

Evaluation des
Pratiques
Professionnelles dans les établissements de santé

**Evaluation de la
prévention du risque
infectieux en chirurgie**



Protocole d'évaluation

Dernière mise à jour : Août 2014

SOMMAIRE

Introduction	3
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
Contexte juridique et recommandations utilisées	4
Méthode	5
Principe	5
Organisation	5
Documentations fournies	5
Mise en œuvre de la démarche	6
Modalités pratiques	9
Retour d'information et évaluation <i>a posteriori</i>	10
Références	11
Annexe 1 : Grille de recueil	13
Annexe 2 : Exemples de scénarios	20

Composition du groupe de travail

Dr Christophe GAUTIER, ARLIN Aquitaine, Bordeaux

Dr Anne-Gaëlle VENIER, CCLIN Sud-Ouest, Bordeaux

Dr Evelyne GRANDGEORGE, ARLIN Guyane, Cayenne

Dr Catherine DUMARTIN, CCLIN Sud-Ouest, Bordeaux

Introduction

Dans la dernière enquête de prévalence des infections nosocomiales (ENP 2012), les infections du site opératoire (ISO) se situent à la troisième position en termes de fréquence (13,5 % de l'ensemble des infections). Au regard de cette enquête, 7 patients sur 1000 seront concernés par une complication infectieuse au cours d'une chirurgie [1].

Ce risque justifie d'une vigilance accrue dans les secteurs de chirurgie et impose une surveillance dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques plus fines par spécialités chirurgicales ou pour des actes précis (Enquêtes en incidence). [2]

La survenue d'une ISO est souvent multifactorielle et chaque évènement infectieux justifie d'une analyse à posteriori visant à identifier les facteurs contributifs de cette complication.

Ce projet d'évaluation est ciblé sur l'identification des mesures de prévention qui permettent de limiter le risque de survenue d'une ISO, d'optimiser la prise en charge d'une ISO et d'en réduire les conséquences.

La prévention des ISO étaient un des axes forts de travail promu par le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 [3]. Cet objectif doit être poursuivi dans le contexte du nouveau programme national pour la sécurité des patients notamment via des méthodes d'apprentissage et de sensibilisation innovantes [4].

L'analyse pluri-professionnelle de scénarios cliniques portant sur le risque infectieux lié aux interventions chirurgicales est en cohérence avec ce nouveau programme. Ce projet d'évaluation repose sur une méthode initialement développée en 2006 dans l'inter-région par le CCECQA et le CCLIN Sud-Ouest (prévention de la diffusion des BMR). Depuis, de nombreux outils complémentaires ont été élaboré par le CCLIN Sud-Ouest et mis à la disposition des professionnels [5].

Objectif Général

Tester à partir de l'analyse d'un problème, la capacité d'un service de chirurgie / d'une équipe de bloc opératoire à mettre en œuvre la stratégie de prévention et d'appliquer les mesures de prévention

Objectifs Spécifiques

- ❖ Analyser, avec des professionnels d'un service de chirurgie / d'une équipe de bloc opératoire, les défenses mises en place et leur caractère opérationnel ainsi que les défenses possibles afin d'empêcher la survenue d'une complication infectieuse en chirurgie,
- ❖ Comprendre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des mesures connues de prévention,
- ❖ Mettre en place des actions d'amélioration.

Contexte juridique et recommandations utilisées

- ❖ Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 [3]
- ❖ Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 [4]
- ❖ SF2H. Conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux », Paris, 5 mars 2004 [6].
- ❖ SF2H. Mise à jour de la conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux », octobre 2013 [7].
- ❖ Nosobase. Nosothème « Préparation cutanée de l'opéré » [8].

Méthode

Principe

L'approche méthodologique retenue est celle de l'analyse de scénarios cliniques d'infections consécutives à une prise en charge chirurgicale.

Il s'agit d'une approche par problème [9,10] qui consiste à analyser un problème ou un dysfonctionnement afin de mettre en place des actions visant à éviter sa répétition. Un problème est défini comme la différence entre la situation existante et la situation attendue.

Cette méthode déductive permet d'analyser des problèmes complexes. Toutes les causes du problème doivent être soigneusement envisagées et analysées. Les causes principales (absence de certaines barrières ou barrières non opérationnelles) doivent être identifiées et prouvées. Des solutions ciblées sur les causes principales peuvent alors être envisagées, testées puis mises en œuvre. Un suivi permet de s'assurer de la disparition du problème.

Cette approche méthodologique comporte plusieurs avantages. Elle permet d'analyser des situations à risque peu fréquentes. C'est une démarche participative, anticipative, déculpabilisante puisqu'elle consiste à analyser un problème survenu dans un autre établissement, et est peu contraignante pour les professionnels en terme de disponibilité. Cette approche a le mérite d'aller à la rencontre des professionnels, d'être à leur écoute, de les impliquer dans une démarche de gestion des risques, d'introduire une culture de la sécurité, de faciliter la communication entre les différents acteurs d'un même programme de prévention et enfin d'avoir une bonne réactivité.

Par contre, elle a pour inconvénient d'étudier et de se préparer que pour un nombre limité de scénarios prévisibles, mais pas forcément ceux qui se réaliseront dans le futur.

Organisation

Le projet est placé sous la responsabilité du CLIN local (ou instance équivalente), qui désignera un chef de projet. L'animation de l'analyse de scénarios sera conduite par le chef de projet lui-même ou un de ses collaborateurs.

Documentations fournies

❖ Outil

Document présentant la justification, les objectifs, la méthodologie, l'organisation du recueil, la grille de recueil et les supports nécessaires pour la réalisation de l'évaluation.

❖ Grille de recueil

Support de collecte des données.

❖ Scénarios

Différents scénarios à adapter au profil des services évalués.

Mise en œuvre de la démarche

❖ Lieu de mise en œuvre

Dans chaque établissement de santé volontaire, une ou plusieurs unités de chirurgie volontaires sélectionnées par le CLIN ou l'instance équivalente sur proposition de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, par choix raisonné (projet d'amélioration des pratiques au bloc opératoire et en service de chirurgie, situations dangereuses déjà identifiées et faisant ou pas l'objet d'un plan d'amélioration, etc.).

❖ Sélection et présentation des scénarios

Les scénarios proposés concernent tous des défauts dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention et dans l'application des mesures recommandées (annexe 1). Ils sont issus de cas cliniques réels issus de la littérature ou de l'analyse approfondie d'un signalement d'infections nosocomiales, fournis par les membres du groupe de travail « Hygiène » ou par d'autres experts. Des cas survenus dans divers contextes (type d'établissement, activités chirurgicales, etc.), avec des causes variées ont été sélectionnés.

Les cas sélectionnés sont de gravité différente, certains sans conséquences pour le patient (incidents), d'autres avec des conséquences cliniques ou paracliniques (cas d'infections, épidémies). Certains cas peuvent être des « presque accidents », c'est à dire des incidents où l'accident est évité de justesse soit par récupération des erreurs, soit par chance.

Tous les cas sont présentés selon le même modèle :

- description des circonstances de survenue des défauts de soins (patient, soins et professionnels de santé concernés, environnement, etc.),
- description des conséquences des défauts de soins,
- enseignements tirés dans un but de prévention.

❖ Participants

L'étude de scénario est dirigée par un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Sont invités à participer à l'étude des scénarios les professionnels du service de chirurgie et du bloc opératoire présents et disponibles avec, si possible, un représentant de l'encadrement, et de chaque catégorie professionnelle (par exemple : chirurgien, anesthésiste, infirmier (IADE, IBODE), interne, aide-soignant, kinésithérapeute, brancardier, etc.) et de chaque équipe (matin, après-midi, nuit). La présence du ou des correspondants en hygiène de l'unité de soins est souhaitable.

❖ Déroulement de l'étude des scénarios

Le déroulement proposé est le suivant :

1. Introduction [5 minutes]

→ L'animateur présentera les objectifs de cette analyse de scénario.

Les objectifs :

- identification des défauts de soins dans le scénario étudié et des facteurs ayant contribué à la survenue de ces défauts (défauts de système),
- identification des défenses présentes,
- identification des défenses présentes et opérationnelles,
- identification des défenses absentes,
- évaluation des vulnérabilités dans le service,
- identification de solutions pour renforcer la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes dans l'unité de soins.

→ L'animateur rappellera l'importance des défauts dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention et dans l'application des mesures recommandées et de leurs conséquences, et quelques définitions utiles :

[*] Contexte

« Les infections du site opératoire constituent des infections fréquentes et potentiellement graves pour les patients. Elles font l'objet d'une surveillance prioritaire au sein des établissements MCO et certains de ces événements justifient d'un signalement externe. L'analyse approfondie des causes d'une ISO doit permettre d'envisager l'ensemble des facteurs contributifs à la survenue de cette complication tant en préopératoire, qu'en per-opératoire et en postopératoire. La prévention de la survenue des ISO constitue une priorité des établissements effectuant de la chirurgie ».

Ces définitions peuvent être discutées, commentées.

2. Présentation du cas [5 minutes]

Le cas le plus adapté au contexte local et le plus intéressant en matière d'apport d'informations pour l'action sera sélectionné par l'animateur.

3. Questions - Discussion [35 minutes]

Après la présentation du cas, l'animateur soulignera l'importance d'une analyse précise des causes afin d'apporter des actions correctives efficaces.

« La recherche des causes doit être méthodique, elle doit permettre d'identifier les différents dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la stratégie de maîtrise des complications liées à une intervention chirurgicale et dans l'application des mesures de prévention (annexe 1) ».

Information des patients

Evaluation du risque infectieux en préopératoire

Eléments de contexte et d'organisation

Facteurs liés aux tâches

- Préparation cutanée
- Anesthésie/antibioprophylaxie
- Bonnes pratiques d'hygiène
- Prise en charge peropératoire
- Prise en charge postopératoire.

Conditions techniques

Dispositifs médicaux

Culture de sécurité de l'équipe

→ L'animateur posera les questions suivantes aux participants :

- Un problème est-il survenu dans la prise en charge de ce(s) patient(s) ?
- Y a t'il eu des défauts de soins ? Si oui, quel est le défaut de soins principal ?
- Quels sont les autres défauts de soins ?
- Quels sont les dysfonctionnements qui ont contribué à ces défauts ?
- Des facteurs liés au patient peuvent-ils être en cause ?
- Cette situation était-elle évitable ?
- Quelles sont les défenses qui ont permis d'éviter la survenue d'autres complications ou d'une épidémie ?
- Quelles sont les défenses qui n'existaient pas et qui auraient pu éviter cette situation ?

Les différents types de défauts de soins et de défenses possibles pour ce scénario devront être recherchés par « remue-méninges ». L'animateur peut aider les participants à identifier les erreurs ou les défenses, s'il le juge nécessaire.

→ L'animateur proposera ensuite aux participants d'étudier la possibilité de survenue d'un tel scénario dans le service, en posant les questions suivantes :

- Ce type de scénario est-il déjà survenu dans le service ? Si c'est le cas, quelles actions d'amélioration ont été proposées ?
- Si ce type de scénario ne s'est pas déjà produit, le risque de survenue dans le service est-il probable, rare, extrêmement rare ou extrêmement improbable ?
- Quelles sont les défenses actuelles susceptibles d'éviter la survenue d'un tel scénario ?
- Quelles sont les défenses supplémentaires qui pourraient renforcer la sécurité ? Est-il possible de les mettre en œuvre ?

→ L'animateur clôt la séance en remerciant les participants et en rappelant les leçons tirées de ce scénario.

« Les protocoles d'antibioprophylaxie doivent être remis à jour ».

« La préparation cutanée des patients doit être effectuée au sein du bloc opératoire, au plus près de l'intervention, par des professionnels bien identifiés ».

« Les règles de d'habillement et de comportement doivent être suivies par tous les professionnels d'un secteur protégé ».

« Le patient doit être informé des mesures à respecter dans les suites de la chirurgie ».

« La mise en place de la check list au bloc opératoire est réglementaire ».

Modalités pratiques

❖ Support de collecte des données

Les données collectées pendant l'analyse de scénario seront notées par l'animateur ou mieux par un de ses proches collaborateurs sur une grille de recueil appropriée (annexe 1).

❖ Où ?

Dans une salle réservée (par exemple : salle de réunion du service).

❖ Quand ?

L'analyse doit être programmée :

- à l'avance pour que chaque professionnel puisse se rendre disponible,
- à un horaire favorable pour les différents professionnels concernés par la stratégie de sécurisation de la prise en charge des patients au bloc opératoire : encadrement, médecins/chirurgiens, internes, infirmiers, aides-soignants, brancardiers, etc.

❖ Durée

45 minutes pour un scénario réparties en 10 minutes de présentation, 10 minutes d'analyse du scénario survenu dans un autre établissement, 10 minutes d'analyse des vulnérabilités et des défenses de l'unité de soins pour la survenue d'un tel scénario et 15 minutes pour proposer des actions d'amélioration.

❖ Précautions dans la réalisation de l'évaluation et l'analyse des données

A faire :

- Retenir un ou deux scénarios pertinents pour l'activité,
- Laisser s'exprimer chaque participant.
- Guider la recherche des défauts de soins, en reprenant chaque point clé de la prévention et les actions successives des différents acteurs,
- Donner assez rapidement les résultats de l'analyse des causes faite lors de l'investigation,
- Insister sur la pluralité des dysfonctionnements et leur enchaînement,
- Donner assez rapidement les résultats de la recherche de solutions faites à l'issue de l'investigation,
- Faire une synthèse des enseignements issus de l'analyse de ce scénario,
- Conclure en rappelant l'intérêt du partage d'expériences,
- Proposer aux participants de leur laisser d'autres scénarios pour renouveler ce type d'analyse des risques

A éviter :

- Avoir un nombre de participants supérieur à 15,
- Débuter la lecture du scénario sans rappeler les objectifs et le déroulement de l'analyse des scénarios,
- Donner le choix du scénario aux professionnels du service,
- Rechercher des détails inutiles pour l'analyse du scénario, se disperser,
- Questionner de façon directive et trop précise,
- Laisser un leader monopoliser la parole,
- Eviter de rechercher des responsables, des coupables,
- Discussion de cas du service différents de celui du scénario,
- Recherche de solutions sans analyse des erreurs et des facteurs contributifs,
- Faire des commentaires négatifs sur les situations à risques identifiées dans le service.

❖ Analyse des données

Cette étape doit permettre d'examiner les résultats obtenus et de guider la réflexion vers la recherche d'améliorations possibles.

Retour d'information et évaluation *a posteriori*

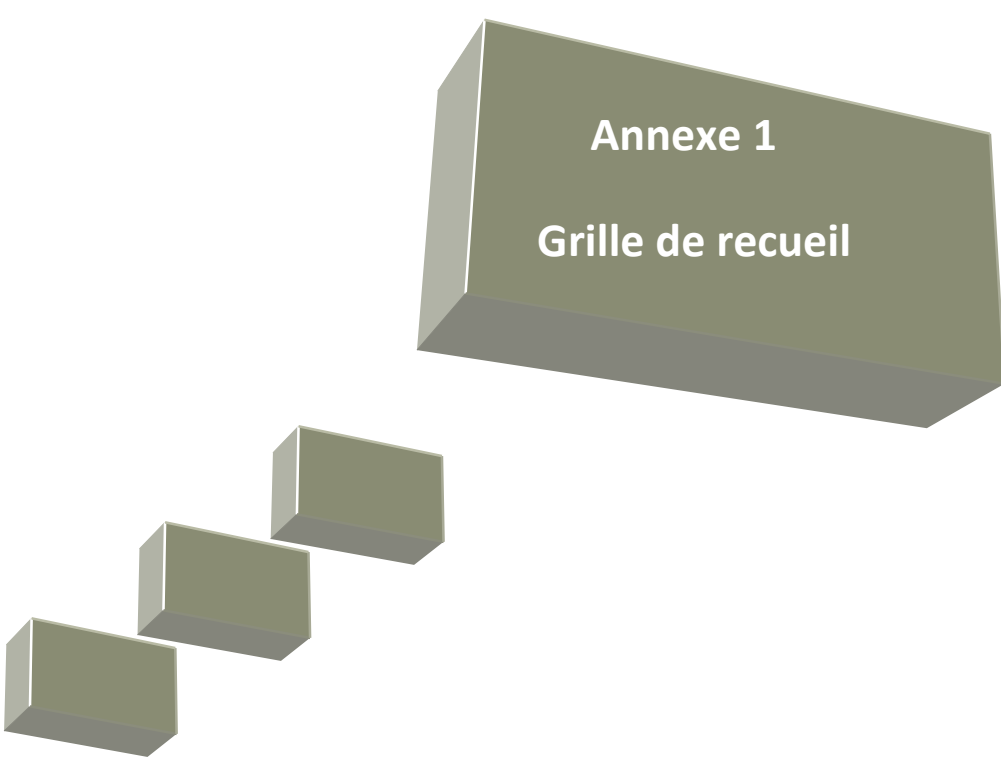
Un retour d'information, sous la forme d'un rapport écrit standardisé et/ou d'une présentation orale, vers l'ensemble des professionnels impliqués dans cette thématique doit être envisagé par le chef de projet, responsable de l'évaluation, et le CLIN ou l'instance équivalente.

Important :

Il convient de s'assurer que les axes d'amélioration identifiés au cours de l'analyse ont fait l'objet d'un plan d'action, avec calendrier et suivi de la mise en œuvre.

Références

1. InVS, RAISIN, CCLIN-ARLIN. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012 [http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_11506](http://www.invs.sante.fr/pmb/invs/(id)/PMB_11506)
2. Surveillance nationale des infections du site opératoire dans les établissements de santé : Réseau ISO-RAISIN, <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence>
3. Circulaire N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013.
4. Ministère chargé de la Santé, Programme national pour la sécurité des patients 2013-2017 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf
5. Réseau CCLIN-ARLIN, Outils de gestion des risques : Analyse de scénario http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Analyse_scenario/analyse_scenario.html
6. SF2H. Conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux », Paris 5 mars 2004 http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2004_chirurgie_textelong_SFHH.pdf
7. SF2H. Mise à jour de la conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux », octobre 2013.
8. Nosobase, Nosothème “Préparation cutanée de l’opéré” : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Nosotheme/preop/Nosobase3.pdf>
9. HAS. L’évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l’accréditation, juin 2005.
10. ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : ANAES, 2000.



Annexe 1
Grille de recueil

Date de l'analyse : _____ / _____ / _____



Participants ? (remplir la liste de présence)

N° du scénario retenu | ____ | ____ |

Analyse de ce qui s'est déjà passé dans un autre établissement

Principal défaut de soins ?	Autres défauts de soins ?
❖	❖
❖	❖
❖	❖

Facteurs contributifs ?

❖

❖

❖

❖

❖

Défenses qui auraient pu éviter cet événement ?

❖

❖

❖

Analyse de ce qui pourrait se passer dans l'unité de soins

Probabilité de survenue d'un tel scénario ?

- Probable
- Rare
- Extrêmement rare
- Extrêmement improbable

A 1

Principales défenses existantes ?

- ❖
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖

Principales vulnérabilités existantes ?

- ❖
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖

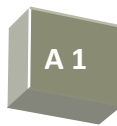
Propositions d'améliorations ?

- ❖
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖

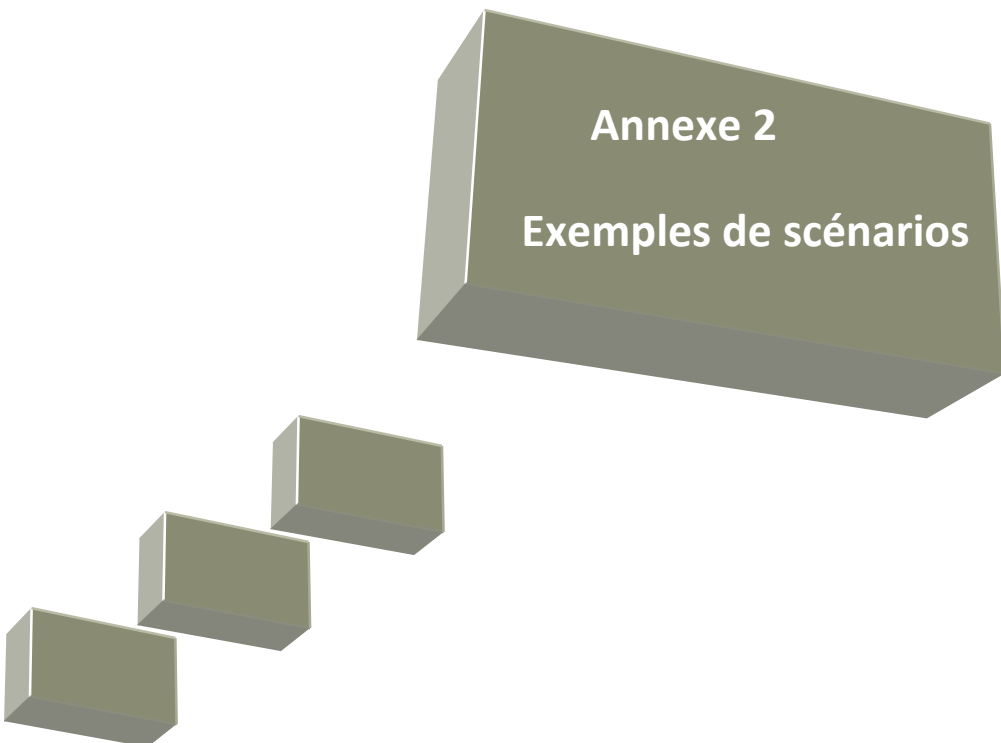
IDENTIFICATION DES DEFENSES	Ailleurs		Ici	
	Oui	Non	Oui	Non
Information du patient				
Information orale et/ou écrite des risques liés à l'intervention				
Un professionnel s'assure de la bonne compréhension du patient vis-à-vis des consignes pré-opératoires et post-opératoires				
Un professionnel s'assure de la capacité du patient à suivre les consignes pré-opératoires et post-opératoires				
Information du patient en cas de survenue d'une ISO				
Evaluation du risque infectieux en pré-opératoire				
Identification systématique et prise en compte des facteurs de risque infectieux du patient				
Report de l'intervention si contexte défavorable (exemple : diabète non équilibré, infection non traitée, check-list non valide)				
Contexte - organisation				
Formation régulière des professionnels aux bonnes pratiques d'hygiène				
Nombre de professionnels au bloc opératoire et en service de soins adapté à la charge de travail				
Configuration des locaux adaptée à l'activité				
Toute réalisation de travaux au bloc ou en service est programmée et discutée avec l'EOH, services de soins et services techniques				
Tâches				
Préparation cutanée				
Réalisation d'au moins une douche cheveux compris la veille et/ou le matin de l'intervention (en ambulatoire et hospitalisation complète)				
Dépilation réalisée uniquement avec tondeuse si besoin				
Réalisation de la préparation cutanée selon le protocole en vigueur au bloc opératoire				
Antiseptique alcoolique privilégié				
Respect du temps de séchage de l'antiseptique				
Anesthésie - Antibio prophylaxie				
Protocoles d'antibio prophylaxie mis à jour pour toutes les chirurgies (SFAR 2010)				
Prescription adaptée aux caractéristiques du patient (poids), à l'heure d'incision, à la durée d'intervention, et n'excédant pas 48h				
Reconstitution sécurisée des médicaments au bloc opératoire ou en service (anesthésique, antibiotique)				
La pose, la surveillance et l'ablation des dispositifs invasifs font l'objet d'une procédure connue des professionnels (sonde urinaire, KTVp,...)				
Bonnes pratiques d'hygiène				
Application de la désinfection chirurgicale des mains par friction				
Respect du double gantage et de la friction après le retrait des gants				
Respect du port du masque (positionnement, changement systématique, non manipulation, élimination dès la sortie de salle)				

IDENTIFICATION DES DEFENSES	Ailleurs		Ici	
	Oui	Non	Oui	Non
Prise en charge per-opératoire				
Limitation des allées et venues entre l'incision et la fermeture				
Nombre de personnes en salle réduit au strict nécessaire				
Prise en charge post-opératoire				
Protocole de pansements harmonisé par spécialité				
Pratiques médicales visant à prévenir la survenue des hématomes (anticoagulants, technique de drainage,...)				
Consignes de soins post-opératoires transmises dans le service d'accueil du patient (autre ES, HAD, ou secteur libéral ...)				
Conditions techniques				
Fonctionnement des salles vérifié quotidiennement avant le début des interventions (pressions, température)				
Bionettoyage de la salle systématisé entre chaque intervention				
Maintenance programmée du traitement d'air et réalisation de prélèvements de contrôle				
Matériel				
Stérilisation des DM réutilisables selon les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière				
Les DM non stériles réutilisables sont désinfectés ou protégés entre chaque patient (ex : microscope, ambu pour ventilation manuelle)				
Culture de sécurité				
Signalement interne des infections nosocomiales organisé et fonctionnel				
Organisation de RMM ou d'AAC en cas de survenue d'un évènement indésirable grave				
Analyse des non conformités révélées par la check-list				
Participation à la surveillance des ISO selon la méthodologie nationale (RAISIN) et résultats discutés avec l'équipe chirurgicale				
Réalisation d'EPP/audits et résultats discutés avec l'équipe chirurgicale (ex : préparation cutanée, ATBP, hygiène des mains, comportements, gestion des pansements, précautions standard, port de masque, tenue...)				
Formalisation de la transmissions des informations utiles aux établissements de recours en SSR ou aux professionnels libéraux (sensibilisation au repérage précoce des ISO, recommandations pour les soins spécifiques tels que les pansements,...)				

Commentaires sur le déroulement de l'analyse



A large rectangular area with a black border, containing 25 horizontal dotted lines for writing comments.



Annexe 2
Exemples de scénarios

Scénario ISO n° 1

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2009

A 2

Un établissement a signalé deux infections du site opératoire (ISO) profondes consécutives à des chirurgies de l'épaule sous coelochirurgie. Ces infections ont nécessité une reprise chirurgicale et une antibiothérapie adaptée.

Ces deux cas font suite à trois autres ISO identifiées il y a un an, au même germe, et pour lesquelles des mesures d'amélioration avaient pourtant été mises en place.

Le micro-organisme identifié, *Propionibacterium acnes*, est un commensal de la peau et du cuir chevelu. Deux des cinq infections sont survenues moins de 15 jours après l'intervention.

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

1^{er} épisode infectieux :

- ❖ Préparation cutanée défailante avant la réalisation d'un geste invasif : délai entre préparation cutanée et intervention : préparation cutanée du patient réalisée en service (déterSION en service)

2^{ème} épisode infectieux :

- ❖ Préparation cutanée défailante lors des injections intra-articulaires (arthro-scanners)

Autres défauts de soins :

1^{er} épisode infectieux :

- ❖ Non respect de l'antibioprohylaxie
- ❖ Pratique d'emballage du membre après préparation

2^{ème} épisode infectieux

- ❖ Choix des antiseptiques : en cas d'intolérance à la PVP-I, détersion au savon doux, puis antiseptie à la chlorhexidine

Facteurs contributifs :

- ❖ Pas de contact entre l'équipe chirurgicale et les cabinets de radiologie réalisant les arthro-scanners
- ❖ Sentiment d'isolement du chirurgien face à cette problématique (peu de publications sur le germe concerné et le risque en chirurgie de l'épaule)

Défenses existantes :

- ❖ Culture de sécurité des professionnels et remise en cause des pratiques : les 3 premières infections ont fait l'objet d'une analyse approfondie aboutissant à des actions correctives (préparation cutanée au bloc, antibioprohylaxie, arrêt de l'emballage)
- ❖ Traçabilité de la douche pré-opératoire (cheveux compris) et de la préparation cutanée
- ❖ Comportements au bloc adaptés
- ❖ Environnement interventionnel adapté (locaux, aéraulique,...)
- ❖ Signalement interne et externe fonctionnel
- ❖ Surveillance des ISO suivant une méthodologie RAISIN

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- ❖ Meilleure maîtrise du risque d'ISO lié à la flore endogène des patients : organisation de la préparation cutanée au plus près de l'intervention, arrêt de la technique d'emballage,...
- ❖ Maîtrise des pratiques d'antibioprohylaxie
- ❖ S'informer des pratiques d'injection intra-articulaire en secteur libéral (cabinet de radiologie)

Evènement évitable

Scénario ISO n° 2

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2011

Un patient de 88 ans, diabétique, est opéré d'une cataracte sénile en ambulatoire. L'intervention dure 30 minutes, se déroule sans difficulté et le patient rentre à son domicile. Onze jours plus tard, il consulte pour un œil rouge et douloureux : le patient est rapidement pris en charge pour son endophtalmie avec injection intra-vitréenne d'antibiotiques. Son évolution est favorable. Les prélèvements réalisés n'auront pas permis d'identifier de micro-organisme. Le cas est resté isolé dans l'établissement.

A 2

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

- ❖ Préparation cutanée défailante
- ❖ Défaut d'information du patient sur les consignes post-opératoires.

Autres défauts de soins :

- ❖ Pas de contrôle glycémique en péri-opératoire
- ❖ Pas de détersion péri-oculaire réalisée
- ❖ Antibioprophylaxie non conforme aux recommandations en vigueur
- ❖ Durée d'intervention longue (30 minutes)

Facteurs contributifs :

- ❖ Protocole de préparation cutanée de l'opéré n'intégrant pas une phase de détersion
- ❖ Mauvaise compréhension du patient des consignes post-opératoires
- ❖ Pas de document remis au patient concernant les consignes post-opératoires
- ❖ Taux de renouvellement d'air inférieur à 20 vol/heure
- ❖ Microscope housé, mais housse non changée entre chaque patient

Défenses existantes :

- ❖ Capacité à réagir et à alerter l'EOH

Défenses qui auraient pu éviter ou limiter cet événement :

- ❖ Information des patients (consignes pré- et post-opératoires, identification précoce des signes d'alerte)
- ❖ Antibioprophylaxie conforme aux recommandations
- ❖ Protocole préparation cutanée actualisé, diffusé et connu des équipes
- ❖ Prise en charge du microscope entre deux interventions

Evènement évitable

Scénario ISO n° 3

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2011

Le pharmacien d'un établissement de santé est alerté par la hausse des prescriptions d'antibiotiques en post-césarienne. Il alerte le service et l'EOH. 3 cas d'ISO sont survenus en une semaine et les investigations complémentaires identifient 25 ISO (19 post-césarienne et 6 post-laparotomies) au cours des 4 derniers mois pour les trois unités de gynécologie.

L'analyse des modalités de prise en charge des patientes en gynécologie permet de proposer des mesures d'amélioration qui mettront fin à cette série d'épisodes infectieux.

A 2

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

- ❖ Préparation cutanée défailante
- ❖ Défaut de signalement interne

Autres défauts de soins :

- ❖ Information non optimale des patientes concernant la réalisation de la douche préopératoire selon la technique préconisée (haut en bas, cheveux compris)
- ❖ Pas de traçabilité de la réalisation de la douche par la patiente par l'IDE
- ❖ Absence fréquente de douche en semi urgence
- ❖ Défaut de port de masque ou mauvais positionnement au bloc opératoire
- ❖ Au bloc opératoire, flacon de DAKIN® multi patient à risque de contamination après ouverture
- ❖ Absence d'alerte de la part des soignants du service dans un contexte d'identification de plusieurs cas d'ISO

Facteurs contributifs :

- ❖ Difficultés de réalisation d'une douche chirurgicale par des patientes enceintes et obèses
- ❖ Pas de repérage ni de prise en charge des patientes les plus à risque de douche mal effectuée (appréciation d'une nécessité d'aide à la douche pré-opératoire)
- ❖ Protocole de bon usage des antiseptiques présent mais sans précision sur la quantité et le type de produit requis, et ne mentionnant pas la nécessité de vérifier la bonne réalisation de la douche
- ❖ Conditionnements d'antiseptique pour la douche mal adapté (4 doses de 10ml)
- ❖ Absence d'eau chaude diminuant la compliance pour la douche, cheveux compris.
- ❖ Mauvaise observance des précautions standard dans les unités
- ❖ Charge en soins importante et fort turn-over du personnel et des patientes
- ❖ Absence de document définissant ce qu'est une urgence
- ❖ Absence de document disponible dans le service pour déclarer un incident

Défenses existantes :

- ❖ Dispensation nominative des antibiotiques ayant permis au pharmacien de réagir et de donner l'alerte à l'EOH

Défenses qui auraient pu éviter ou limiter cet événement :

- ❖ Sensibilisation au signalement interne
- ❖ Information des patientes sur la douche pré-opératoire
- ❖ Organisation d'une aide à la douche pré-opératoire
- ❖ Sensibilisation des soignants au signalement interne
- ❖ Formation et sensibilisation des soignants au respect des précautions standard
- ❖ Protocole « antiseptiques » actualisé, diffusé et connu des équipes
- ❖ Port du masque respecté au bloc obstétrical
- ❖ Réelle définition de l'urgence

Evènement évitable

Scénario ISO n° 4

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2011

A 2

Cinq cas d'infections post-opératoires à streptocoque A ont été relevés en 4 jours au sein d'un établissement. Ces infections sont survenues entre 3 et 7 jours après intervention chez des patients opérés dans la même salle, par une même équipe chirurgicale. La cellule de crise a décidé l'arrêt immédiat des activités de chirurgie le temps que les investigations et que l'analyse des pratiques au bloc soient conduites. Celles-ci ont permis d'affirmer l'origine épidémique des cas et identifié plusieurs axes d'amélioration. Au décours des actions correctives, l'activité a repris progressivement. Un an après cet évènement, aucune autre infection à streptocoque A n'a été signalée.

ANALYSE

Principal défaut de soins :

- ❖ Défaillances dans l'application des précautions standard au bloc opératoire :
 - port du masque chirurgical : masque absent ou mal positionné, pas de changement entre 2 interventions,
 - port des gants en cours d'intervention : absence de double gantage et faute d'asepsie lors du changement de gant avec absence de désinfection des mains.

Autres défauts de soins :

- ❖ Protocole de désinfection chirurgicale des mains non suivi par tous les professionnels du bloc,
- ❖ Port de bijoux au bloc opératoire,
- ❖ Préparation cutanée des patients non harmonisée pour la chirurgie concernée (chirurgie plastique),
- ❖ Non respect du temps de bionettoyage des salles par les équipes (salle réinvestie avant séchage des sols).

Facteurs contributifs :

- ❖ Défaut d'aménagement du poste d'hygiène des mains (auge encombrée, absence de minuteur, support de savon vétuste) et défaut d'implantation des distributeurs de PHA (entrée de bloc, salle de détente, local déchet),
- ❖ Accès aux masques chirurgicaux perfectible,
- ❖ Manque de perception du risque par les professionnels,
- ❖ Supports d'information relatifs aux règles d'hygiène insuffisamment explicites (hygiène des mains, port du masque),
- ❖ Absence de protocole de préparation cutanée harmonisé pour la chirurgie concernée,
- ❖ Portage du streptocoque A par des professionnels de l'équipe.

Défenses existantes :

- ❖ Signalement interne et externe fonctionnels dans un contexte d'alerte survenant le week-end,
- ❖ Organisation immédiate d'une cellule de crise aboutissant à l'arrêt complet de l'activité chirurgicale et à l'initiation des investigations (recherche d'autres cas, rappel des patients, recherche d'un portage professionnel...),
- ❖ Transparence quant à la gestion de l'évènement et sollicitation immédiate d'une aide extérieure (ARLIN/CCLIN et ARS),
- ❖ Contexte architectural favorable : bloc opératoire récent et circuits bien identifiés.

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

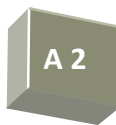
- ❖ Meilleure sensibilisation/information quant au respect des précautions standard au bloc opératoire (hygiène des mains et port du masque) : formation, supports visuels adaptés,
- ❖ Réalisation régulière d'évaluation des pratiques,
- ❖ Développement de l'implantation des distributeurs de PHA et meilleur positionnement des distributeurs de masques pour faciliter leur changement.

Evènement évitable

Scénario ISO n° 5

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2013

Trois cas d'infections du site opératoire (ISO) profondes à staphylocoque doré sensible à la méticilline sont survenus en 3 mois au sein d'un même service de chirurgie après des interventions pour hernies inguinales avec pose de plaque (2 patients pris en charge en ambulatoire et 1 en hospitalisation conventionnelle). Ces infections sont survenues entre 2 et 3 jours après l'intervention. L'évolution des patients a été favorable après reprise chirurgicale et antibiothérapie. Les investigations menées ont révélé un taux d'ISO anormalement élevé pour cette chirurgie et ont permis d'identifier plusieurs axes d'amélioration. Au décours des actions correctives, le taux d'ISO est revenu dans la moyenne.



ANALYSE

Principal défaut de soins :

- ❖ Préparation cutanée des patients :
 - douche préopératoire pas toujours réalisée, au plus près de l'intervention pour le premier patient de la journée en services de soins et en chirurgie ambulatoire
 - douche préopératoire pas toujours tracée
 - non prise en compte des érosions cutanées sur le site opératoire

Autres défauts de soins :

- ❖ Dépilation chimique mal conduite au domicile pour un des patients d'ambulatoire (ayant conduit à des érosions cutanées sur le site opératoire)
- ❖ Fiches de transmission service-bloc et check-list pas toujours bien remplies
- ❖ Défaillances dans l'application des précautions standard au bloc opératoire : port du masque chirurgical non optimal, port de bijoux au bloc opératoire, gestion de la tenue non optimale.
- ❖ Allées et venues régulières en cours d'intervention

Facteurs contributifs :

- ❖ Manque de perception du risque lié à l'état cutané préopératoire (qualité de la douche, présence de lésions) par les professionnels.
- ❖ En ambulatoire, l'organisation ne permet pas de pallier l'absence de douche au domicile (une seule douche disponible et temps entre l'accueil du patient et l'horaire d'intervention insuffisant pour permettre une douche dans le service).
- ❖ Charge en soins en service considérée comme élevée par l'équipe pouvant entraîner des procédures dégradées.
- ❖ Absence de traçabilité de l'information donnée au patient en préopératoire (douche, dépilation).
- ❖ Manque de perception du risque lié au non respect des précautions standard, aux ouvertures de portes en cours d'intervention, au nombre d'étudiants élevé en salle.
- ❖ Défaut dans la préparation du matériel nécessaire à l'intervention (le manque de matériel au cours de l'intervention conduisant à des allées et venues).
- ❖ Culture de sécurité perfectible au sein de l'équipe.

Défenses existantes :

- ❖ Signalement interne et externe fonctionnel
- ❖ Organisation rapide d'une analyse des causes pluridisciplinaire
- ❖ Transparence quant à la gestion de l'évènement et signalement externe ARS/ CCLIN
- ❖ Contexte architectural favorable : bloc opératoire conforme et circuits bien identifiés
- ❖ Consignes préopératoires données au patient principalement de manière orale avec une plaquette explicative
- ❖ Suivi des patients et consignes postopératoires ayant permis une prise en charge rapide des patients

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- ❖ Signature du patient ou processus permettant de s'assurer de la bonne compréhension de la plaquette donnée au patient pour lui expliquer les consignes à suivre en pré-opératoire (douche, dépilation).
- ❖ Meilleure sensibilisation/information des professionnels quant à l'importance de la douche pré-opératoire et à la communication nécessaire face à un état cutané lésé du patient
- ❖ Organisation permettant de vérifier la bonne préparation cutanée à l'arrivée du patient et d'assurer la réalisation d'une douche en service si besoin.
- ❖ Renseignement rigoureux de la fiche de transmission service-bloc et de la check-list.
- ❖ Organisation permettant de disposer du matériel nécessaire à l'intervention dès le début de cette dernière

Evènement évitable : oui