

LA « VISITE DE RISQUE »
APPLIQUÉE À LA PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EN MILIEU DE SOINS

Méthode d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Septembre 2018

COORDINATION

Véronique DELANNOY, cadre de santé hygiéniste, membre du Grephh, CPias Nouvelle-Aquitaine

Elisabeth LAPRUGNE-GARCIA, cadre supérieur de santé, anciennement membre du Grephh, CPias Auvergne-Rhône-Alpes, chargée de missions, direction centrale des soins, Hospices Civils de Lyon

GROUPE DE TRAVAIL

Dr Sandie CHEVRIER, praticien hygiéniste EOH, gestion des risques associés aux soins, CH de Cornouaille

Marie-Elisabeth GENGLER, IDE hygiéniste, CPias Auvergne-Rhône-Alpes

Karine GUERRE, cadre de santé hygiéniste, CPias Grand-Est

Dr Agnès LASHÉRAS-BAUDUIN, praticien hygiéniste EOH, CHU de Bordeaux

Dr Sophia MECHKOUR, praticien hygiéniste, CPias Hauts de France

Dr Patrice ROUSSEL, ancien chef de projet HAS, ancien coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins au CH d'Avranches-Granville

Hervé VERGNES, cadre de santé hygiéniste, CPias Occitanie

SECRETARIAT

Caroline DANGLA, CPias Occitanie

GROUPE DE RELECTURE

Dr Bruno BALLY, adjoint Mission sécurité du patient, HAS

Dr Chantal BAUDIN, coordonnateur de la GDR associés aux soins, CHR Metz Thionville

Cécile BORDENAVE, cadre supérieur de santé, HAD, Bordeaux

Caroline BRAY, cadre supérieur de santé, CH Arras

Philippe CHEVALIER, conseiller technique, Mission sécurité du patient, HAS

Dr Erika FONTAINE, praticien hygiéniste, CPias Bretagne

Dr Aude GABARD, praticien hygiéniste, Centre Hospitalier Avranches-Granville

Dr Agnès GAUDICHON, pharmacien hygiéniste, CPias Ile-de-France

Zied GUERFALLI, responsable qualité et gestion des risques AURA Paris, président du GRRIFES

Dr Marie-Christine MOLL, directeur scientifique La Prévention Médicale, chargée de mission HAS

Gilbert MOUNIER, président SoFGRES, consultant qualité risques évaluation

Dr Sylvie RENARD-DUBOIS, médecin inspecteur de sante Publique, conseillère médicale Qualité et gestion des risques, DGOS

Dr Françoise RUBAN-AGNIEL, praticien hygiéniste, équipe inter-établissements et équipe mobile d'hygiène en EHPAD, CHU Lyon

Michel SABOURET, représentant des Usagers, Lyon

Josselyne SOLER-GUY, cadre supérieur de santé, EHPAD Jallier

Dr Sophie VANDESTEENE, praticien hygiéniste, CPias Occitanie

André WEIDER, directeur des soins, CHU de Bordeaux

GROUPE DE VALIDATION – MEMBRES DU GREPHH

Dr Martine AUPÉE, CPias Bretagne

Marie-Alix ERTZSCHEID, CPias Bretagne

Nathalie JOUZEAU, CPias Grand-Est

Dr Catherine LALAND, CPias Nouvelle-Aquitaine

Danièle LANDRIU, CPias Ile-de-France

Dr Loïc SIMON, CPias Grand-Est

Dr Delphine VERJAT-TRANNOY, CPias Ile-de-France

Le groupe de travail tient à remercier chaleureusement les auteurs des outils de visite de risque appliqués à la prévention des IAS mentionnés dans le guide.

LISTE DES SIGLES et ACRONYMES	3
INTRODUCTION	4
ENJEUX DE LA VISITE DE RISQUE	6
METHODE DE VISITE DE RISQUE APPLIQUEE A LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX	8
APPROCHE COMPARATIVE DE LA VISITE DE RISQUE.....	12
GLOSSAIRE / ELEMENTS DE TERMINOLOGIE	16
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	18
Annexe 1 :	20
Fiches pratiques	20
Fiche n° 1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l'unité de soins/structure.....	21
Fiche n°2 : Recensement documentaire	23
Fiche n° 3 : Exemple de planification d'une visite.....	24
Fiche n° 4 : Entretiens individuels	25
Fiche n° 5 : Observations.....	27
Fiche n° 6 : Rendu des résultats et formalisation du plan d'amélioration	28
Annexe 2 :	30
Repères conceptuels nécessaires à la mise en œuvre d'une visite de risque	30
Concept 1 : La qualité des soins	31
Concept 2 : L'approche des organisations et des pratiques fondées sur les processus	32
Concept 3 : Le concept de barrières de sécurité	33
Concept 4 : L'approche dite produit - système	33
Annexe 3 :	36

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AES	accident d'exposition au sang	GDR	gestion des risques
ARLIN	antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales	FAV	fistule artério-veineuse
AMDEC	analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité	HAS	haute autorité de santé
BMR	bactérie multi résistante (aux antibiotiques)	HPST	hôpital patient santé territoire
BHRe	bactérie hautement résistante émergente	IAS	infection associée aux soins
CCLIN	centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales	ICSHA	indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques
CCECQA	comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine	IDE	infirmier(e) diplômé(e) d'état
CEPPRAL	coordination pour l'EPP en Auvergne-Rhône-Alpes	IVT	injection intra-vitréenne
CH	centre hospitalier	Grephh	groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
CHU	centre hospitalier universitaire	OMS	organisation mondiale de la santé
CPias	centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins	PH	praticien hospitalier
CREX	comité de retour d'expérience	PHA	produit hydro-alcoolique
CVC	cathéter veineux central	PNSP	programme national pour la sécurité des patients
DARI	document d'analyse du risque infectieux	PROPIAS	programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
DGOS	direction générale de l'offre de soins	PS	précautions standard
EI	évènement indésirable	QQOQCP	quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi
ELIAS	évènement indésirable associé aux soins	RMM	revue de morbidité et de mortalité
EOH	équipe opérationnelle d'hygiène	6M	matière, milieu, matériel, main d'œuvre, méthode, management
ENEIS	enquête nationale sur les évènements indésirables associés aux soins	SF2H	société française d'hygiène hospitalière
EPP	évaluation des pratiques professionnelles	TROD	test rapide d'orientation diagnostique
ES	établissement de santé	URPS	unions régionales des professionnels de santé
ESMS	établissements et services médico-sociaux	VDR	visite de risque
ESQH	<i>european society for quality in health care</i>	VDRI	visite de risque infectieux

INTRODUCTION

Diverses études montrent le caractère fréquent, parfois grave, souvent évitable des événements indésirables associés aux soins (EIAS) (France : en 2003 en région Aquitaine, en 2004 et 2009 dans le cadre des enquêtes nationales sur les événements indésirables associés aux soins (ENEIS¹)). Analysés selon des méthodes validées, ces événements reposent souvent sur des causes multifactorielles, causes apparentes immédiates mais aussi causes profondes en lien avec les domaines organisationnels, techniques et humains.

La sécurité des soins abordée de façon globale et systémique² est un des thèmes de la loi hôpital patient santé territoire (HPST 2009)³. L'un des axes de déploiement repose sur la mise en œuvre opérationnelle au sein des établissements de santé d'un véritable dispositif de gestion des risques associés aux soins. Celui-ci étant structuré selon quatre axes⁴ : stratégique (gouvernance, politique, programme), structurel (organisation et ressources dédiées), culturel (amélioration de la culture de sécurité) et méthodologique. Ce dernier aspect combine deux approches complémentaires :

- l'une dite réactive (appelée encore gestion des risques *a posteriori* ou rétrospective) liée au repérage, au signalement, à l'analyse, aux plans d'actions et à l'analyse des retours d'expérience pour la gestion des événements indésirables associés aux soins ;
- l'autre préventive (appelée encore gestion des risques *a priori* ou prospective) liée à l'analyse des organisations et pratiques de soins à risques *via* diverses approches, si besoin combinées entre elles, associant recherche et traitement des priorités (analyse de processus, approche par comparaison à un référentiel, suivi d'indicateurs).

Dans ce contexte, le développement de la culture de la qualité et de la pertinence des soins doit prendre en compte les risques d'exposition de la population aux risques infectieux à chaque étape des parcours de santé. À cette fin, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022⁵ (SNS) a posé un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins associant les usagers afin que la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge soient garanties pour tous.

Enfin, le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) de 2015⁶, demande aux trois secteurs de soins (établissements de santé (ES), établissements médico-sociaux (ESMS) et structures de ville) de développer une culture de qualité des soins et de sécurité du patient en utilisant des outils de gestion des risques adaptés aux différentes activités de soins, notamment **la visite de risque**.

La visite de risque est une **méthode de gestion des risques *a priori***. Elle a pour objectif de repérer et d'évaluer les risques latents dans une unité de soins donnée⁷, un établissement d'hébergement médicosocial ou une structure de soins de ville afin de prévenir la survenue d'événements indésirables associés aux soins (EIAS). Elle repose sur une évaluation de l'ensemble de l'activité établie selon les référentiels en vigueur et en lien avec le parcours du patient* (arrivée, séjour, sortie). Cette démarche contribue également au développement d'une culture de sécurité au sein des établissements de soins.

¹ <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>

² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661498/fr/causes-systemiques-ou-latentes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins g

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴ Stephen M. Shortell et al. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice : what it will take to accelerate progress https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751103/pdf/milq_107.pdf

⁵ <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

⁶ <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propiasjuin2015.pdf>

⁷ <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche17.pdf>

*Le terme « patient » englobe le terme d'usager et la notion de résident en secteur médicosocial



Cette méthode, déjà utilisée par certaines équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et structures d'appui, nécessitait d'être développée au travers d'un guide méthodologique pour aider les équipes d'hygiène et les professionnels des unités de soins à mettre en œuvre cette démarche. Pour répondre à cette demande, le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (Grep hh) présente ici le guide méthodologique pour « La visite de risque appliquée à la prévention du risques infectieux ».

Le principe des visites de risque est issu du domaine de l'industrie et de l'assurance⁸. Dans les établissements de santé, elles constituent des méthodes de repérage et d'évaluation des risques latents et répondent à plusieurs enjeux :

Pour les structures et unités de soins

- Développer une démarche d'évaluation des risques en procédant à l'analyse des pratiques et de l'organisation par différentes méthodes (observation, entretien, visite) permettant l'engagement effectif des professionnels.
- Renforcer la communication interprofessionnelle.
- Sensibiliser, impliquer les professionnels dans la démarche qualité-sécurité des soins et améliorer la culture de sécurité.
- Répondre aux exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS) quant à la procédure de certification des établissements⁹ en matière de gestion du risque infectieux (critère 8g : maîtrise du risque infectieux) et à la démarche de gestion des risques (critère 8d : évaluation des risques *a priori*). Ceci en alimentant le [compte qualité](#) de l'établissement et en répondant aux éléments d'investigation obligatoires.
- Répondre aux exigences du PROPIAS 2015 et à celles de l'[Instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016](#) relative à sa mise en œuvre dans le secteur médico-social en sollicitant l'engagement de tous les ESMS concernés dans la démarche d'analyse des risques avec la formalisation du document d'analyse du risque infectieux ([DARI](#)) assorti d'un plan d'actions prioritaires d'ici fin 2018¹⁰.

Pour les experts du risque infectieux et les gestionnaires de risques

- Répondre aux objectifs du programme national pour la sécurité des patients (PNSP)¹¹ :
 - AXE 1 – Renforcer l'information du patient et la relation soignant-soigné afin de mieux permettre au patient d'être co-acteur de sa sécurité.
 - AXE 3 – Améliorer la culture de sécurité grâce à l'appui des professionnels de santé par des structures expertes.
- Répondre aux objectifs du PROPIAS :
 - AXE 1– Thème 1 : Promouvoir les précautions standard ([PS](#)) dans les trois secteurs de soins (ES, ESMS et soins de ville).
 - AXE 2 – Thème 2 : Renforcer l'observance des PS constituant le socle prioritaire de la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR) ou hautement résistantes émergentes (BHRe), incluant la bonne gestion des *excreta* et un bionettoyage quotidien adapté.
 - AXE 3 – Thème 1 : Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels.

⁸ HAS - [Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé](#), 2012, page 133

⁹ HAS – Manuel de certification des établissements de santé V2010, janvier 2014

¹⁰ http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/07/cir_41086.pdf

¹¹ [HAS. Fiche 17](#). Visite de risques. In Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. HAS. Mars 2012, pages 133-136. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505131/fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

- Évaluer périodiquement le dispositif de maîtrise du risque.
- Identifier les risques pour permettre leur caractérisation (criticité, niveau de maîtrise) et leur hiérarchisation à l'aide d'un outil simple.
- Identifier les pistes d'amélioration et concevoir un plan d'actions adapté aux besoins du secteur d'activité ou de l'activité.
- Amender la cartographie des risques des activités de l'établissement.
- Favoriser une communication avec les professionnels en mettant l'accent sur les problématiques en lien avec le risque infectieux. La pédagogie développée est un enjeu important à l'intention des professionnels et des patients rencontrés.

La visite de risque doit permettre de développer l'implication des professionnels dans la gestion des risques et de structurer une démarche conjointe entre les experts en prévention du risque infectieux, les experts en gestion des risques et les soignants, en y associant les usagers.

La méthode de visite de risque appliquée à la prévention du risque infectieux proposée dans ce guide est utilisable dans les différents secteurs de l'offre de soins. Elle permet aux acteurs de santé d'évaluer les risques infectieux inhérents à leurs activités et de vérifier la mise en œuvre effective des moyens de prévention.

Champs d'application

- Établissements de santé.
- Établissements et services médico sociaux.
- Structures relevant de soins de ville.
- Tout secteur souhaitant s'engager dans une démarche d'analyse du risque infectieux et utiliser des outils de gestion des risques adaptés aux différentes activités pour prévenir le risque infectieux associé aux soins.

Élaboration des outils

La visite de risque repose principalement sur une analyse de processus et des risques associés à ce processus. Dans ce contexte, les référentiels existants constituent une base à l'élaboration des grilles d'observation et d'entretien. Ces grilles doivent permettre l'exploration des 4 dimensions du modèle de Shortell *: stratégique, culturelle, technique et structurelle et aboutir à la mise en exergue des points forts et du niveau de vulnérabilité de chaque dimension.

Réalisation de la visite de risque

La conduite d'une visite nécessite au minimum la présence de deux professionnels experts du domaine et de la méthode, dont les tâches ont été préalablement réparties, sur une durée définie entre eux. Les interventions des visiteurs ne doivent cependant pas perturber l'organisation du secteur d'activité, ni la sécurité des soins. Elle suppose que le personnel puisse se rendre disponible pour les entretiens individuels.

Quand réaliser une visite de risque ?

Une visite de risque peut être programmée à tout moment, selon les besoins, indépendamment de la survenue d'un évènement indésirable (EI). Elle s'inscrit dans une démarche de gestion des risques *a priori*, en amont de tout évènement indésirable.

Comment réaliser une visite de risque ?

En combinant différents modes de recueil de données :

- un recensement documentaire,
- des entretiens : professionnels, patients,
- des observations : organisations, visite des locaux, pratiques professionnelles.

Organisation

L'organisation d'une visite de risque est proposée et discutée lors d'une réunion à laquelle assistent, selon le contexte, les équipes de Direction, des experts de la prévention du risque infectieux, ceux de la gestion des risques et les représentants des différents secteurs d'activité concernés.

L'établissement peut faire appel au CPIas de sa région.

*Se reporter à l'Annexe 2 - Concept 4 – p.21

Préparation [Annexe 1 - Fiche n° 1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l'unité de soins/la structure]

Un groupe de travail est mis en place (groupe projet). Il est coordonné par un expert du risque infectieux (membre de l'EOH ou du CPIas), accompagné d'un membre de l'EOH ou d'un référent IAS, d'un gestionnaire de risques et des professionnels de santé concernés.

Le coordinateur du groupe inscrit cette démarche dans le programme institutionnel d'évaluation des pratiques professionnelles. Il a un rôle d'information très important et assure la mise en place, le suivi des actions d'amélioration identifiées par la visite de risque.

Le coordinateur recense les **documents et protocoles** disponibles [Annexe 1 - Fiche n° 2 : Recensement documentaire].

Pour chacun d'entre eux, il s'assure de l'existence réelle du document, de sa pertinence et de sa date de validation. La réunion de préparation permet également d'établir une relation de confiance en rappelant que la visite de risque est une méthode qui sert à évaluer les risques via une analyse de l'organisation et des pratiques professionnelles et non une conformité à un référentiel comme pour l'audit.

Pendant la visite de risque

Cette étape consiste à appréhender les organisations mises en place et les pratiques à travers des observations et des entretiens.

Le schéma le plus fréquemment retrouvé propose la visite de risque sur une journée. [Annexe 1 - Fiche n° 3 : Exemple de planification d'une visite]

Les personnes effectuant la visite de risque :

- réalisent les observations des pratiques [Annexe 1 - Fiche n° 5 : Observations des pratiques]. Dans certains cas, les observations peuvent être effectuées sur plusieurs jours ou plages horaires,
- réalisent les entretiens avec les différents professionnels,
- réalisent les entretiens avec les patients,
- animent la séance de restitution à l'issue de la visite.

Les personnes ci-dessous peuvent être rencontrées lors de la visite (à adapter aux organisations locales) [Annexe 1 - Fiche n° 4 : Entretiens individuels]

- les professionnels de santé (paramédicaux et médicaux) présents le jour de la visite,
- les patients présents le jour de la visite et coopérants,
- le cadre de santé/responsable de l'unité,
- le responsable qualité/gestionnaire des risques,
- tout autre professionnel qu'il serait nécessaire de rencontrer au cours de la visite.

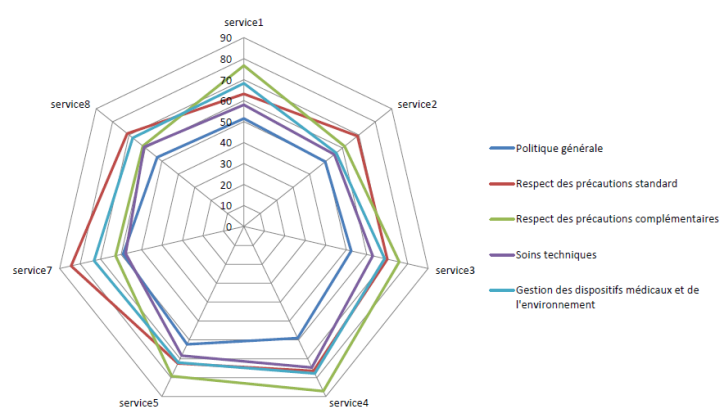
Restitution [Annexe 1 - Fiche n° 6 : Rendu des résultats et mesures correctives]

La restitution orale en fin de visite, animée par le coordinateur du groupe de travail, vise à communiquer aux professionnels rencontrés les principaux éléments recueillis et à échanger avec eux sur vulnérabilités mises en évidence et sur les axes d'amélioration à proposer. Tous les professionnels interrogés sont présents et participent à l'identification des mesures correctives qui permettront de formaliser le plan d'actions.

Rapport de visite

Le rapport de visite doit intégrer les quatre dimensions de la qualité des soins et de la sécurité du patient : stratégique, culturelle, technique et structurelle en précisant le niveau de maîtrise de chaque dimension et la présence ou non des 3 types de barrière (prévention, récupération et atténuation des effets*).

- L'introduction du rapport énonce le périmètre, les motifs et le contexte de la visite de risque. Elle présente les personnes qui ont conduit la visite de risque et précise les conditions de l'organisation.
- Les documents fournis sont recensés et éventuellement assortis d'une appréciation sur la nécessité d'une actualisation.
- Le corps du rapport présente le service (architecture, équipements, photos), les ressources professionnelles, l'implication de l'équipe de management pour l'activité concernée (stabilité des équipes professionnelles, formation initiale et continue...), l'organisation et les pratiques observées. Il détaille, si nécessaire, les matériels et les ressources spécifiques au thème ainsi que les données générales d'activité. Le but est de confronter les résultats issus de différentes sources de recueil de l'information (observation, entretien, visite...).
- Les résultats du processus évalué sont exposés assortis d'une synthèse identifiant des situations à risque et mettant en exergue les points positifs et les points à améliorer. Selon la situation, la présentation des résultats en radar de benchmark est intéressante pour repérer les points forts et permettre une comparaison entre plusieurs services visités sous réserve qu'un minimum d'information soit recueilli.



Exemple de présentation des résultats de 8 services d'un établissement

- Le plan d'action découle des mesures correctives identifiées lors de la restitution « à chaud » avec les professionnels. Il sera construit en accord avec l'ensemble de l'équipe et validé par le responsable du secteur d'activité. Les actions seront priorisées en fonction de leur criticité et de l'effort à fournir, permettant ainsi d'établir un calendrier. Pour chaque action, un pilote et un indicateur de suivi seront proposés.
- La conclusion reprend les conditions de réalisation de la visite (collaboration, accueil), les points forts et points à améliorer.
- Ce rapport est diffusé à l'équipe du service visité.

*Se reporter à l'Annexe 2 - Concepts 3 et 4 – p.33

Suivi des actions

Dans un système stable et une organisation maîtrisée, le suivi des actions pourra être objectivé à l'aide de méthodes d'évaluation plus ciblées (quick-audit, analyse de scénario par exemple). Une nouvelle visite de risque pourra dans ce cas être proposée dans un délai élargi (5 ans).

À l'inverse, dans une période plus instable (regroupement de service, turn-over important des professionnels, développement d'une nouvelle activité...), une nouvelle visite de risque pourra permettre de mettre en évidence les améliorations apportées, mais aussi de nouvelles situations à risques.

Le plan d'actions et son suivi sont inscrits dans le projet de service et peuvent alimenter le compte qualité de l'établissement.

La visite de risque est une méthode de gestion des risques *a priori* dont la méthodologie permet de répondre parfaitement aux objectifs de développement de la culture de qualité des soins et de sécurité du patient dans les 3 secteurs de l'offre de soins tout en recueillant l'appréciation des usagers.

Appliquée à la prévention du risque infectieux en milieu de soins, elle offre aux professionnels une opportunité d'analyser les processus de prise en charge des usagers en collaboration avec les gestionnaires de risques et les responsables du management.

Sa finalité est d'apporter des conseils aux professionnels sur la mise en œuvre des processus et sur les aspects organisationnels relatifs à la prévention des risques infectieux.

APPROCHE COMPARATIVE DE LA VISITE DE RISQUE

L'objet de ce chapitre est d'exposer ce qu'est la visite de risque et ce qu'elle n'est pas ; le tableau ci-dessous détaille sa place par comparaison à d'autres méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles comme l'audit clinique ou les méthodes de gestion des risques comme celle du patient traceur.

La visite de risque est différente de la méthode « [Patient safety walkrounds](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2615119/fr/la-methode-du-patient-traceur) » adaptée en France sous le terme de « **Rencontres sécurité du patient** ». Cette dernière fait l'objet d'un guide méthodologique HAS de référence (2018).

	L'audit clinique ¹²	Le patient traceur ¹³	La visite de risque
1- Contexte	Programme d'amélioration continue de la qualité	En réponse aux exigences de la certification HAS. Implication de la direction / gouvernance.	En réponse à une demande ciblée contextualisée. Implication de la direction / gouvernance et des professionnels de santé.
2- Principes	Méthode d'évaluation des pratiques professionnelles basée sur la mesure des écarts aux recommandations. Centré sur les risques <i>a priori</i> et/ou <i>a posteriori</i> spécifiques à un ou plusieurs services de l'établissement.	Méthode collective d'amélioration de la qualité des soins impliquant le patient. Analyse <i>a posteriori</i> du séjour du patient centrée sur l'analyse globale de sa prise en charge tout au long de son parcours dans l'établissement.	Méthode <i>a priori</i> d'analyse des risques de l'établissement, d'un de ses secteurs, d'une activité ou d'un processus pour identifier des vulnérabilités.
3. Objectifs	Mesurer les écarts aux référentiels. Valoriser les bonnes pratiques. Identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration. Améliorer la qualité et la sécurité des soins.	Evaluer les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire au décours de la prise en charge. Identifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration. Développer la culture qualité et améliorer la sécurité des soins.	Réaliser un état des lieux de la prévention des risques liés aux pratiques professionnelles, à l'organisation et à l'environnement. Analyser les risques inhérents à une activité de soins ou à un service à risques (endoscopie, bloc opératoire, réanimation...) Développer la culture qualité et améliorer la sécurité des soins.

¹² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271904/fr/audit-clinique-bases-methodologiques-de-l-epp

¹³ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2615119/fr/la-methode-du-patient-traceur

	L'audit clinique ¹²	Le patient traceur ¹³	La visite de risque
4- Moyens humains et Matériels	Experts du domaine et de la méthode au sein de l'établissement, ou extérieur. Nombre variable de personnes pour conduire le projet (au moins un auditeur). Collaboration experts/professionnels. Grille de critères d'évaluation.	Equipes interprofessionnelles et interdisciplinaires avec l'aide d'un animateur expert de la méthode. Patient impliqué dans la démarche. Guide d'entretien avec le patient. Grille pour la rencontre avec l'équipe.	Experts du domaine et de la méthode au sein de l'établissement, ou extérieur. Nombre variable de personnes pour conduire le projet (au moins un binôme). Collaboration experts/professionnels/patients. Support de recueil d'informations (entretiens, observations, revue documentaire).
5-a Méthode Préparation	Information des responsables et des professionnels.	Choix du patient selon la sélection préalable des profils. Recueil du consentement préalable du patient.	Méthodologie de gestion de projet Réunion de préparation avec les professionnels (communication renforcée). Recueil du consentement préalable du patient.
5-b Méthode Réalisation	Observations directes ou autoévaluation. Entretien (audits de connaissance ou d'attitude). Entretien possible avec des professionnels. Recueil d'un échantillon suffisamment important pour garantir la représentativité des résultats (minimum 30). Période d'évaluation variable selon la complexité ou la fréquence du geste /processus évalué. Débriefing avec l'équipe à la restitution des résultats.	Analyse contextuelle partant de prises en charge de patients. Prise en compte de l'expérience du patient et de ses proches. Constat par les équipes des écarts et proposition de pistes d'amélioration. Réunion pluriprofessionnelle de 2 à 3 heures. Entretien avec le patient et éventuellement sa famille : 20 à 30 minutes.	Place prépondérante des entretiens (professionnels ciblés et patients volontaires). Observations des pratiques Face à l'identification de situations porteuses de risque, recherche des causes et discussion sur les actions d'amélioration. 1 à 2 journées selon le domaine. Débriefing avec tous les professionnels en fin de visite et recherche des actions d'amélioration.

	L'audit clinique ¹²	Le patient traceur ¹³	La visite de risque
6 - Résultats	Résultats quantitatifs (avec présentation graphique possible). Valorisation des pratiques conformes. Résultats avec délai variable selon la complexité et la durée de l'audit. Causes immédiates ciblées et analysées. Pas de recherche des causes profondes. Echanges avec le professionnel possible à l'issue de l'observation. Plan d'actions proposé par les organisateurs et mis en œuvre par le service.	Approche qualitative. Synthèse des échanges et des documents consultés. Décisions prises en équipe concernant le plan d'actions impliquant le secteur d'activité et/ou l'établissement.	Approche qualitative et +/- quantitative (avec présentation graphique possible). Restitution « à chaud » valorisant la qualité des échanges, et l'implication des professionnels/patients. Valorisation des barrières de sécurité en place et identification des vulnérabilités. Plan d'actions et priorisation mis en œuvre par le secteur d'activité et/ou l'établissement (pour les actions nécessitant un arbitrage et une décision). Rapport écrit sous un mois.
7 - Bénéfices attendus	Mesure de la cohérence entre référentiel et pratiques observées : constats des écarts et des conformités. Outil de pilotage permettant de prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre. Outil de benchmarking ou de mesure de l'évolution entre deux périodes.	Diagnostic de la qualité et de la sécurité du parcours du patient (continuité des soins et sécurité des interfaces). Mise en évidence des problématiques de prise en charge et des points forts évoqués par le patient (valorisation des pratiques). Construction de références professionnelles partagées.	Appréciation de la cohérence entre documents fournis et pratiques observées ou déclarées. Développement de relations interprofessionnelles non hiérarchisées. Plan d'actions hiérarchisé par niveau de pilotage. Outil de benchmarking possible ou de mesure de l'évolution entre 2 périodes.
8- Intérêts / Limites	Ciblé sur une thématique et ses traductions techniques. Mesure de la conformité des pratiques. Prise en compte des aspects organisationnels si cela fait partie des objectifs de l'audit. Nécessité de faire plusieurs « tours » d'audit.	Ciblé sur la sécurité de la prise en charge et les EIAS. Patient au cœur du dispositif. Prise en compte des aspects organisationnels. Pratiques professionnelles et facteurs humains pris en compte. Difficultés si parcours	Pratiques générales ou ciblées sur une thématique. Prise en compte des aspects techniques, culturels, structurels et managériaux. Pratiques professionnelles et facteurs humains pris en compte. Outil de repérage de situations à risque non identifiées au moment de la visite.

	L'audit clinique ¹²	Le patient traceur ¹³	La visite de risque
	Valeur pédagogique limitée.	patient complexe. Difficulté de réunir tous les acteurs de soins impliqués dans la prise en charge en particulier les intervenants extérieurs.	
9-Perspectives ("Plan - Do - Check - Act")	Mesure à renouveler après la mise en œuvre du plan d'actions. Mise en place d'indicateurs de suivi éventuellement.	Actions d'amélioration à l'échelle d'un service, d'une prise en charge, d'un parcours patient. Actions d'amélioration à l'échelle d'un ES pour des thématiques transversales (douleur, risque infectieux, identitovigilance...).	Suivi du plan d'actions dans le temps et de son niveau de réalisation. Méthodes d'évaluation plus ciblées ou nouvelle visite de risque.

Approche systémique ou approche produit-système : Approche globale et en profondeur centrée sur la cohérence du tout plutôt qu'une approche par décomposition centrée sur l'optimisation de chacune des parties.¹⁴

Barrière de sécurité : Un système sûr repose sur une combinaison de trois types de barrières : barrières de prévention (empêchent la survenue d'une erreur ou d'un accident), barrières de récupération (récupération d'une erreur commise avant la survenue des conséquences), barrières d'atténuation des effets (limitation des conséquences d'un accident avéré).¹⁵

Benchmarking (ou étalonnage comparatif ou balisage) : Technique de marketing ou de gestion de la qualité consistant à analyser et comparer les techniques de gestion et modes d'organisation des autres entreprises afin de s'en inspirer et d'en tirer le meilleur.¹⁶ Dans le domaine de la prévention du risque infectieux, le benchmarking est également utilisé pour comparer des résultats (réseaux de surveillances, indicateurs de la LIN, ...).¹⁷

Cause apparente ou immédiate : Cause objective la plus immédiatement liée à la survenue d'un événement indésirable.¹⁸ Les causes immédiates peuvent être liées à des causes plus profondes qui sont recherchées dans les analyses *a posteriori*.

Cause profonde ou latente (ou facteur favorisant) : Circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident ou d'avoir accru le risque d'évènement indésirable grave.¹⁹

Criticité : Échelle de mesure de l'impact d'une défaillance, et donc du niveau d'acceptabilité d'un risque.²⁰ Produit de la probabilité d'occurrence d'un accident par la gravité des conséquences²¹ (un des éléments d'une analyse préventive par méthode [AMDEC](#)). Certains calculs de criticité intègrent de façon complémentaire à la fréquence et à la gravité le niveau de maîtrise des risques.

Culture de sécurité des soins : Désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins (ESQH).²²

Danger : Ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose.²³

Démarche de gestion des risques *a posteriori* : Démarche réactive ou corrective axée sur l'analyse rétrospective des événements indésirables et le traitement des causes identifiées.²⁴

¹⁴ <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>

¹⁶ <http://amelioration.fr/tag/benchmarking/>

¹⁷ Groupe de travail

¹⁸ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/2ebate_synthese_gdr-220312.pdf

¹⁹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf

²⁰ <http://www.definition-qualite.com/criticite.htm>

²¹ http://gpp.oiq.qc.ca/le_risque_n_est_pas_un_danger.htm

²² https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497866/fr/comprendre-et-mesurer

²³ Le Petit Robert de la langue française, 2006

²⁴ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf

Démarche de gestion des risques *a priori* : Démarche préventive axée sur l'analyse des risques et la mise en œuvre de mesures susceptibles d'empêcher ou de limiter la survenue d'événements indésirables.¹²

Événements indésirables associés aux soins : Ensemble des dysfonctionnements – des erreurs parfois – qui impactent négativement le parcours du patient alors qu'ils sont évitables pour la majorité d'entre eux. Événements défavorables pour le patient, ayant un caractère certain de gravité et associés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention.²⁵

Récupération : Dépistage et traitement d'une défaillance entre le moment où elle s'est produite et la réalisation de l'événement redouté auquel elle aurait pu conduire.¹²

Risque : Probabilité de survenue d'un incident, conséquence d'un danger.¹⁴

Sécurité du patient : Réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient. Elle a pour ambition première d'éviter toute inversion du bénéfice/risque à se faire soigner.²⁶

Spécification : Traduction d'une exigence en données permettant la mesure.¹⁴

²⁵ <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-evenements-indesirables-graves-eig-associes-aux-soins>

¹² <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>

²⁶ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1048545/en/securite-du-patient

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arlin Nord Pas-de-Calais. Protocole Visite de Risque. **Stratégie de Promotion de l'hygiène des mains. Réseau santé qualité**. 2016. 12 pages. Disponible sur : http://www.cpias.fr/GDR/visite_risque/Protocole_VisitedeRisque_HDM.pdf
2. Arlin Rhône-Alpes. **Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes Evaluation des Pratiques Professionnelles. EPP Protocole de visite de risque**. 2014. 9 pages. Disponible sur : http://www.cpias.fr/GDR/visite_risque/Protocole_visitederisqueIVT_mai2014.pdf
3. Bervas C, CClin-Sud-Ouest. NosoThème Gestion des risques. Hygiènes 2012 ; XX(6) : 357-360. (réf. 357916)
4. Bussière E, Lashéras A, Marie V, Dumartin C, Julien JP, Moreau K, de Précigout V, Rogues AM. Évaluation de la prévention du risque infectieux au sein d'un centre médicalisé d'hémodialyse au moyen d'une visite de risque. Hygiènes 2017; 2: 105-113
5. CClin Arlin, CClin Ouest. **Guide pratique. La gestion du risque infectieux dans un établissement de santé: Une démarche collective au service du patient**. 2014. 32 pages. Disponible sur NosoBase : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinOuest/2014_GdR_CClinOuest.pdf
6. CClin Sud-Ouest. **Visite de risque infectieux au bloc opératoire**. 2015. CClin Sud-Ouest. 25 pages. Disponible sur : http://www.cpias.fr/GDR/visite_risque/BO/VRBO_Protocole_Visite_2015.pdf
7. Desplas-Pradels M, Dijols-Lecuyer I, Belmontet J, *et al.* **Visite de risque infectieux au bloc opératoire**. Hygiènes 2014; 22(3): 199-206.
8. Dubois M-C, Sauvage A, Signac E, Moisset V, Augis V, Roger I, *et al.* **La visite de risque : une démarche qualité au « cœur » de l'unité**. Transfusion Clinique et Biologique 2016; 23(4): 277-8. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246782016300696>
9. Frankel A1, Grillo SP, Baker EG, Huber CN, Abookire S, Grenham M, Console P, O'Quinn M, Thibault G, Gandhi TK. Patient Safety Leadership WalkRounds at Partners Healthcare: learning from implementation. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2005 Aug;31(8):423-37. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16156190>
10. Fratti C, Dubois MC, Sauvage A, Signac E, Moisset V, Pujol S, *et al.* **Une démarche préventive en transfusion : la visite de risque**. Transfusion Clinique et Biologique 2014; 21(4-5): 259. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246782014001232>
11. HAS. **Fiche 17. Visite de risques**. In Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. HAS. Mars 2012. 133-136. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche17.pdf>
12. Laffont C. **Les marchés d'assurance. La visite de risque de l'établissement : une étape à ne pas négliger**. La Revue Hospitalière de France 2001; 482: 12-13. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2001/482/12-13.pdf>

13. Laprugne-Garcia E, Gardes S, Chaix M, Coulomb F, Darre-Plat S, Dulac N, Gengler ME, Lacour S, Mercier C, Oudin D, Pons F, Tolani M, Vergnes H, Verjat-Trannoy D, Waes S, Savey A. **Visite de risque infectieux en hémodialyse : présentation d'un nouvel outil de gestion des risques.** Soins 2017/03, 813 :17-19.
14. Larroumes N. **Visite de risque relative aux soins respiratoires en établissement SSR pour enfants et adolescents.** Alin&as 2014; (3): 2 p. Disponible sur : <http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/Newsletter/2014/03/gestion.pdf>
15. Lashéras-Bauduin A, Auffret A, Jeanne-Leroy C, Binard F, Marie V, Nunes J, *et al.* **La visite de risque : évaluer autrement le risque infectieux en réanimation.** Risques et qualité en milieu de soins 2013; 10(2): 85-92.
16. Léger C, Van de Steene S, Pefau M, Cclin Sud-Ouest. **Qualité et sécurité du traitement manuel des endoscopes souples non autoclavables en établissements de soins. Protocole de visite de risque** [Internet]. Cclin Sud-Ouest. 2010. 11 pages. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur : http://www.cpias.fr/GDR/visite_risque/proto_visite_risque_endoscope.pdf
17. Lobjois M, Gryzka K, Peli G, Lescure E. **Visite de risque en endoscopie : retour d'expérience au Centre Hospitalier de Briançon (Hautes-Alpes).** 2016. Bulletin Cclin-Arlin 2016; 4: 3 pages. Disponible sur : <http://www.cpias.fr/bulletin/2016/04/04-pdf/04-lobjois.pdf>
18. Marie V. **La visite de risque appliquée à l'hygiène hospitalière : Evaluer le risque infectieux autrement.** 2013. 125 pages. Thèse pour l'obtention du Diplôme d'état de docteur en pharmacie. Université de Limoges. [Internet]. [cité 23 janv 2017]. Disponible sur : <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/651a0add-36e1-46f6-be81-a4de678c99e3/blobholder:0/P20133315.pdf>
19. Mechkour S, Descamps C, Hendricx S, Renaud A, Giuffre N, Laurans C, *et al.* **Visite de risque infectieux en court séjour.** Bulletin Cclin-Arlin 2016; 1: 5 pages. Disponible sur : http://www.cpias.fr/bulletin/2016/01/01-pdf/01-mechkour_.pdf
20. Montgomery Vicki L. **Impact of Staff-Led Safety Walk Rounds.** Disponible sur : https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol3/Advances-Montgomery_42.pdf
21. Roussel P, Guez P, Moll M-C. **Méthodes et outils de la gestion des risques dans les organisations de santé.** Transfusion Clinique et Biologique 2008; 15(5): 223-7. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246782008001766>
22. Roussel P, Moll MC, Guez P. **Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Etape 2 : identifier les risques *a priori*.** Risques et qualité en milieu de soins 2007; IV(4): 239-247.

Annexe 1 :

Fiches pratiques

- Fiche n°1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l'unité de soins/structure p.21
- Fiche n° 2 : Recensement documentaire p.23
- Fiche n° 3 : Exemple de planification d'une visite p.24
- Fiche n° 4 : Entretiens individuels p.25
- Fiche n° 5 : Observations des pratiques p.27
- Fiche n° 6 : Rendu des résultats et plan d'amélioration p.28

Ces fiches techniques détaillent chaque étape de la visite de risque.

Fiche n° 1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l'unité de soins/structure

Objectifs

- Présenter les différentes personnes concernées.
- Créer un climat de confiance réciproque (il ne s'agit pas d'une recherche de non-conformité comme dans les audits, ce qui amène parfois certains professionnels à se sentir inspectés).
- Évaluer le niveau d'implication locale dans la démarche mise en œuvre.
- Répondre à l'ensemble des interrogations.
- Faire valider la réalisation de la visite et son calendrier.
- Sensibiliser l'équipe à la démarche continue de gestion des risques et au suivi du plan d'actions qui sera proposé.
- Définir les modalités d'information préalable des patients.

Qui ?

Le coordinateur du groupe de travail.

Avec qui ?

L'encadrement médical et paramédical, les professionnels présents, le gestionnaire de risques.

Où ?

Dans une salle de réunion de l'établissement.

Quand ?

Un mois avant la visite de risque.

Comment ?

Le coordinateur prépare cette réunion afin de présenter le plus clairement possible, les objectifs et le déroulement de la visite. Il doit insister sur le fait que la démarche sert à étudier un processus et non à évaluer des personnes. De cette présentation découle l'atmosphère de la visite qui doit conserver son caractère constructif. Il est important d'écouter, de se tenir à distance des conflits qui pourraient s'exprimer, de rester centré sur le processus de la visite de risque. Il est nécessaire de prévoir le recensement documentaire, d'insister sur la planification des entretiens pour le bon déroulement de la visite. L'ensemble des grilles sera présenté dans les grandes lignes aux personnes présentes y compris la grille « patient ».

Combien de temps ?

1 heure à 1 heure 30.

Exemple de note d'information au patient préalable à la visite de risque
[http://www.grephh.fr/PDF/Hemodialyse/Note_information_patient.pdf]



Visite de risque infectieux en hémodialyse

Date de visite : / /



Note d'information au patient

Afin de renforcer la qualité des soins prodigués en hémodialyse, une démarche de gestion des risques va être mise en œuvre dans l'unité avec l'aide de _____ (l'Arlin,...). Elle se déroulera sur _____ (une journée,...).

Elle repose sur une évaluation de l'ensemble de l'activité. Elle est établie selon les référentiels en vigueur et en lien avec votre parcours de soin (votre arrivée en dialyse, la séance, l'inter séance, votre départ).

Cette démarche vise à identifier ce qui dans l'environnement de travail, le matériel ou l'organisation peut favoriser la survenue d'anomalie ou de dysfonctionnement. Elle permet ainsi aux équipes soignantes de consolider et d'améliorer les actions déjà mises en place pour une meilleure qualité et sécurité des soins.

En accord avec _____ (l'équipe opérationnelle en hygiène,...) de l'établissement, _____ (l'infirmière hygiéniste de l'Arlin et le gestionnaire de risques,...) seront présents tout au long de la journée. Ils réaliseront des observations des pratiques de soins ainsi que des entretiens individuels avec les professionnels (médecin, cadre, infirmière, aide-soignant) et vous-même si vous l'acceptez.

Ces entretiens ainsi que les observations réalisées resteront anonymes. Vos remarques quant au fonctionnement de l'unité vous permettront de participer à l'amélioration de la qualité de votre prise en charge.

Si vous le souhaitez, un bilan de cette étude pourra vous être communiqué par les responsables de l'unité.

Logo établissement	Responsable unité

Fiche n°2 : Recensement documentaire

Préparer le tableau de recensement documentaire en amont de la visite. Dans la liste proposée plus loin, les thèmes évoqués peuvent faire l'objet d'une procédure à part entière ou faire partie d'une procédure plus large (ex : le thème « hygiène des mains » peut faire l'objet d'un seul document ou être intégré à un document relatif aux précautions standard).

Objectif

Identifier l'existence des documents, leur date de dernière validation (moins de 5 ans) et leur accessibilité (papier ou numérique).

Qui ?

Le coordinateur du groupe de travail.

Quand ?

Le tableau de recensement est préparé avant la visite.

Comment ?

Le coordinateur du groupe de travail recense les documents nécessaires à la compréhension de la prévention et de la gestion du risque infectieux liés à la prise en charge des patients. Le tableau de recensement est consultable au cours de la visite et des entretiens. Les documents doivent être accessibles le jour de la visite de risque en cas de nécessité. Il peut s'agir par exemple de :

- protocoles d'hygiène,
- documents qualifiés relatifs au thème de la visite,
- cartographie des risques,
- contrat de pôle,
- projet de service,
- rapport de certification,
- bilan standardisé de la lutte contre les infections associées aux soins,
- liste des EIAS de l'année écoulée,
- charte de bloc opératoire,
- ...

Combien de temps ?

1 heure.

Fiche n° 3 : Exemple de planification d'une visite

Prévoir une ou plusieurs salles pour les entretiens individuels et la réunion de restitution.

Proposition d'une organisation de visite sur une journée. La visite de risque peut également être proposée sur deux ou trois demi-journées consécutives, mais dans ce cas la restitution pourra difficilement se faire à toutes les personnes ayant participé.

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

Fiche n° 4 : Entretiens individuels

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 prévenir et gérer le risque infectieux.
- Écouter 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/structure qui seront rencontrés individuellement (« en tête à tête ») :

- le cadre de santé de l'unité de soins,
- les professionnels de l'unité de soins parmi ceux présents le jour de la visite, représentatifs des catégories professionnelles et des activités,
- le/les praticien(s),
- les patients présents coopérants, disponibles et dont l'accord est tracé dans leur dossier de soins.

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 préétabli.

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 et au patient. L'interviewer rappelle à chaque fois les objectifs de la visite avant de démarrer l'entretien. Il évite d'être directif : écouter, reformuler et s'abstenir de culpabiliser.

Combien de temps ?

Durée des entretiens (à titre indicatif) : 15 min en moyenne. Prévoir 30 à 45 min pour l'entretien avec l'encadrement. [Exemple de grille d'entretien](#)

[http://www.grephh.fr/PDF/Hemodialyse/Entretien_professionnel_aide_soignant.pdf]

Grille d'entretien « Aide-soignant »

Les aides-soignants présents le jour de la visite

Réponses possibles Oui = 1 Non = 2 Ne sait pas = 3 Non adapté = 4	Réponse	Commentaires
1. Depuis combien de temps êtes-vous aide-soignant ?		
2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité ?		
3. Avez-vous eu une formation (pratique et/ou théorique) à la prévention du risque infectieux dans les 5 dernières années ? (par exemple : précautions standard, gestion des excréta, gestion des déchets,...)		
4. Avez-vous eu une information sur le risque infectieux en hémodialyse (en interne) ?		
5. L'observance du « zéro bijou » est-elle préconisée au sein de l'unité de soins ?		
6. Respectez-vous systématiquement le « zéro bijou » ?		
7. Avez-vous une action de sensibilisation du patient pour son hygiène corporelle ?		
8. Les oreillers et le matelas sont-ils nettoyables facilement ?		
9. Les surfaces sont-elles désinfectées immédiatement en cas de souillures biologiques ?		
10. Un entretien complet des surfaces hautes (meublier) est-il réalisé systématiquement entre deux séances ?		
11. Un entretien du sol est-il réalisé systématiquement entre deux séances ?		
12. Connaissez-vous le correspondant en hygiène paramédical de votre unité de soins ?		
13. Est-il facile de signaler les événements indésirables (ex : dysfonctionnement, accident ou risque d'accident) associés aux soins au sein de votre équipe ?		
14. Avez-vous déjà participé à l'analyse d'un événement indésirable (réunion d'équipe, REX, RMM) ?		
15. Trouvez-vous que la communication au sein de l'équipe est facile ?		
16. D'après vous quelle en sont les répercussions sur les activités, l'organisation,... ?		

Fiche n° 5 : Observations

Objectifs

- Repérer les contraintes architecturales, organisationnelles et ergonomiques.
- Observer les pratiques, les comportements et comprendre les organisations mises en place.
- Évaluer les points forts et les points critiques de l'activité et des pratiques professionnelles.

Qui ?

Les évaluations de pratiques sont organisées par le coordinateur de la visite.

Où ?

Dans l'unité de soins/service/structure.

Quand ?

Pendant la période prévue selon le calendrier de la visite. Quelquefois, en amont de la visite pour des raisons organisationnelles. Des observations complémentaires peuvent aussi être réalisées par le groupe de travail local, à distance de la visite si besoin.

Combien ?

Le nombre d'observations est limité par la réalisation de la visite sur une journée. Il sera fonction de l'organisation prédéfinie et de l'activité. Même si le but n'est pas d'atteindre un effectif pour une analyse quantitative, il doit être suffisant pour repérer d'éventuelles problématiques en observant les différents professionnels.

Comment ?

Se présenter et rappeler les objectifs de la visite.

Observer l'organisation de l'activité, les locaux.

Observer les pratiques des professionnels réalisant la prise en charge des patients. Remplir les grilles d'observation.

Combien de temps ?

En fonction de l'activité : si la visite a lieu sur une seule journée, prévoir une demi-journée d'observations au maximum. Les observations peuvent être réparties à différents moments de la journée en alternance avec les entretiens.

1- Réunion de restitution en fin de visite

Objectifs

- Valoriser les barrières mises en place pour gérer le risque infectieux.
- Rendre compte des principaux constats en matière de situations à risque identifiées.
- Pointer d'éventuelles méconnaissances et rappeler les bonnes pratiques.
- Évaluer les difficultés rencontrées et prendre en compte les suggestions d'amélioration.

Par qui ?

Le binôme présent le jour de la visite.

A qui ?

Le responsable médical et paramédical de l'unité de soins.

Les professionnels rencontrés et encore présents au moment de la restitution.

Le gestionnaire des risques, le responsable qualité.

Où ?

Dans une salle de réunion du service si possible.

Quand ?

À la fin de la visite sur un horaire programmé.

Comment ?

La restitution orale, animée par le coordinateur du groupe de travail, vise à communiquer avec positivité aux professionnels rencontrés les principaux éléments, points forts et axes d'amélioration.

La discussion doit être constructive (écouter, reformuler,...) :

- principales défenses/barrières existantes (ce qui existe, ce qui est mis en place),
- principales vulnérabilités existantes (les failles, les difficultés),
- propositions d'actions d'amélioration.

Synthétiser les idées majeures en lien avec la gestion et la prévention du risque infectieux et développer son contenu selon plusieurs approches : fonctionnement, communication, patient, pratiques.

Comment de temps ?

1 heure environ.

2- Modèle de plan d'actions suite à la visite de risque infectieux

Service :

Date de la visite de risque :

Thème/sujet	Problématique	Moyens de maîtrise en place avant la VDR	Actions à mener suite à la VDR	Pilote (Interne au service ou service support ou gouvernance)	Échéance	Éléments d'appréciation / indicateurs de suivi	Priorisation (selon criticité et effort à fournir)

3- Actions de communication au terme de la visite de risque

- Communication auprès de l'unité visitée, de la structure,
- Communication auprès de la direction.

Exemple de courrier d'accompagnement du rapport de visite :

Nous vous remercions d'avoir participé à la visite de risque infectieux du secteur d'activité de YYYY, qui s'est déroulée en XX/XX (mois/année).

En complément du mail adressé au chef d'unité et au cadre de santé, vous trouverez ci-dessous le plan d'actions final qui tient compte de vos commentaires et a permis de dégager les solutions prioritaires à mettre en œuvre.

De nouveau, nous tenions à vous féliciter et à vous encourager sur les points suivants :

-
-

Les suggestions des visiteurs pour permettre d'améliorer les pratiques sont les suivantes :

-
-

Nous vous proposons de nous faire part de vos remarques jusqu'au XX/X. Par ailleurs, merci de nous tenir informés de l'avancée de vos actions, afin que nous puissions alimenter le programme d'actions institutionnel et ainsi les mettre en valeur.

- Communication institutionnelle (exemple : Lettre Qualité)

Annexe 2 :

Repères conceptuels nécessaires à la mise en œuvre d'une visite de risque

- Concept 1 : la qualité des soins p.31
- Concept 2 : l'approche des organisations et des pratiques fondées sur les processus p.32
- Concept 3 : le concept de barrière de sécurité p.33
- Concept 4 : l'approche dite produit-système p.34

La visite de risque est une méthode préventive d'évaluation du niveau de sécurité d'une organisation et des pratiques associées, ici dans le domaine de la prévention des infections associées aux soins. Mise en œuvre sur un thème et un périmètre préalablement définis, elle vise à repérer les situations à risques pour les patients et les professionnels. Au-delà du respect apparent des règles en vigueur, la démarche d'analyse approfondie nécessite la connaissance de différents concepts dans le cadre d'une démarche structurée et efficace.

Concept 1 : La qualité des soins²⁷

Selon la HAS, le concept de qualité des soins repose sur plusieurs dimensions décrites dans le tableau ci-dessous illustré d'un exemple d'application à la thématique de **l'hygiène des mains** :

Huit dimensions de la qualité	Spécificités propres aux soins	Exemple : Hygiène des mains	Exemples de traduction en spécifications
Caractère approprié (pertinence)	En termes de recommandations professionnelles, de responsabilisation, de personnalisation.	Respect des recommandations : OMS, SF2H.	Présence d'un ou de protocoles conformes aux recommandations. Mise en œuvre effective des protocoles.
Sécurité (innocuité)	Innocuité dont maîtrise de l'équipement, compétences validées, procédures tenues à jour, validées et connues.	Sécurité des utilisateurs : Maîtrise de l'équipement (distributeur de produit hydro-alcoolique, nature du produit). Sécurité des patients : Choix de la méthode d'hygiène des mains adaptée à l'indication.	Produits répondants aux normes en vigueur. Respect de la gestuelle et de la durée de friction.
Acceptabilité	Respect de la dignité, du confort. Empathie.	Adhésion à l'utilisation du produit hydro-alcoolique. Tolérance du produit hydro-alcoolique.	Suivi de l'indicateur ICSHA (consommation des produits hydro-alcooliques). Observation des pratiques. Suivi des consultations auprès du service de santé au travail.
Accessibilité	Accès aux soins et produits de manière égale, sans discrimination.	Implantation des distributeurs. Mise à disposition des produits.	Cartographie de l'implantation des distributeurs. Produits référencés et disponibles.
Délivrance au bon moment	Délivrance à la demande.	Respect des opportunités d'hygiène des mains.	Taux d'observance d'hygiène des mains.
Continuité	Entre professionnels,	Pratique concernant tous les professionnels intervenant pour	Présence de référents en

²⁷ HAS - La sécurité des patients, mettre en œuvre la gestion des risques associées aux soins en établissement de santé, novembre 2011, page 6

Huit dimensions de la qualité	Spécificités propres aux soins	Exemple : Hygiène des mains	Exemples de traduction en spécifications
	spécialités, établissements.	la prise en charge du patient/résident/usager.	hygiène dans l'unité. Formation des nouveaux arrivants. Évaluation des pratiques.
Efficacité	Réponse aux objectifs de soins.	Réduction de la transmission croisée.	Suivi des épidémies. Suivi de l'indicateur ICSHA.
Efficience	Efficacité au meilleur coût.	Approvisionnement par groupement d'achat.	Suivi de l'impact interne (tolérance, épidémie, consommation...).

La qualité des soins s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue. Cette démarche est conduite pas à pas, selon les étapes successives d'une conduite de projet (préparation, évaluation initiale, décision des points à améliorer, mise en œuvre des décisions, évaluation de suivi quantitatif des actions d'amélioration mises en œuvre)²⁸.

Concept 2 : L'approche des organisations et des pratiques fondées sur les processus

L'approche par processus²⁹, méthode préventive *a priori*³⁰, permet le repérage des étapes et situations à risque dans un parcours de soins. La HAS utilise cet outil lors des visites de certification afin d'apprécier au mieux les facteurs humains et organisationnels pouvant avoir un impact sur la prise en charge de chaque patient.

Une visite de risque est structurée selon une logique de processus (exemple au bloc opératoire : préparation du patient avant intervention, circuit du patient au bloc opératoire, évaluation des compétences, gestion du dossier patient, etc.). Les différents aspects d'un processus sont abordés selon le contexte à partir de questions telles que le "QQOQCP" (quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi) ou le "6 M d'Ishikawa"³¹ (matière, milieu, matériel, main d'œuvre, méthode, management).

Une organisation efficace combine trois catégories de processus élémentaires, étroitement liés :

- à la gouvernance et le management : direction, régulations, instances, modalités de gestion de crises.
- au « produit » : en établissement de soins, la prise en charge des patients et des aidants,
- aux fonctions logistiques, sans lesquelles la prise en charge des patients ne peut être efficace (gestion des ressources humaines, locaux, matériels et consommables, soutien en qualité et sécurité, etc.),

Par conséquent, une démarche d'évaluation portera sur l'ensemble du dispositif dans **une approche systémique**.

²⁸ HAS - La sécurité des patients, mettre en œuvre la gestion des risques associées aux soins en établissement de santé, novembre 2011, page 145

²⁹ P. Roussel, <https://www.prevention-medicale.org/Dossiers-du-risque-et-methodes-de-prevention/Methodes-de-prevention/Concepts-cles-en-securite>

³⁰ HAS - La sécurité des patients, mettre en œuvre la gestion des risques associées aux soins en établissement de santé, novembre 2011, page 35

³¹ <http://numerique.anap.fr/publication/422-lancer-une-demarche-processus/504-outil-5-diagramme-d-ishikawa-analyser-un-dysfonctionnement>

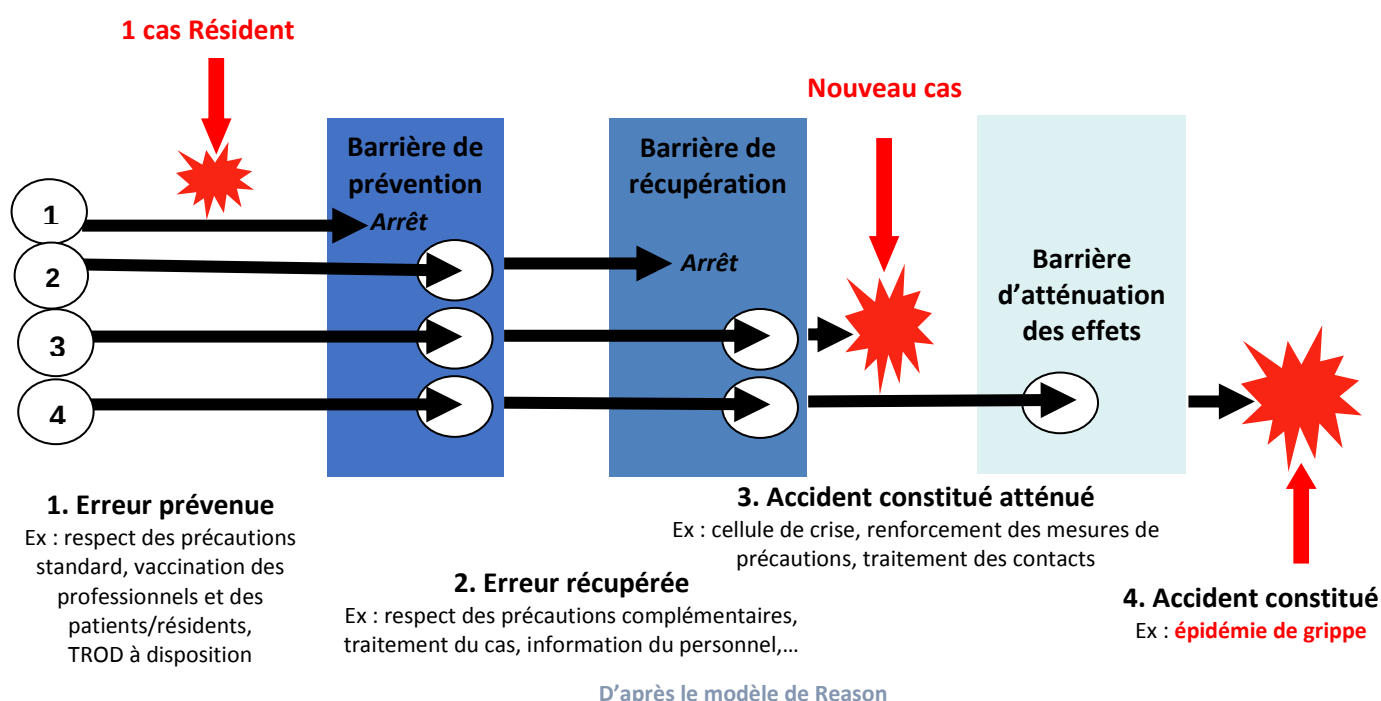
Un processus est donc piloté en amont *via* le respect des organisations et des pratiques et en aval *via* les résultats des évaluations et des analyses des événements indésirables.

Concept 3 : Le concept de barrières de sécurité³²

La sécurisation des étapes clés d'un processus à risques est effectuée au moyen de barrières de sécurité. Trois types de barrières sont décrits, en termes de prévention d'erreur, de récupération d'erreur avant incident et d'atténuation des effets après incident.

Illustration de la prise en charge d'un cas de grippe et prévention d'une épidémie [élaboré à partir d'un REX :

http://www.cpias.fr/GDR/Rex/Rex_GrippeEHPAD_SO.pdf



Sur la base de risques préalablement identifiés, la visite de risque aura pour objectif de vérifier la mise en œuvre combinée des trois types de barrières de sécurité : prévention, récupération d'erreur et atténuation des effets.

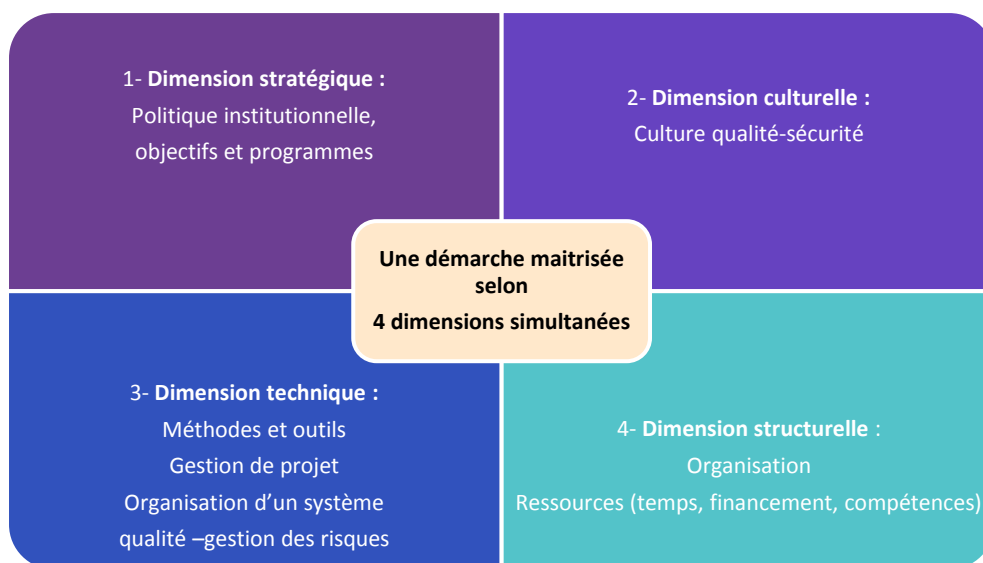
Concept 4 : L'approche dite produit - système

Une démarche institutionnelle d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins doit être cohérente, efficace et pérenne. Elle est, de façon globale et par secteur d'activité, analysable selon 4 dimensions (modèle dit de Shortell³³). Chacune de ces dimensions peut être un facteur d'échec, par exemple lors de l'introduction de méthodes d'analyse non adaptées au niveau culturel d'un secteur d'activité, ou dans le cas de facteurs de résistance dans la conduite du changement. À l'inverse, la maîtrise concomitante et stable des 4 dimensions garantit un impact durable de la qualité des soins et de la sécurité du patient au sein de l'organisation.

³² HAS - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012, page

71

³³ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf



D'après <https://www.prevention-medicale.org/Dossiers-du-risque-et-methodes-de-prevention/Methodes-de-prevention/Approche-dite-produit-systeme-des-organisations/approche-produit-systeme> ou https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages1a64.pdf

1- Transposition du modèle de Shortell à la prévention du risque infectieux³⁴

Dimensions	Exemple de contenu adapté à la prévention du risque infectieux
1. Stratégique (ancrage institutionnel)	- Politique de prévention des infections associées aux soins formalisée, validée et lisible par tous. - Utilisation des opportunités (certification, démarche d'évaluation externe, EPP, assurances, alertes et déclarations des EIG...). - Objectifs et positionnement clairs de la démarche. - Implication de la direction ou de la gouvernance (chef de pôle, coordonnateur de la gestion des risques ...). - Identification des thèmes et processus clés à traiter. - Mobilisation des personnels. - Identification et affectation des ressources nécessaires (EOH, correspondants hygiène...). - Légitimité des intervenants (encadrement et expert). - Garanties apportées (dont le soutien institutionnel des projets). - Suivi et évaluation des résultats.
2. Culturelle	- Compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes utilisées. - Développement d'une culture de sécurité et de l'évaluation (simulation en santé, chambre des erreurs, réunions consacrées à la sécurité, CREX, RMM). - Posture de l'encadrement (implication, engagement, bienveillance). - Communication adaptée (modalités pédagogiques, lettre qualité, animation d'un réseau de correspondants...). - Formation continue (prévention du risque infectieux, gestion des risques associés aux soins).
3. Technique	- Méthodes et outils : conduite de projets, outil de déclaration des EI, méthodes adaptées d'identification et d'analyse de processus critiques (analyse de scénario, repérage de situations à risque, cartographie des risques), de résolution de problèmes, de mise en œuvre de solution, de mesure et de pérennisation des résultats.
4. Structurelle	- Organisation : structure de pilotage et de coordination dédiée, EOH, structures d'appui, URPS - Ressources : assistance méthodologique, temps alloué aux acteurs de terrain.

³⁴ D'après <https://www.prevention-medicale.org/Dossiers-du-risque-et-methodes-de-prevention/Methodes-de-prevention/Approche-dite-produit-systeme-des-organisations/approche-produit-systeme>

2- Typologie d'échecs proposée par Shortell à partir des 4 dimensions du modèle : exemple appliqué à la promotion de l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique

Typologie	Défaillance	Explication
Marginale	Défaillance stratégique	Absence de politique institutionnelle sur la promotion de l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique.
Spécialisée	Défaillance culturelle	- Injonction de l'utilisation des PHA sans pédagogie d'accompagnement adaptée, - Communication non adaptée sur le suivi de l'ICSHA (résultat exprimé en litres et non pas en nombre de frictions).
Frustrante	Défaillance technique	Promotion de l'utilisation des PHA sans méthode adaptée (identification des problèmes locaux).
Désorganisée	Défaillance structurelle	Organisation des missions de l'EOH insuffisamment formalisée. Moyens associés : temps insuffisant alloué aux professionnels chargés des actions de prévention du risque infectieux.



Annexe 3 :

**Outils disponibles pour réaliser des visites de risque
appliquées aux risques infectieux**

Dans le tableau suivant, un ensemble non exhaustif d'outils de visite de risque disponibles en 2018 sur différentes thématiques est listé.

	Outils	Intérêts	Activité ciblée	Liens
	VDR Promotion de l'hygiène des mains (HDM)	Évaluer la stratégie de promotion de l'HDM d'un établissement à l'échelle institutionnelle. Augmenter la consommation en solution hydro alcoolique des établissements	Évaluation globale de la politique HDM au sein d'un établissement, peut ne pas être le reflet de la politique d'HDM de chaque service	http://www.cpias.fr/ES/gestiondesrisques/visitederisque.html
Approche par secteur d'activité	Visite de risque infectieux (VDR) en hémodialyse	Sécuriser les pratiques autour du branchement et du débranchement des accès vasculaires : CVC et FAV pour le patient et pour le professionnel de santé. Améliorer la prévention et la gestion des infections associées aux soins en hémodialyse	Spécifique à l'activité d'hémodialyse	http://www.grephh.fr/Hemodialyse-GREPHH.html Référence bibliographique n 4
	VDR infectieux en service MCO	Évaluer la maîtrise du risque infectieux à l'échelle d'un service de soins à travers des thématiques prioritaires de prévention du risque infectieux. Cartographier les risques infectieux au sein d'un service de soins	Adaptation des grilles en fonction des organisations, des moyens et des risques propres à chaque service	http://www.cpias-ile-de-france.fr/REGION/NPC/VDR2017/Protocole.pdf Référence bibliographique n°18
	« Audit » prévention risque infectieux en ES ou en EMS			http://www.cpias.fr/GDR/Audit/Protocole_audit_mixte_GDR_vf.pdf

	Outils	Intérêts	Activité ciblée	Liens
	VDR Réanimation	Évaluer les règles d'hygiène de base dans les unités de réanimation et le risque infectieux lié aux soins techniques particulièrement développés dans ces secteurs d'activité	Évaluation des techniques de soins spécifiques aux unités de réanimation	Référence bibliographique n°15
	VDR Bloc Opératoire	Évaluer les défenses et les risques de défaillances dans les pratiques professionnelles et l'organisation de l'activité de bloc opératoire	Parcours du patient opéré non évalué totalement	https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/gdr/visite-de-risque/
	VDR Qualité et sécurité de la réalisation des injections intra-vitréennes (IVT)	Évaluer le(s) risque(s) de défaillance dans l'organisation de l'activité et les pratiques professionnelles concernant la réalisation des IVT. Outil utilisable en gestion de risque <i>a priori</i> ou éventuellement <i>a posteriori</i> à la suite d'un EI	Spécifique au processus de soins "IVT"	http://www.cpias.fr/GDR/visite_risque/Protocole_visitederisque/VT_mai2014.pdf
	VDR Qualité et sécurité du traitement manuel des endoscopes souples non autoclavables en établissements de soins	Évaluer le(s) risque(s) de défaillance dans l'organisation de l'activité et les pratiques professionnelles concernant le traitement des endoscopes non autoclavables	Spécifique au processus de traitement des endoscopes	http://www.cpias.fr/GDR/visite_risque/proto_visite_risque_endoscope.pdf