2} Mois		Envoi du rapport de visite

LE PATIENT TRACEUR

Objectifs

- Evaluer la qualité de la prise en charge du patient sur l'information pré et postopératoire, la préparation cutané et le suivi postopératoire
- Croiser les informations recueillies avec les éléments du dossier

1. ANALYSE DU DOSSIER

Qui ?

- L'équipe ARLIN analyse le dossier

Où ?

- Dans un bureau ou pièce réservée du service de chirurgie

Quand ?

- Avant l'entretien avec le patient sur un temps dédié

Comment ?

- A l'aide d'une grille de recueil

Durée : 15 minutes

2. ENTRETIEN DU PATIENT

Qui ?

- Un membre de l'ARLIN réalise l'entretien

Où ?

- Dans la chambre du patient ou une pièce réservée du service de chirurgie

Quand ?

- Sur un temps planifié avec le cadre du service, selon la disponibilité du patient

Comment ?

- A l'aide d'une grille spécifique

Durée : 15 minutes

L'équipe locale sélectionne 3 à 5 dossiers actifs répondant aux quatre critères suivants :

- patients opérés dans le bloc opératoire concerné par la visite
- patients toujours hospitalisés lors de la visite
- patients dont la sortie est proche
- patients ayant la capacité de s'entretenir avec l'auditeur au moment de l'entretien

L'équipe ARLIN sélectionne un dossier parmi ceux proposés par l'équipe locale soit par :

- tirage au sort
- critères : parcours du patient, prise en charge complexe, interventions de différents professionnels...

Visite de risque infectieux au bloc opératoire

M. Desplas Pradels¹, I. Dijols Lécuyer², J. Belmontet¹, F. Brembilla¹, M.-A. Redon Brillaud², B. Bésiers¹

1- Centre hospitalier intercommunal Castelsarrasin Moissac
2- Centre hospitalier de Montauban

✉ Dr Maryline Desplas – Clin – Centre intercommunal Castelsarrasin Moissac – Boulevard Camille-Delthil – 82201 Moissac cedex
E.mail : m.desplas@ch-cm.fr

Le bloc opératoire constitue un secteur protégé d'accès contrôlé, au sein duquel diverses dispositions sont prises pour limiter le risque d'infection du site opératoire (ISO). Les données de surveillance nationale 2011 [1] révèlent une incidence d'ISO de 0,93 % toutes chirurgies confondues. Le risque de survenue d'une ISO dépend de multiples facteurs (type d'acte chirurgical, pathogénicité du microorganisme considéré, caracté-

ristiques du patient opéré, environnement général dans lequel l'acte est pratiqué...) d'impact variable selon les études publiées [2]. La prévention du risque infectieux repose sur l'application de mesures individuelles ou collectives (hygiène de base, comportement adapté, entretien des locaux...) et sur des mesures techniques (architecture, équipement, installation de traitement d'air...). L'ensemble de ces mesures peut être évalué par des méthodologies

RÉSUMÉ

Introduction. Le bloc opératoire constitue un secteur protégé au sein duquel diverses dispositions sont prises pour limiter le risque d'infection du site opératoire (ISO). Les mesures de prévention du risque infectieux peuvent être évaluées par de nouveaux outils comme la visite de risque, méthode destinée à évaluer une activité dans son ensemble. **Objectifs.** Suite à des résultats de plusieurs contrôles d'environnement montrant une déviation de la qualité microbiologique de l'air et/ou des surfaces, le comité de lutte contre les infections nosocomiales de notre établissement a proposé de mener une visite de risque afin de déterminer les facteurs de risque éventuels pouvant favoriser la survenue d'une ISO. **Méthode.** La visite de risque, menée par une équipe pluriprofessionnelle,

ABSTRACT

Walk rounds in the operating room

Introduction. The operating room is a restricted area where measures can be taken to limit the risk of surgical site infections (SSIs). Measures to prevent infection can be assessed by new methods such as the walk rounds inspection which assesses all aspects of an activity. **Objectives.** After several inspections of the operating room environment which showed microbial contamination of the air and surfaces, the hospital healthcare infection control committee requested a walk rounds to determine what risk factors could lead to SSIs. **Method.** The walk rounds was conducted over two days by a multiprofessional team, who observed practices and interviewed individual staff present in the operating room.

Tableau II - Planning de la visite.

Jours	Horaires		
J1	8 h 30 - 13 h	Observations sur site de l'organisation et des pratiques au bloc	Analyse des documents (2 h)
	14 h - 16 h	Entretiens individuels	
	16 h - 17 h	Synthèse des informations	
J2	8 h - 11 h	Observations des pratiques	Analyse des documents (30 min)
	11 h - 13 h	Entretiens individuels	
	13 h 30 - 14 h 30	Synthèse des informations	
	14 h 30 - 15 h	Restitution des résultats au cadre du bloc	
	15 h	Réunion de restitution à l'équipe du bloc	

Outils/supports

Des fiches de recueil de données permettent de relever les informations issues des observations ou des entretiens. Certaines grilles sont extraites de documents existant dans la littérature ; les questionnaires ont été adaptés à chaque catégorie professionnelle [5-8].

Déroulement de la visite

La visite se déroule sur deux journées selon un planning défini. Une rencontre avec le personnel prévue en amont de la visite permet d'instaurer un climat de confiance (Tableau II). Une première partie du travail concerne les observations de l'organisation et des pratiques sur les différentes thématiques : la tenue des professionnels, la pose de voie veineuse, la préparation cutanée de l'opéré, les entrées/sorties de la salle d'intervention, le

Intitulé	Nombre observations	Critères observés	Conformité	Points d'amélioration
Pose des voies veineuses périphériques	6	Hygiène des mains avant préparation site	6/6	
		Hygiène des mains avant insertion cathéter	1/5	Friction avant insertion
		Port de gants pour insertion cathéter	6/6	
		Matériel de sécurité	0/6	Mettre à disposition des cathéters sécurisés
		Respect technique des 4 temps	Oui	
Préparation cutanée	5	Préparation proche du geste chirurgical	5/5	
		Respect technique des 4 temps	5/5	
		Antiseptique alcoolique	3/5	Uniformiser l'utilisation de l'antiseptique alcoolique
Tenue	13	Tenue spécifique	13/13	
		Non-port de bijoux mains et poignets	10/13	Sensibilisation du personnel Intégration dans la chartre du bloc opératoire
		Positionnement masque	9/9	
		Port de coiffe	9/12	
Hygiène des mains	-	Opportunité	Non exhaustif	Insuffisance globale des frictions simples des mains
	6	Désinfection chirurgicale	6/6	Mise en place de minuteur sur les auges
Qualité de l'air en salle	3	Pressions des salles	1/3	Changement des portes des salles concernées
	-	Ouverture de la porte	Critère sans recommandation mais améliorabile	Organisation préopératoire des salles à améliorer
Bionettoyage	5	Technique et produits utilisés	5/5	
Locaux	1 visite des locaux	Réception	1/1	Absence de sas matériel
Dispositifs médicaux	-	Stockage	Conforme	Ne pas stocker de matériel dans les sas
	-	Équipement des salles	Usure ++ de certains matériels	Renouvellement du matériel concerné
Traçabilité	8	Antibioprophylaxie	8/8	
		Préparation cutanée	8/8	
		Check-list préopératoire	6/8	Améliorer le taux de signature du chirurgien

Retour d'expérience (2014)

- **La visite de risque**, menée par une équipe pluri-professionnelle, a consisté en deux journées d'observation des pratiques et d'entretiens individuels avec les membres du bloc opératoire présents.
- **Résultats.** L'analyse des résultats a permis d'une part de calculer un score de sécurité de l'activité et d'autre part de proposer des actions d'amélioration pour les non-conformités relevées lors des observations. Sur les quatorze actions retenues, 21 % des actions étaient finalisées à six mois et 79 % à dix mois.
- **Conclusion.** La visite de risque est un outil d'analyse du risque a priori simple, reproductible dans le temps, particulièrement adapté à l'évaluation du risque infectieux dans les services de soins.

M. Desplas Pradels¹, I. Dijols Lécuyer², J. Belmontet¹, F. Brembilla¹, M.-A. Redon Brillaud², B. Bésiers¹

¹- Centre hospitalier intercommunal Castelsarrasin Moissac²- Centre hospitalier de Montauban

Figure 1 - Représentation graphique des résultats des entretiens par thème avec le personnel du bloc.

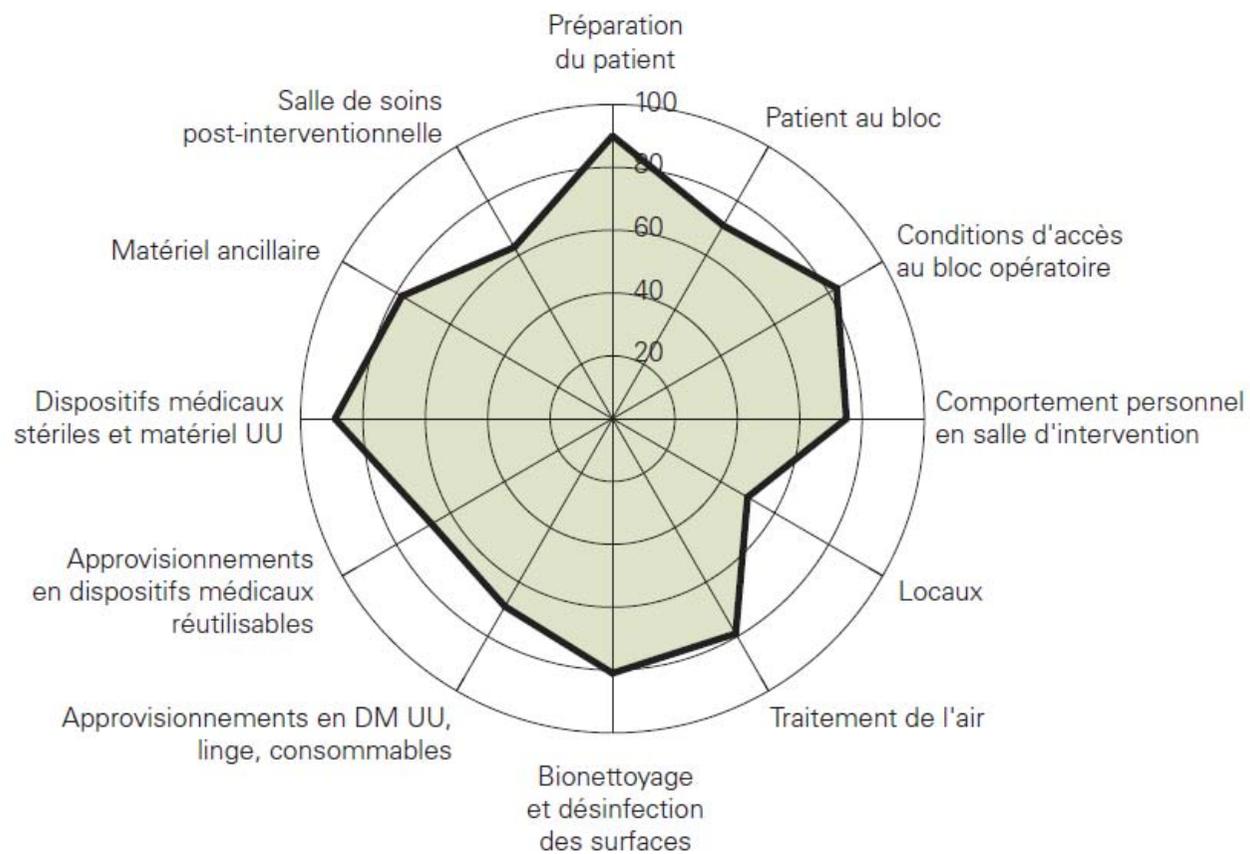
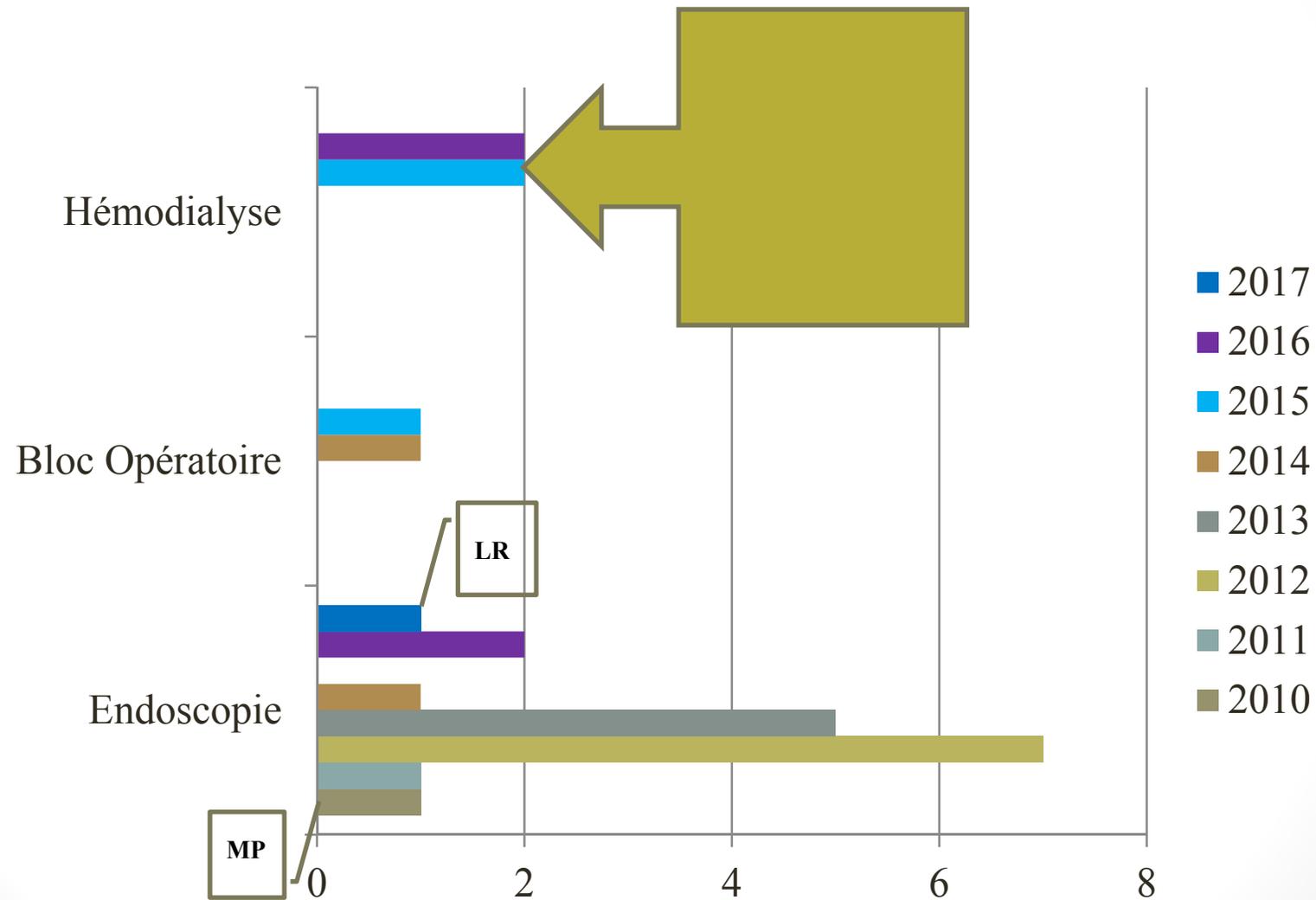


Tableau VI – Actions correctives proposées.

Quoi	Qui	Délai de réalisation
Étendre l'utilisation d'antiseptiques de la gamme alcoolique	Chirurgiens Clin	2012
Hygiène des mains avant et après retrait des gants et chaque fois que nécessaire	Tout le personnel du bloc	Immédiat
Mains du personnel sans bijou	Personnel du bloc	Immédiat
Mise en place de chariots adaptés pour la mise à disposition du matériel nécessaire lors de l'intervention, interphone pour faciliter la communication extérieur/intérieur de la salle	Services économique Services techniques	2012
Éviter toute ouverture de porte après l'incision	Personnel du bloc	Immédiat
Installer un ferme-porte pour l'arsenal prothèses et condamner le « passe-plat »	Services techniques	Dès que possible
Améliorer les conditions d'intervention des services techniques (procédure de nettoyage des outils à l'entrée dans le bloc)	Services économiques EOHH	2012
Renouveler le matériel défectueux	Services économiques	2012
Fournir des sabots visiteur et tenues à usage unique grande taille	Services économiques	2012
Fournir des couvercles pour les poubelles de la salle de réveil	Services économiques	2012
Fournir un minuteur ou une horloge pour le sas de préparation des chirurgiens	Services économiques	Dès que possible
Améliorer le taux de signature de la <i>check-list</i> par le chirurgien	Chirurgiens Clin	2012
Réviser le système documentaire afin de l'actualiser et de l'optimiser	Qualité Cadre du bloc	2012
Former le personnel sur la classification ISO des salles	Ingénieur environnement	2012

Clin: comité de lutte contre les infections nosocomiales. EOHH: équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

Recensement VDR



Visite de risque

Exemple de l'hémodialyse

Guide méthodologique



Visite de risque infectieux en hémodialyse

Guide méthodologique

2016



Guide méthodologique - Janvier 2016

Fiches techniques détaillant
chaque étape de la visite de
risque infectieux

SOMMAIRE

Glossaire.....	5
Introduction.....	7
Principe de la visite de risque infectieux en hémodialyse.....	8
Objectifs.....	9
Objectifs principaux.....	9
Objectifs spécifiques.....	9
Champ d'action.....	10
Etablissements de santé concernés.....	10
Types de structures concernées.....	10
Types de structures exclues.....	10
Périmètre de la visite de risque infectieux.....	10
Méthode.....	10
Référentiels utilisés.....	10
Quand réaliser une visite de risque infectieux en hémodialyse ?.....	11
Les étapes de la visite de risque.....	12
Les acteurs de la visite de risque infectieux et leurs rôles.....	12
Annexes.....	15
Fiche n° 1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l'unité de soins.....	15
Fiche n° 2 : Recensement documentaire.....	16
Fiche n° 3 : Exemple de planification d'une visite.....	17
Fiche n° 4 : Entretiens individuels.....	18
Fiche n° 5 : Observations branchement et débranchement CVC et FAV.....	19
Fiche N° 6 : Rendu des résultats et plan d'amélioration.....	20

Fiche n° 4 : Entretiens individuels

Objectifs

- Apprécier les risques perçus et les problèmes déjà identifiés dans l'organisation et la prise en charge.
- Evaluer les moyens mis en place pour prévenir et gérer le risque infectieux.
- Ecouter et prendre en considération les idées d'amélioration.
- Pointer d'éventuelles méconnaissances.

Qui ?

Les visiteurs décident si les entretiens sont réalisés seul ou à deux. Ils se répartissent les entretiens avec les différents acteurs de l'unité de soins qui seront rencontrés individuellement (« en tête à tête ») :

- le cadre de santé de l'unité de soins d'hémodialyse,
- tous les professionnels de l'unité de soins d'hémodialyse présents le jour de la visite,
- le/les praticiens néphrologues,
- les patients présents coopérants.

Où ?

Sur le lieu de travail de la personne concernée, dans une pièce réservée si possible.

Quand ?

Chaque entretien est programmé selon le calendrier de la visite pré-établi (Fiche n°3).

Comment ?

Les professionnels et les patients doivent avoir été préalablement informés de la démarche, dans la semaine qui précède. L'entretien se déroule de façon individuelle et semi-directive à l'aide d'une grille (préciser que l'entretien reste anonyme). Chaque grille d'entretien est spécifique à une catégorie professionnelle. L'interviewer rappelle à chaque fois les objectifs de la visite avant de démarrer l'entretien. Il s'attache à éviter d'être directif : écouter, reformuler, s'abstenir de culpabiliser.

Combien de temps ?

Durée des entretiens (à titre indicatif) : IDE 15 min, AS-ASH 10 min, patient 10 min, médecin 15 min, cadre de santé entre 30 et 45 min.



Visite de risque infectieux en hémodialyse Enquête de satisfaction 2016

*Obligatoire

L'enquête s'adresse aux établissements ayant réalisé la visite de risque infectieux en hémodialyse proposée en 2016.

Le réseau Cclin-Arlin, qui a coordonné l'élaboration de cet travail, souhaite mesurer la satisfaction de cet outil d'analyse des risques a priori.

Une seule réponse par établissement est attendue.

Le questionnaire est recueilli de façon anonyme (compter moins de 5 min).

Description de l'établissement

Catégorie d'établissement *

Statut *

Type de structure *

- HDC
- UDM
- UAD

Résultats VDR Hémodialyse

Expérimentée en 2015 dans 11 établissements sur le territoire national dont 2 en région Occitanie

Principaux points positifs exprimés par les professionnels :

- Valorisation de leur expérience et de leurs connaissances (exemple réflexion partagée sur la prévention des AES lors de la compression des fistules)
- Appropriation de la démarche par l'équipe actrice de la visite = levier d'actions d'amélioration et recherche de solutions pragmatiques (exemple: modalités d'organisation du bionettoyage inter-séance)
- Le patient co-acteur de sa sécurité impliqué lors des entretiens (actions de sensibilisation à l'hygiène du bras)

Résultats VDR Hémodialyse

Les limites relevées:

- Nécessité d'une préparation rigoureuse pour tenir le planning établi et la restitution à chaud en fin de journée
- Résultats qualitatifs et limités aux personnes présentes le jour de la visite

Conclusion :

- outil innovant et fédérateur permettant d'impliquer l'équipe soignante dans une dynamique de GDR
- Mise à disposition nationale depuis 2016

Autres approches / activité

- La visite de risque : une nouvelle approche de prévention du risque infectieux en réanimation.
A Lashéras-Bauduin, A Auffret, C Jeanne-Leroy, F Binard, V Marie, J Nunes, AM Rogues
- La visite de risque infectieux en MCO, 2017, NPC
- Audit prévention du risque infectieux, 2016, cclin-arlin



VISITE DE RISQUE

ESPACE DE TÉLÉCHARGEMENT

 En savoir plus

Méthode de GDR a priori, elle permet au contact du terrain d'effectuer un constat argumenté des difficultés de mise en place des mesures de qualité-sécurité des soins. Elle combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation) et favorise la communication entre

Issue des domaines de l'assurance et de l'industrie, la visite de risques est introduite dans l'établissement de santé comme méthode de repérage et d'évaluation de risques latents. Cette méthode a priori combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation). Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en oeuvre rapide et le développement de la culture de sécurité. Pour en savoir plus, contactez-votre Arlin !

Visite de risque en hémodialyse

Le Grep Arlin a développé un outil de type «visite de risque infectieux en hémodialyse»

Visite de risque au bloc opératoire :

- Protocole de visite
- Grilles des entretiens
- Grilles d'observations
- Grille d'analyse du dossier patient
- Fiche culture de sécurité
- Recensement documentaire

Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes :

- Protocole de visite de risque
- Guide de remplissage
- Grille d'observation
- Grille d'entretien avec les professionnels de santé

Qualité et sécurité du traitement manuel des endoscopes souples non autoclavables en établissements de soins :

- Protocole de visite de risque
- Annexes

Visite de risque

Cette méthode de GDR *a priori*, combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation de référentiel, interview, visite sur site et observations). Elle permet au contact du terrain d'effectuer un constat argumenté des difficultés de mise en place des mesures de qualité-sécurité des soins. Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en œuvre rapide et le développement de la culture de sécurité.

Le réseau Cclin-Arlin met à votre disposition 3 visites de risques appliquées à la maîtrise du risque infectieux et portant sur les thématiques suivantes : le bloc opératoire, la réalisation des injections intra-vitréennes et le traitement manuel des endoscopes souples non autoclavables. Le Grephh a aussi développé un outil « Visite de risque infectieux en hémodialyse ».

Pour en savoir plus, contactez-votre Arlin !

> Visite de risque promotion de l'hygiène des mains

Protocole de visite de risque

Outil de saisie des données : format excel - format zip

Supports à imprimer

> Visite de risque en hémodialyse

Le Grephh a développé un outil «Visite de risque infectieux en hémodialyse»

> Visite de risque au bloc opératoire

Protocole de visite

Grilles des entretiens

Grilles d'observations

Grille d'analyse du dossier patient

Fiche culture de sécurité

Recensement documentaire

> Qualité en sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes

Protocole de visite de risque

Guide de remplissage

Grille d'observation

Grille d'entretien avec les professionnels de santé

> Qualité et sécurité du traitement manuel des endoscopes souples non autoclavables en établissements de soins