



Certification HAS V2020

Thématique Risque Infectieux

7 Septembre 2021

● Enjeux nationaux

- ▶ Surveiller les infections associées aux soins.
- ▶ Développer leur prévention en ciblant les infections les plus fréquentes et les plus graves.
- ▶ Réduire les risques infectieux associés aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle.
- ▶ Réduire les infections associées aux dispositifs invasifs.
- ▶ Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance.
- ▶ Assurer la promotion de la vaccination des professionnels de santé.

Critères du manuel de certification en lien avec le Risque Infectieux

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	2.3-10
Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	2.3-11
Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	2.3-12
Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	2.3-13
Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	2.3-14
Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques peropératoires	2.3-15
Les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé	2.3-17

La mission MATIS a réalisé un **calendrier 2020 de l'ensemble des actions proposées** par les différentes missions, à [télécharger ici](#)

Le CPIas Occitanie a présenté l'ensemble des actions réalisés en 2019 et le programme de chaque mission pour 2020 lors de la journée signalement du 10 décembre 2019 , [diaporama à télécharger ici](#)

Retrouvez toutes les informations concernant les nouvelles Missions Nationales IAS pilotées par Santé publique France et portées par les CPIas, sur le site partagé [Préventioninfection.fr](#)

Attention depuis 2019, **les inscriptions aux surveillances nationales des IAS**, de la consommation d'antibiotiques et de l'antibiorésistance **ne passent plus par l'annuaire CPIas**, mais par le site de chaque MNIAS.

MISSIONS NATIONALES	ANCIENNES SURVEILLANCES	CPIas Coordonnateur et CPIas associé	INSCRIPTION	INFORMATIONS
<i>Mission 1 : PRMO</i> Surveillance et prévention de l'antibiorésistance et des IAS en soins de ville et en secteur médico-social		CPIas Pays de Loire 02 40 08 39 36 cpias.pdl@chu-nantes.fr & CPIas Grand-Est	www.medqual-ville.fr	www.preventioninfection.fr
<i>Mission 2 : SPARES</i> Surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé	ATB BMR	CPIas Grand-Est 03 83 15 55 88 consores@chu-nancy.fr & CPIas Nouvelle-Aquitaine	www.consores.net	
<i>Mission 3 : SPICMI</i> Surveillance et prévention du risque infectieux lié aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle	ISO	CPIas Ile-de-France 01 40 27 42 00 spiom@cpias-ile-de-France.fr	à venir	
<i>Mission 4 : SPIADI</i> Surveillance et prévention des infections associées aux dispositifs invasifs	REA NEOCAT DIALIN	CPIas Centre-Val de Loire 02 47 47 82 90 N.BRION@chu-tours.fr	www.spidi.fr	
<i>Mission 5 : MATIS</i> Soutien aux actions de prévention : évaluation, formation, communication, documentation		CPIas Nouvelle-Aquitaine 05 56 79 60 58 anne-gaëlle.venier@chu-bordeaux.fr & CPIas Iles-de-Guadeloupe		

Récapitulatif des réseaux de surveillance, site internet et contacts :

Site Toulouse

Tél : 05 61 77 20 20
cpias-occitanie@chu-toulouse.fr

Site Montpellier

Tél : 04 67 33 74 69
cpias-occitanie@chu-montpellier.fr

Accueil
Actualités

Contact
Mentions Légales

Retrouvez le CPIas Occitanie sur



Animation – Formation >

Surveillance et évaluation >

Alerte et signalement >

Outils >

Agenda

Actualités



Soins de Ville



Usagers

La gouvernance prévoit et organise

- La formation des professionnels aux précautions standard et complémentaires, à la désinfection des dispositifs réutilisables, à la prévention des infections liées aux dispositifs invasifs (2.3-11, 2.3-13, 2.3-14).
- La promotion de la vaccination des professionnels (2.3-17).

Actions mises en œuvre

Résultats recherchés auprès des professionnels :

- Application des bonnes pratiques d'hygiène des mains (2.3-10).
- Mise en œuvre des précautions standard et complémentaires (2.3-11).
- Prévention des infections liées aux actes interventionnels (2.3-12, 2.3-15).
- Prévention des infections liées aux dispositifs invasifs (2.3-14).
- Traitement adapté des dispositifs médicaux réutilisables (2.3-13).
- Application des recommandations vaccinales (2.3-17).

- Évaluation des pratiques d'hygiène des mains, des précautions standard et complémentaires, de l'antibioprophylaxie, des précautions en secteur interventionnel (2.3-10, 2.3-11, 2.3-12, 2.3-15).
- Indicateurs de consommation de SHA par service: **ICSHA 3 (2.3-10)**.
- Indicateurs de prévention des infections : **ISO**, PCC et ATB (2.3-13).
- IQSS IAS (2.3-10, 2.3-11, 2.3-17).

Evaluation de la prévention des infections associées aux soins dans la méthode Patient traceur

Sondage

Lors d'un patient traceur, vous devez vous assurer que le patient a reçu la bonne information de la part de l'équipe soignante concernant la gestion du risque infectieux sur :

- l'hygiène des mains
- la gestion des excréta
- sa prescription des précautions complémentaires
- son pansement
- sa sonde urinaire si il en a une
- l'organisation de la stérilisation

Sondage

Lors d'un patient traceur, vous devez vous assurer que le patient a reçu la bonne information de la part de l'équipe soignante concernant la gestion du risque infectieux sur :

- l'hygiène des mains ✓
- la gestion des excréta
- sa prescription des précautions complémentaires ✓
- son pansement ✓
- sa sonde urinaire si il en a une ✓
- l'organisation de la stérilisation

Lors de l'entretien du patient

Questions à poser

- Vous a-t-on expliqué ainsi qu'à vos proches l'importance et les bonnes pratiques de l'hygiène des mains?
- Vous a-t-on expliqué ainsi qu'à vos proches le risque infectieux, la prescription et l'utilisation des précautions standard et complémentaires?

Observation

- Le pansement sur le dispositif est transparent pour la surveillance du site d'insertion
- Le système de sondage urinaire est un système clos et la tubulure est correctement placée (drainage urinaire). (Réponse NA à notifier si patient n'est pas sondé)
- La patient est placé en position demi-assise

Evaluation de la prévention des infections associées aux soins dans la méthode traceur ciblé

Sondage traceur ciblé

- Le résultat de l'indicateur « Hygiène des mains » Campagne 2019 – Données 2018 en Classe C- 66 % » conduira la HAS à proposer la réalisation d'un traceur ciblé IAS dans un secteur de MCO au sein du programme de la visite.
- Lorsque l'on effectue un traceur ciblé risque infectieux, on doit :
 - Évaluer les connaissances des professionnels sur l'hygiène des mains
 - Évaluer les connaissances des patients sur le risques infectieux
 - Évaluer la gouvernance
 - Effectuer une consultation documentaire
 - Évaluer le lavage des mains avec de l'eau et du savon

Sondage traceur ciblé

- Le résultat de l'indicateur « Hygiène des mains » Campagne 2019 – Données 2018 en Classe C- 66 % » conduira la HAS à proposer la réalisation d'un traceur ciblé IAS dans un secteur de MCO au sein du programme de la visite.

→ Oui

- Lorsque l'on effectue un traceur ciblé risque infectieux, on doit :
 - Évaluer les connaissances des professionnels sur l'hygiène des mains ✓
 - Évaluer les connaissances des patients sur le risques infectieux
 - Évaluer la gouvernance ✓
 - Effectuer une consultation documentaire ✓
 - Évaluer le lavage des mains avec de l'eau et du savon

Sondage Traceur ciblé

- Un patient porteur de BHRe doit être :
 - ▶ signalé sur e-FIT
 - ▶ mis en chambre seule avec WC
 - ▶ informé de son portage de BHRe
 - ▶ mis uniquement en précautions standard
 - ▶ signalé à l'ARS, SpF et au Cpias de la région

Sondage Traceur ciblé

- Un patient porteur de BHRe doit être :
 - ▶ signalé sur e-FIT
 - ▶ mis en chambre seule avec WC ✓
 - ▶ informé de son portage de BHRe ✓
 - ▶ mis uniquement en précautions standard
 - ▶ signalé à l'ARS, SpF et au Cpias de la région ✓

- Lorsque l'on effectue un traceur ciblé risque infectieux, les équipes vont être interrogées sur :
 - ▶ leurs connaissances et le respect de l'hygiène des mains
 - ▶ leur participation à des audits concernant le risque infectieux et la mise en place de plan d'action d'amélioration
 - ▶ l'application et l'évaluation de la gestion des excréta
 - ▶ leurs connaissances concernant le suivi des IAS
 - ▶ le respect de leurs horaires
 - ▶ leurs connaissances du logiciel e-SIN

- Lorsque l'on effectue un traceur ciblé risque infectieux, les équipes vont être interrogées sur :
 - ▶ leurs connaissances et le respect de l'hygiène des mains ✓
 - ▶ leur participation à des audits concernant le risque infectieux et la mise en place de plan d'action d'amélioration ✓
 - ▶ l'application et l'évaluation de la gestion des excréta ✓
 - ▶ leurs connaissances concernant le suivi des IA ✓
 - ▶ le respect de leurs horaires
 - ▶ leurs connaissances du logiciel e-SIN

Sondage traceur ciblé

- Lorsque l'on effectue un traceur ciblé risque infectieux, la gouvernance sera interrogée sur :
 - ▶ La réalisation d'audit du type : précautions complémentaires de type contact
 - ▶ La réalisation d'audit sur la « gestion des excréta »
 - ▶ Le réseau de prévention des infections associées aux soins
 - ▶ Les actions d'amélioration d'indicateurs du Risque Infectieux
 - ▶ La formation des professionnels en hygiène
 - ▶ L'organisation des services administratifs
 - ▶ Leurs connaissances des précautions complémentaires

Sondage traceur ciblé

- Lorsque l'on effectue un traceur ciblé risque infectieux, la gouvernance sera interrogée sur :
 - ▶ La réalisation d'audit du type : précautions complémentaires de type contact ✓
 - ▶ La réalisation d'audit sur la « gestion des excréta » ✓
 - ▶ Le réseau de prévention des infections associées aux soins ✓
 - ▶ Les actions d'amélioration d'indicateurs du Risque Infectieux ✓
 - ▶ La formation des professionnels en hygiène ✓
 - ▶ L'organisation des services administratifs
 - ▶ Leurs connaissances des précautions complémentaires

Sondage traceur ciblé

- Concernant l'antibioprophylaxie, les équipes seront interrogées sur les points suivants :
 - ▶ Lors d'une intervention chirurgicale, l'antibioprophylaxie doit être débutée 30mn avant l'intervention
 - ▶ Une antibioprophylaxie est systématique avant toute intervention chirurgicale
 - ▶ La prescription d'une antibioprophylaxie doit être faite lors de la consultation préanesthésique ou préopératoire
 - ▶ L'antibioprophylaxie doit être tracée dans le dossier du patient
 - ▶ L'antibioprophylaxie doit être vérifiée lors de la check-list

Sondage traceur ciblé

- Concernant l'antibioprophylaxie, les équipes seront interrogées sur les points suivants :
 - ▶ Lors d'une intervention chirurgicale, l'antibioprophylaxie doit être débutée 30mn avant l'intervention ✓
 - ▶ Une antibioprophylaxie est systématique avant toute intervention chirurgicale
 - ▶ La prescription d'une antibioprophylaxie doit être faite lors de la consultation préanesthésique ou préopératoire ✓
 - ▶ L'antibioprophylaxie doit être tracée dans le dossier du patient ✓
 - ▶ L'antibioprophylaxie doit être vérifiée lors de la check-list ✓

Critère 2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

- L'équipe connaît et respecte les indications de l'hygiène des mains
- L'équipe évalue ses pratiques d'hygiène des mains en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène
- L'équipe connaît le résultat de **son** service pour sa consommation de solutions hydroalcooliques) et a mis en place des actions d'amélioration
- La gouvernance appuie l'équipe opérationnelle d'hygiène pour la mise en place d'un suivi en continu de la consommation des solutions hydroalcooliques par service

Critère 2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Equipe :

- est formée aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène
- connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standard
- applique les bonnes pratiques de gestion des excréta
- peut décider de l'isolement des patients, si besoin
- évalue ses pratiques en matière de précautions standard et complémentaires d'hygiène L'équipe connaît et sait comment contacter les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

La gouvernance doit prévoir :

- des audits, du type : précautions complémentaires de type contact
- des quick-audit hygiène des mains (MATIS)
- des audits « gestion des excréta »
- L'organisation d'un réseau de prévention des infections associées aux soins.

Critère 2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

L'équipe :

- applique les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie
- disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel
- prescrit l'antibioprophylaxie utile dès la consultation préanesthésique ou préopératoire et celle-ci est tracée dans le dossier du patient, et est vérifiée lors de la check-list
- respecte le moment et la durée de l'antibioprophylaxie
- évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique de l'établissement et l'équipe opérationnelle d'hygiène
- Effectue une vérification ultime lors de la check-list de l'ensemble des bonnes pratiques en termes d'antibioprophylaxie.

Critère 2.3-13 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

L'équipe :

- assure le suivi d'indicateurs de prévention des infections
- connaît les résultats des contrôles microbiologiques des DMR et des équipements de désinfection et de stockage
- est formée à la désinfection (professionnels en charge)
- s'assure qu'il existe une liste du parc actif des DMR dans les secteurs interventionnels, qu'elle est connue, disponible et actualisée

Consultation documentaire :

- Le compte rendu d'examen identifie les DMR utilisés
- La traçabilité de la désinfection

Critère 2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

L'équipe :

- est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs.
- dispose et connaît les protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée
- trace dans le dossier patient la date de pose du dispositif
- réévalue quotidiennement la pertinence du maintien du(des)dispositif(s) invasif(s)
- évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs et participe à des audits observationnels.

Critère 2.3-15 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires

L'équipe :

- s'assure que le patient a bénéficié d'une douche préopératoire et, en cas de traitement des pilosités, utilise la technique de la tonte et non du rasage
- dispose de protocoles de préparation de l'opéré par spécialité
- évalue ses pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels en s'appuyant sur le référent en hygiène du service et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène

Evaluation de la prévention des infections associées aux soins dans la méthode audit système

● Les vaccins obligatoires chez les professionnels de santé soignants sont :

- ▶ Hépatite B
- ▶ Grippe
- ▶ Rougeole
- ▶ Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite
- ▶ Coqueluche
- ▶ Varicelle

● Les vaccins obligatoires chez les professionnels de santé soignants sont :

- ▶ Hépatite B ✓
- ▶ Grippe
- ▶ Rougeole
- ▶ Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite ✓
- ▶ Coqueluche
- ▶ Varicelle

Critère 2.3-17 Les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé

Gouvernance

- L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole et grippe saisonnière) et connaît la couverture vaccinale recommandée et la valeur de l'IQSS « Vaccination antigrippale ».
- L'établissement met gratuitement à disposition des personnels les vaccinations recommandées.
- La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services...).
- L'établissement analyse ses résultats ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant.

L'équipe est :

- sensibilisée à l'importance des vaccinations : grippe, rougeole, coqueluche, varicelle.
- connaît sa couverture vaccinale.

Evaluation de la prévention des infections associées aux soins dans la méthode observations

Critère 2.3-10 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Critères à observer :

- Les solutions hydroalcooliques sont disponibles
- L'équipe connaît et applique les prérequis à l'hygiène des mains :
 - ▶ non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts
- L'équipe privilégie l'application de la bonne technique d'utilisation de la solution hydroalcoolique par rapport au lavage à l'eau et au savon

Critère 2.3-11 Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Critères à observer :

- L'environnement du patient est propre
- L'équipe respecte l'utilisation des équipements de protection individuels (EPI) et ne porte pas le masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, jette les gants (stériles ou non) immédiatement après le geste, change de gants entre deux patients ; ne porte pas de surblouse hors des chambres.
- Des containers pour objets piquants coupants tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée.



Des critères impératifs

Secteurs	Thématiques
Chirurgie interventionnelle	2.2-12 Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace
Chirurgie interventionnelle	2.3-12 Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs
Tout établissement	2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins
Tout établissement	3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins
Tout établissement	3.6-01 La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée
Tout établissement	3.7-03 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

Le critère 2.3-11 devient impératif : les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates standard et complémentaires



Fiche anomalie

PRESENTATION DE DEUX REX COVID

Service Médecine : sandrine.canouet@chi-val-ariege.fr

Centre de DIALYSE : Marie-Odile.Heimig@fmc-ag.com

- Permet de valoriser la Prise En Charge de cette crise « COVID » au niveau de l'établissement, des équipes et des patients
 - Analyse / dysfonctionnements / Actions d'amélioration / pilote / calendrier / suivi des actions en lien avec la certification V 2020.

Un cluster COVID vu sous l'angle de la certification V2020

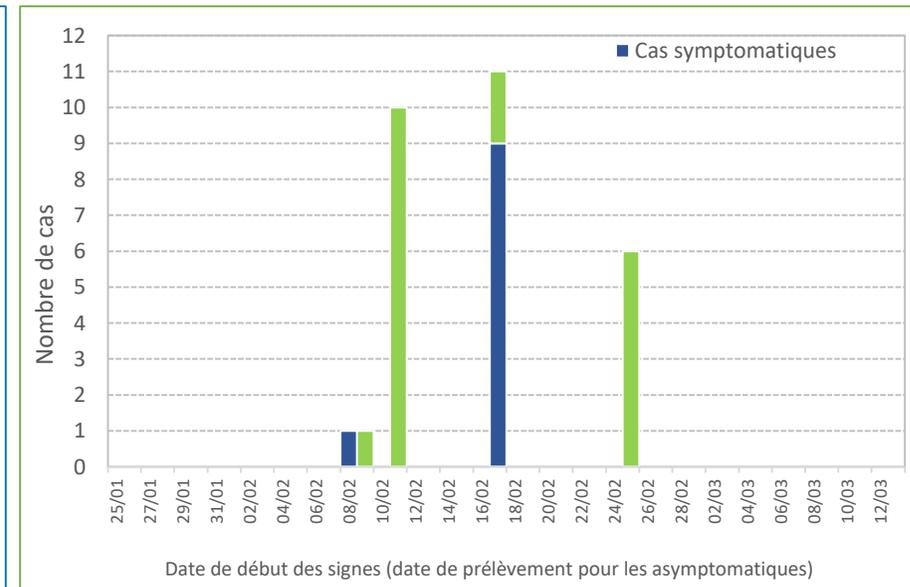
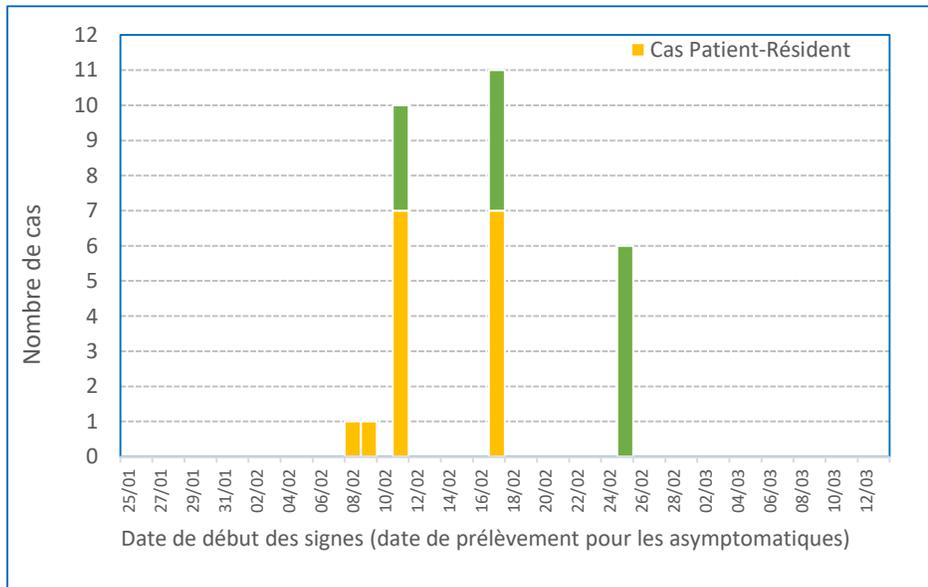
Atelier risque infectieux et certification V 2020.
CPIAS-SRA- 28 mai 2020

R. ROUZAUD, V. WARKIN, C. ROUCH, E. BETIRAC, S. LEFEVRE, C. COLETTE, Dr S. CANOUE

Centre Hospitalier des Vallées de l'Ariège

• Cluster COVID 19

- Durée : 24 jours
- 4 dépistages de masse
- Nombre de cas :
 - **13** professionnels
 - **16** patients dont 8 hospitalisés (secteur COVID) et 1 décès



Méthode

Méthodes	Entretien			Consultation		Observation Entretien
	Patient	Équipe	Gouvernance	Dossier du patient	Autres documents	
Patient traceur	●	●		●		●
Parcours traceur		●		●		●
Traceur ciblé		●	●		●	●
Audit système		●	●		●	

Référentiel HAS :

- **Prévention du risque infectieux** => parcours traceur
- **Maitrise des risque** => audit système

Méthode choisie :

- AUDIT SYSTÈME avec une analyse approfondie des causes lors de la rencontre des professionnels



Politique qualité, gestion des risques de l'ES et du GHT	Axe 1, Axe 2, Axe 3
Plaintes, réclamations, EI	Bilan des EI en lien avec la thématique COVID et le site → 12 Déclarations → 2 réclamations
Plan de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers pratiques sur le terrain animés par EOH habillage/déshabillage COVID • Conseils EOH • Installation d'un mannequin avec habillage COVID • Hotline/Astreinte hygiène (week-end)
Plan de gestion des tension hospitalières	
Gestion documentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Affiches EPI sur les portes • Fiches reflexes COVID
Traçabilité des informations	<ul style="list-style-type: none"> • Macro cible d'entrée dans dossier patient informatisé permet de tracer, le questionnaire screening à l'entrée et le statut COVID du patient



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME,
direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée,
l'évaluateur analyse la politique,
les activités et les actions mises
en place par la gouvernance
pour s'assurer de la capacité
qu'a l'établissement à maîtriser
et à atteindre ses résultats.

Gestion de crise COVID

- Cellule de crise et de liaison spécifique 2 fois/semaine
 - ✓ Données de l'épidémie
 - ✓ Suivi des clusters en lien avec EOH
 - ✓ Evaluation du capacitaire en lits et orientations
 - ✓ Prises de décisions (clusters, gestion des lits, etc...)
 - ✓ Elargissement cellule de liaison aux professionnels médicaux
 - ✓ CR systématique avec diffusion des décisions
- Plateforme PA
- Un référent COVID institutionnel
- Un référent COVID pour les secteurs gériatriques
- Communication COVID : plusieurs numéros du CHARIVI spécial COVID
- Plusieurs enquêtes
 - ✓ Mesures barrières (évaluation des connaissances)
 - ✓ Vaccination
 - ✓ Auto- évaluation (à venir)
- Visites de risques (hospitalisations, consultations, accueils de jour EHPAD)



Recueil des faits Cluster COVID	Réalisé par Dr CANOUEt en amont
Analyse du Cluster COVID en équipe	Rencontre présenteielle Analyse à l'aide de la grille ALARM
Mesure des écarts	Cf diapo 37
Plan d'action	Cf diapo 37

EIG : cluster COVID 19 en SSR

• Causes immédiates :

- Patiente transférée d'un cluster COVID avec TROD nég.
- Pas de septaine ni de dépistage à J7
- Pas de mesures de prévention spécifiques mises en place pour les patients se rendant plusieurs fois par semaines à des consultations médicales
- Patient dément déambulant
- Pas de port du masque par les patients lors des soins
- Relâchement des gestes barrières par les professionnels sur les temps communs

• Causes latentes :

- Difficulté d'appropriation des recommandations du fait de l'évolution rapide des données de la science
- Discontinuité dans la supervision des mesures en cas d'absence du cadre et de l'EOH
- Absence de temps d'échange « COVID » au niveau de l'encadrement
- Fausse sécurité des dépistages hebdomadaires
- Décalage entre les décisions de la cellule de crise et la communication aux cadres et aux praticiens
- Peu de mesures de l'impact des décisions prises en cellule de crise sur l'organisation du HPO.
- Manque de culture d'établissement commune entre les différents sites du CHIVA
- Sentiment de moindre reconnaissance des professionnels des sites externes vis-à-vis de leur implication dans la crise COVID.

PLAN D' ACTIONS

Actions proposées	Responsable	Critère HAS
Maintien de la présence hebdomadaire d'une IDE hygiéniste sur site	Cadre de l'EOH	2.3-10
En situation de crise = passer d'une sécurité gérée (protocole) à une sécurité intégrée (pas d'affiche mais du « tuttorage », visite de risque...)	EOH	3.6-01
Travailler le positionnement des correspondants en hygiène : missions spécifiques supervisées par cadre et EOH et sur temps dédié.	Cadres et EOH	2.3-11
En situation de crise, utiliser les outils numériques pour communiquer avec les familles.	Cadres	3.1-07



Respect des droits du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue de CDU COVID avec formation des RU au COVID
Information du patient et de son entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Appel aux familles et aux médecins traitants pour les informer sur le statut de leur proche • Envoi individualisé d'un courrier à chaque famille concernant la limitation des visites • Maintien du lien avec les familles à l'aide d'une application : favoriser le lien famille / patient et famille / établissement

En temps de crise sanitaire la sécurité intégrée semble à privilégier sur la sécurité gérée du fait de l'évolution rapide des connaissances , des recommandations et des décisions. La sécurité intégrée apporte une dimension de supervision constante sur le terrain indispensable pour adapter les pratiques.

REX CLUSTER COVID CENTRE DE DIALYSE

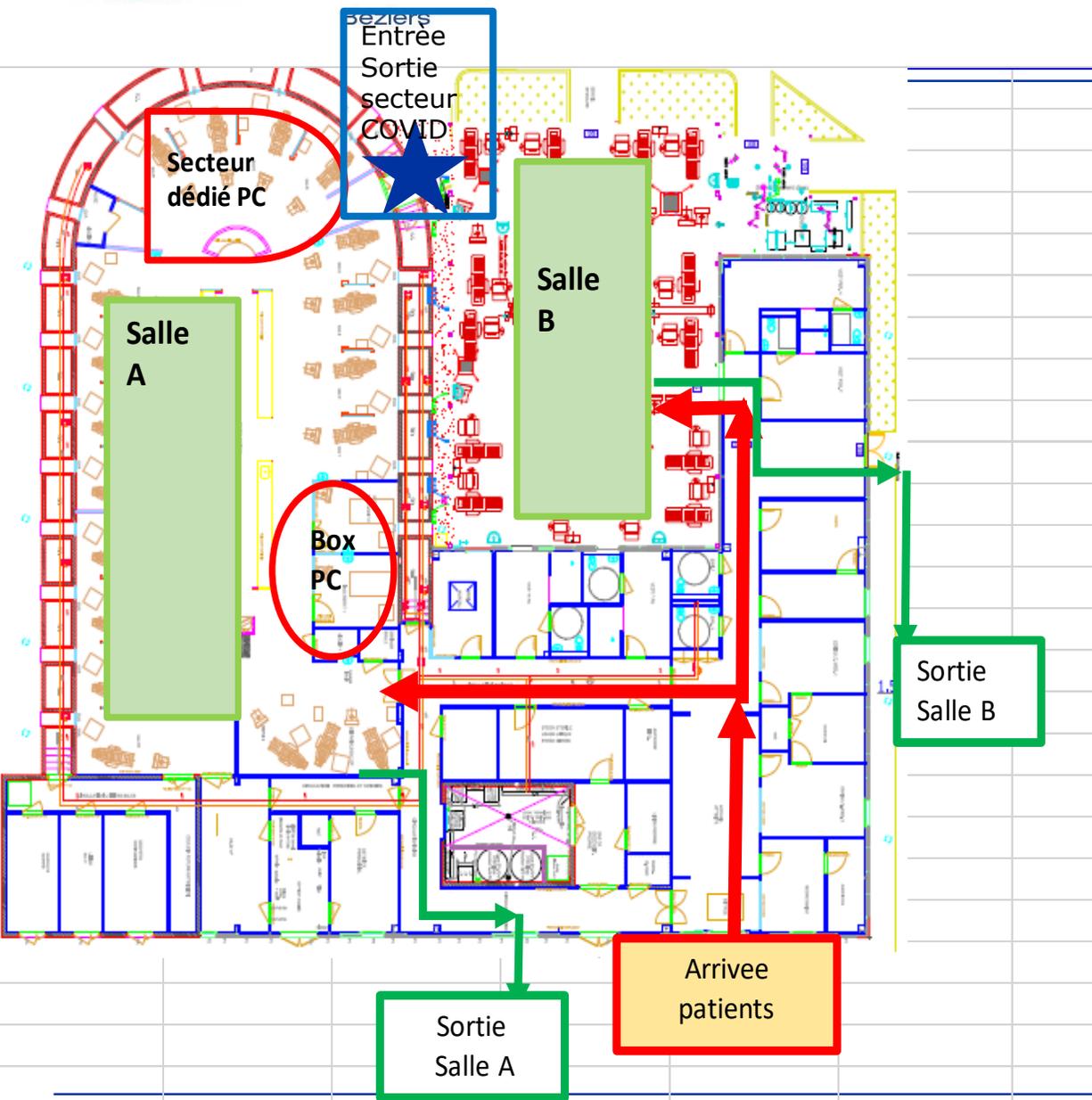
La Transmission croisée

Cellule Prévention Risque Infectieux GIE NCF

Mme A Pollano IDE Hygiéniste

Dr MO Heimig Praticien Hygiéniste





1

**LE CONTEXTE: CENTRE LOURD DE DIALYSE
AMBULATOIRE-TRAVAIL PCC-PROCEDURES COVID**

2

CHRONOLOGIE

3

GRILLE D'ÉVALUATION CLUSTER SF2H

4

ANALYSE DES CAUSES

5

**VISITE DU DR BROUSSE : 7/04/2021
DEBRIEFING : IN SITU & VISIO ÉQUIPES**

6

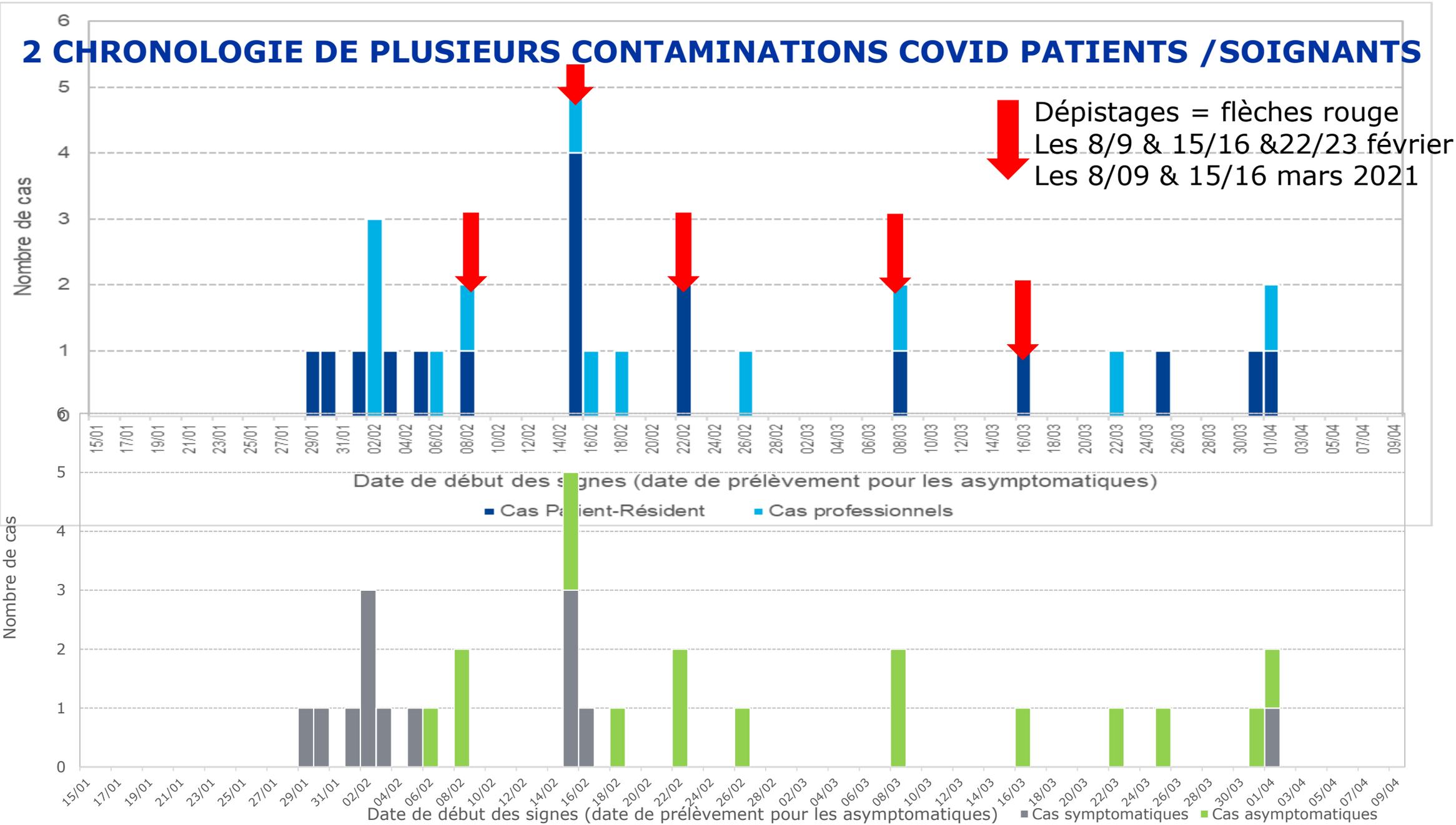
PLAN D' ACTIONS

CONCLUSION

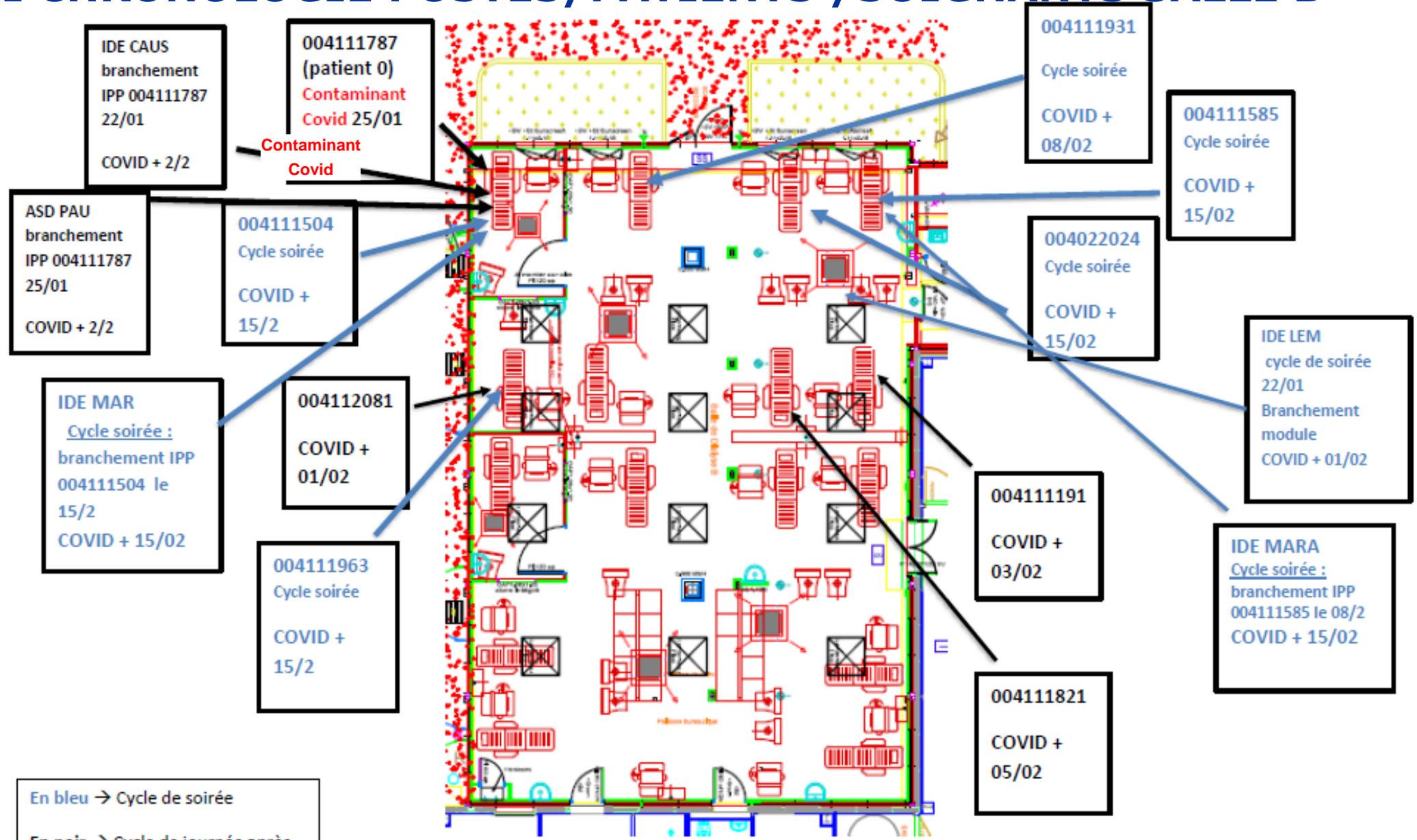
■ 1 LE CONTEXTE : CENTRE LOURD DE DIALYSE EN PROCEDURES „COVID“

- 1** **Circuit Patient PEC en Box et si +3 , secteur dédié COVID & Gestion des Equipes Idem 1ere vague**
- 2** **Filtration Entrée Sortie : Prise de Température +HDM +Port de Masque chirurgical**
- 3** **Organisation de la Prévention du Risque Infectieux : même organisation que 1ere Vague**
- 4** **Remise en place Secteur Dédié cas Suspect /COVID 19+ en sus des Box**
- 5** **Habillage /Déshabillage pour PEC COVID /Suspicion : Idem**
- 6** **Collation Patient Arrêt en cycle du soir comme pour TOUS les cycles**
- 7** **Salle de Pause des Equipes Respect des Gestes Barrières+++++**
- 8** **Journal de Crise COVID & Procédures & Evaluations via Monitoring Visit**

2 CHRONOLOGIE DE PLUSIEURS CONTAMINATIONS COVID PATIENTS / SOIGNANTS



■ SUIVI CHRONOLOGIE POSTES/PATIENTS /SOIGNANTS SALLE B



■ GRILLE CLUSTER SF2H & ANALYSE DES CAUSES

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Avec l'Analyse des Causes & la Grille Cluster SF2H en résumé on retrouve des écarts sur:

-**Bon Port des EPI:**

- Masque Chirurgicaux tripotés , ou sous le menton,,
- Masque FFP2 :Port aléatoire
 - plus de tailles différentes (pénurie covid)
 - apprentissage au Fit Test lointain en 2019

-**Qualité de l'Hygiene des mains & la Friction**

-**Respects des distances** en pause cigarettes et repas pour **Soignants & Ambulanciers**

-**Patients déambulant non compliant** comme pour le cas Index

-pas de bénévoles au sein de l'Etablissement

-**la Formation aux nouveaux arrivants** est effective mais pas de formation prévue aux Intérimaires

-**Lors des co-voiturage** le port effectif de masque n'est pas toujours retrouvé

-**L'AERATION des Locaux & la Gestion de l'AIR** : pas ou peu d'ouvertures, centrales d'air avec débit insuffisant, révision prévue , en place maintenance tracée avec changement filtres pollens

Facteurs	Observation /dysfonctionnement	Axe d'amélioration	Echeancier	critres HAS	Responsable
Patients	Surveillance au Filtrage : >Prise de température au Filtrage >Port de masque >Hygiène des mains par SHA	Formation: > au bon port de Masque >à l'hygiène des mains correcte par personne au Filtrage	30/06/2021	HAS 2-3 -11	EOH/RSI
			en cours	HAS 2-3 -11	EOH/RSI
			en cours	HAS 2-3 -10	EOH/RSI
Professionnels Formation Evaluations	Précautions standard non optimales : Hygiène des mains : Technique non maîtrisée par ASH au Filtrage à l'accueil	Formation des Equipes aux PS et bionettoyage par EOH Formation des ASH au Filtrage à l'HDM par EOH Evaluation par les IDE Hygiéniste & cadres du service, avec QUIZZ 5mn Information sur la circulation des nouveaux variants aux équipes	30/06/2021	HAS 2-3 -11	EOH/RSI
			en cours	HAS 2-3 -10	EOH/RSI
			en cours	HAS 2-3 -10	EOH/RSI
			fait	HAS 2-3 -11	EOH
Organisation en moyens humains	-Nouvelle d'IDE Hygiéniste sur à 0,25 pour le centre, depuis le 1 ^{er} mars 2021 PH partagé entre plusieurs centres (0,05 ETP/ centre) -Peu de détachement des correspondants hygiène relais indispensables -Grille d'évaluation Précautions Covid SF2H	Présentation et communication auprès de toutes les instances, REX auprès des professionnels Nouvelle organisation à mettre en place sensibilisation des RSI par EOH -Rappel aux équipes des procédures « COVID » -déploiement Bionettoyage « COVID » des salles impactées	30/06/2021	HAS 3-7-03 HAS 3-3-03	PH
			en cours	HAS 2-4 -04 HAS 3-7-03 HAS 3-7 04	EOH/RSI
			FAIT	HAS 2-4 -04 HAS 3-3-03	PH
			fait	HAS2-3-11	EOH
			fait	HAS2-3-11	EOH

Facteurs	Observation/Dysfonctionnement	Axe d'amélioration	Echeancier	critres HAS	Responsable
Locaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'aération naturelle en Salle B ▪ Une sortie secours et une porte pour aération naturelle en salle A ▪ Maintenance des traitements d'air annuelle avec changements des filtres ▪ Absence de signalétique Entrée « COVID » 	>Ouverture Sortie Secours Salle B pour ventilation naturelle des locaux	30/06/2021 FAIT	HAS2-3-11 HAS3-6-04	EOH/RSI
		>Ouverture Sortie Secours Salle A pour ventilation naturelle des locaux	30/06/2021 FAIT	HAS 2-4 -04 HAS 3-6-04	EOH/RSI
		>Changements des Filtres à pollen sur Traitement d'AIR/3 mois & révision puissance	FAIT 16/04/2021 avec Traçabilité tous les 2 mois Devis pour TT Air +puissant	HAS2-3-11 HAS 2-4 -04	EOH/RSI
		>Mise en place signalétique Entrée secteur COVID	30/06/2021	HAS2-3-11	EOH/RSI
Organisation des Travaux à venir	-Obtention en mars 2021 Permis de construire pour amélioration des locaux avec nouveau bâtiment	>Travaux 1ere Phase prévus de réorganisation des offices avec mise en place de modulaires supplémentaires	31/07/2021	HAS 2-4 -04 HAS 3-6-04	Direction EOH/RSI
		>Nouvel Office au RDC avec création de Fenêtres à battant	30/06/2021	HAS 2-4 -04 HAS 3-6-04	EOH/RSI
		>Optimisation des Locaux avec un nouveau bâtiment et demande d'avis au CPIAS pour ne pas répéter les mêmes erreurs	31/12/2022	HAS 2-4 -04 HAS 3-6-04	Direction EOH
		>Aménagement de zones « fumeur » avec respect « des distanciation COVID »	30/06/2021	HAS2-3-11	Direction EOH
Environnement, matériel	Cartons de surblouses « gonflés » Procédures observées : -de Bionettoyage des locaux -de désinfection des DM et matériels partagés	Contrôle de ces livraisons d'EPI et prélèvements aléatoires de surfaces	30/05/2021	HAS2-3- 07	EOH/RSI
		Fréquence de désinfection des matériels partagés : rambarde balance, fauteuils de transfert à optimiser	30/05/2021 1e Evaluations faites	HAS2-3-13 HAS2-3-11	EOH/RSI

Critère 3.7-04 Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement
Les équipes se sont senties entendues valorisées & remercient le CPIAS pour ce REX .

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Pour plus de renseignements



Dr Michel Brousse

Médecin CPias

michel-brousse@chu-montpellier.fr

04 67 33 99 99 - 07 88 01 48 78

Site de Montpellier

04.67.33.74.69 - Fax : 04.67.33.75.81
cpias-occitanie@chu-montpellier.fr

Hôpital La Colombière Pavillon 7
39, avenue Charles Flahault
34295 Montpellier Cedex 5

Site de Toulouse

05.61.77.20.20 - Fax : 05.61.77.20.46
cpias-occitanie@chu-toulouse.fr

Hôpital Purpan Bâtiment Leriche – 1^{er} étage
Place du Dr Baylac TSA 40031
31059 Toulouse Cedex 9