



## Protocole

# Visite du Risque Infectieux en MCO

Janvier 2017

## Pilote

Sophia Mechkour

Pharmacien Hygiéniste

ARLIN Nord Pas de Calais

## Groupe de travail

<b>Membre</b>	<b>Profession</b>	<b>Etablissement</b>
Catherine Descamps	Médecin Hygiéniste	Polyclinique d'Hénin - Beaumont
		Polyclinique de Riaumont à Liévin
Sylvie Hendricx	Microbiologiste	Centre Hospitalier de Douai
Amélie Renaud	Pharmacien hygiéniste	Centre Hospitalier de Douai
Nadège Giuffre	IDE Hygiéniste	Centre Hospitalier de Douai
Caroline Laurans	Médecin Hygiéniste	Centre Hospitalier de Roubaix
Rita Ledez	Cadre de Santé Hygiéniste	Centre Hospitalier de Roubaix
Sylvie Marchand	IDE Hygiéniste	Centre Hospitalier de Seclin
Claire Huart	Pharmacien Hygiéniste	Centre Hospitalier Valenciennes
Karine Blanckaert	Médecin Hygiéniste	ARLIN Nord Pas de Calais

## Relecteurs

Noureddine Loukili

Pharmacien Hygiéniste

CHRU de Lille

## Etablissements Testeurs

Polyclinique d'Hénin Beaumont

Polyclinique de Riaumont Liévin

Centre Hospitalier de Douai

Centre Hospitalier de Roubaix

Centre Hospitalier de Seclin

Centre Hospitalier Valenciennes

## Table des matières

<b>1. Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Contexte .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Objectifs .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Champ d'action.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Méthode.....</b>	<b>6</b>
5.1 Modalités de réalisation .....	6
5.2 Rôles et missions des acteurs de la visite .....	6
5.3 Modalités de recueil de données .....	7
5.4 Etapes de la visite de risque.....	8
5.5 Calendrier et durée de la visite .....	9
5.6 Analyse des résultats.....	10
<b>6. Rapport VDRI .....</b>	<b>11</b>
<b>6. Plan d'action.....</b>	<b>11</b>
<b>6. Restitution finale .....</b>	<b>12</b>
<b>7. Références.....</b>	<b>12</b>
<b>8. Annexes.....</b>	<b>13</b>

## 1. Introduction

Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins « PROPIAS » incite les établissements de santé à développer une culture sécurité des soins en encourageant la formation des professionnels en hygiène à l'utilisation et à la diffusion des outils de gestion des risques associés aux soins dont la visite de risque (VDR).

La visite de risque est une méthode d'analyse a priori du risque dont les objectifs sont de repérer et d'évaluer les situations à risques dans un service donné. La visite de risque infectieux (VDRI) permet d'aborder la prévention des IN avec une vision d'ensemble des pratiques d'hygiène. Cette méthode combine plusieurs outils d'évaluation des risques : entretiens avec l'encadrement, et les acteurs de terrain et observations «en fonctionnement» des équipes.

## 2. Contexte

Plusieurs établissements de la région Nord Pas de Calais ont sollicité l'ARLIN pour disposer d'un outil d'évaluation externe des pratiques en hygiène dans les services de soins de leurs établissements différent des outils d'évaluation traditionnels de type audit. L'aspect multifactoriel du risque infectieux et la multiplicité des procédures et des acteurs, a conduit au choix d'une méthode d'évaluation inspirée de la visite de risques. Un groupe de travail piloté par l'ARLIN et regroupant six établissements de la région a été mis en place pour concevoir un outil destiné à évaluer les moyens de prévention et de maîtrise du risque infectieux dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Les grilles de visite élaborées ont été testées par les établissements participant au groupe de travail.

## 3. Objectifs

Les objectifs de cet outil sont d'évaluer le niveau de maîtrise du risque infectieux d'un service de soins en ciblant la connaissance et le niveau d'appropriation des protocoles d'hygiène par

les professionnels. La démarche permet à terme d'élaborer un plan de prévention et de maîtrise des risques dans le service visité.

#### 4. Champ d'action

Cette visite de risque infectieux est destinée aux unités de soins du court séjour dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique hospitalisation conventionnelle.

#### 5. Méthode

##### 5.1 Modalités de réalisation

L'organisation de la VDRI est proposée, discutée et votée lors d'une réunion associant au minimum l'encadrement du service à visiter, les membres de l'EOH (référénts locaux), la direction des soins et le coordonnateur de la gestion des risques. L'établissement de santé en fait la demande écrite auprès de l'ARLIN. Les référents ARLIN répondent à la demande de l'établissement en prenant contact avec les référents locaux et en informant de la méthodologie et des objectifs. Un groupe de pilotage est mis en place, constitué des référents locaux et des référents ARLIN.

##### 5.2 Rôles et missions des acteurs de la visite

###### ❖ Les référents locaux s'engagent à :

- Informer la direction, la direction des soins, le coordonnateur de la gestion des risques
- Informer les professionnels du service visité par la démarche
- Organiser un planning de la journée, comprenant les observations et les entretiens avec les professionnels
- Transmettre aux référents ARLIN le planning de la journée
- Transmettre à l'encadrement du service le rapport final
- Assurer la mise œuvre des mesures nécessaires et un suivi dans le cadre d'un programme d'actions

### ❖ Les référents ARLIN s'engagent à :

- Aider à la mise en place de la VDRI
- Réaliser les entretiens avec les professionnels ciblés et les observations
- Restituer oralement les données lors d'une réunion de fin de visite
- Rédiger un rapport final avec la collaboration des référents locaux

### 5.3 Modalités de recueil de données

La VDRI combine plusieurs modes de recueil de données :

#### ❖ Des entretiens avec les professionnels

Les entretiens ont pour objectif d'apprécier l'état des connaissances et des pratiques déclarées par les professionnels des services en matière d'hygiène hospitalière et d'évaluer les difficultés rencontrées par les professionnels. Différentes catégories professionnelles sont interviewées : le cadre de santé (CDS), le chef du service, au moins un praticien, au moins un(e) IDE non référent hygiène du service, au moins un(e) AS. Chaque catégorie professionnelle à une grille de recueil avec des critères d'interview adaptés à son activité. Les critères évalués sont classés selon 8 thématiques prioritaires porteuses d'enjeux d'amélioration (cf. grilles des entretiens) :

1. La politique générale de gestion du risque infectieux
2. Les précautions standard : Hygiène des mains et Equipement de Protection Individuelle
3. La gestion des excréta
4. La prévention des AES
5. Les précautions complémentaires
6. Les techniques de soins
7. La maîtrise de l'environnement
8. L'antibiothérapie

### ❖ Des observations des organisations et des professionnels en activité

Les observations ont pour intérêt de rencontrer des professionnels sur leur lieu de travail, d'observer leurs pratiques et d'appréhender les organisations mises en place. La grille comprend 25 critères qui évaluent les pratiques de soins, l'utilisation du matériel de soins, la fonctionnalité de certains équipements et des éléments de traçabilité dans les dossiers de soins (cf. grille d'observation). Ces observations complètent également certaines informations obtenues lors des interviews. Les critères de recueils ont été répartis selon les 8 thématiques prioritaires.

Pour chaque critère des grilles d'interview et d'observations, une conformité attendue a été précisée. Les réponses possibles pour les personnes interrogées sont oui/non/ne sait pas/non applicable. Une case commentaire permet de préciser les réponses données.

## 5.4 Etapes de la visite de risque

❖ Une réunion de préparation est programmée sur site un mois avant la date de la VDRI avec les référents locaux, les référents ARLIN et les responsables du service. Le but est de préciser les objectifs, le déroulement et d'établir le planning de la journée de visite. La réunion permet aussi de favoriser un climat de confiance en rappelant que la VDRI est une méthode qui sert à étudier une organisation et non à évaluer des personnes. Les responsables du service visité s'engagent à prévenir les professionnels de leur service. Les grilles de recueils ne sont pas communiquées aux responsables du service et ne doivent pas être connues des soignants à l'avance afin d'obtenir des réponses spontanées. Les données sont collectées de manière anonyme. La visite de risque est menée par un binôme ARLIN/référent local. Pour les observations, les visiteurs se déplacent dans les lieux ciblés (salle de soins, chambre des patients...) et recherchent dans les dossiers de soins des éléments de traçabilité

### ❖ La journée de visite

Les référents ARLIN et les référents locaux réalisent en binôme les entretiens et les observations selon le planning établi à l'aide des grilles de recueil.

- Entretiens des professionnels présents permettent d'évaluer l'implication des professionnels dans la prévention du risque infectieux à travers leurs connaissances et leurs pratiques.
- Observations des professionnels en activité et des organisations mises en place.

### ❖ La séance de restitution

Après une synthèse des données recueillies, les principaux résultats sont restitués sous forme orale par les référents ARLIN à l'issue de la journée : aux responsables du service, à la direction des soins, au coordonnateur de la gestion des risques et à l'équipe opérationnelle d'hygiène.

### ❖ Le rapport final

Un rapport est rédigé dans un délai d'un mois après la visite. Les risques identifiés permettent au service en collaboration avec l'EOH d'élaborer un plan de maîtrise et de prévention des risques. Les actions à haute criticité seront priorisées et un suivi sera organisé par l'EOH.

## 5.5 **Calendrier et durée de la visite**

Le calendrier est défini en concertation avec les responsables des services visités et les référents locaux. La VDRI se réalise en une seule journée.

## Planning

Horaires	Binôme référent local et référent ARLIN
9h-9h30	Réunion d'ouverture : Temps d'échanges avec le groupe de pilotage
9h30-13h	Entretiens
14h-15h	Observations
15h-16h	Temps de synthèse des référents
16h-17h	Réunion de restitution

### 5.6 Analyse des résultats

Pour chaque question posée, le point attribué était : «0» pour une réponse non-conforme, «1» pour une réponse conforme, «NA» pour non applicable dans le cas d'une situation non évaluable. Les données sont analysées à l'aide du logiciel Excel.

Un niveau de maîtrise du risque infectieux est déterminé en calculant le rapport entre la somme de points obtenus sur la somme des points attendus. Ce taux de maîtrise du risque infectieux est calculé par services, par catégories professionnelles, par thématiques et par critères évalués.

En fonction des résultats obtenus, les services sont répartis par classe de performance de A à D (Tableau I).

Tableau I : Maitrise du risque infectieux et classes de performances

Classes	Taux de conformité	Niveau de Maitrise RI
<b>D</b>	1 à 25	Inadéquat
<b>C</b>	26 à 50	Vulnérable
<b>B</b>	51 à 75	A consolider
<b>A</b>	76 à 100	Performant

Pour l'interprétation des niveaux de maîtrise du risque infectieux par catégories professionnelles, par thématiques et par critères, un seuil de performance de 75% est fixé. En dessous de ce seuil, une action de maîtrise est proposée.

## 6. Rapport VDRI

Le rapport final est rédigé par les référents ARLIN. Il est transmis par les référents locaux à l'ensemble des professionnels concernés dans un délai maximum d'un mois après la visite.

Les niveaux de maîtrise du risque infectieux par catégorie professionnelle et par thématique sont restitués sous forme de diagrammes radar visuellement plus parlants (*annexe figure 1*).

Par thématique, une représentation en « histogramme couché » des résultats obtenus pour chaque critère évalué, permet de repérer aisément les points en dessous du seuil de performance (encadré rouge) (*annexe figure 2*).

## 6. Plan d'action

Les résultats conduisent à la proposition d'un plan de prévention et de maîtrise des risques globaux (*annexe Tableau II*).

Les actions à mener seront priorisées en fonction du niveau de criticité du risque à définir avec le service :

- court terme (dans le mois à venir) pour les dysfonctionnements graves
- moyen terme (dans les six mois) pour les dysfonctionnements non graves mais fréquents
- long terme (plus de six mois) pour les dysfonctionnements non graves nécessitant par exemple l'acquisition d'équipements, des modifications architecturales ou techniques...

## 6. Restitution finale

Une séance de restitution à l'ensemble de l'équipe soignante est programmée par les référents locaux en collaboration avec les référents ARLIN. Elle permet de discuter et de réajuster de manière consensuelle le plan d'action.

## 7. Références

1. Instruction du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015. <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2015/instruction/propias2015.pdf>
2. Manuel de certification V2014. HAS. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1495044/fr/la-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014)
3. Thomas EJ, Sexton JB, neilands TB, FrankelA, Helmreich RL. The effect of executive walkrounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. BMC Health serv res; 5(1):28.
4. Quenon JI, De Sarasqueta AM. Evaluation de la sécurité du circuit du médicament dans 19 établissements de santé Aquitains. Projet SECURIMED. Risques et qualité en milieu de soins 2006; 3 (4):209-21536.
5. HCSP. Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRé). 2013, 79 pages. <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/BMR.html>
6. SF2H. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC). 2013. 60 pages. Voir la vidéo de présentation
7. HCSP. Avis relatif à l'actualisation des recommandations sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de gale. 2012, 6 pages.
8. GREPHH. Audit précautions standard. Guide méthodologique. 2011. [http://www.grephh.fr/PDF/PS/Rapport\\_PS\\_2012.pdf](http://www.grephh.fr/PDF/PS/Rapport_PS_2012.pdf)
9. GREPHH. Audit précautions complémentaires. Guide méthodologique. 2013. <http://www.grephh.fr/PrecautionsComplementaires-GREPHH.html>
10. GREPHH. Audit cathéter périphérique. Guide méthodologique. 2011. <http://www.grephh.fr/CVP-GREPHH.html>

11. SF2H. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins.

[http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf)

12. SF2H. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. 2009.

[http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_prevention-transmission-croisee-2009.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_prevention-transmission-croisee-2009.pdf)

## 8. Annexes

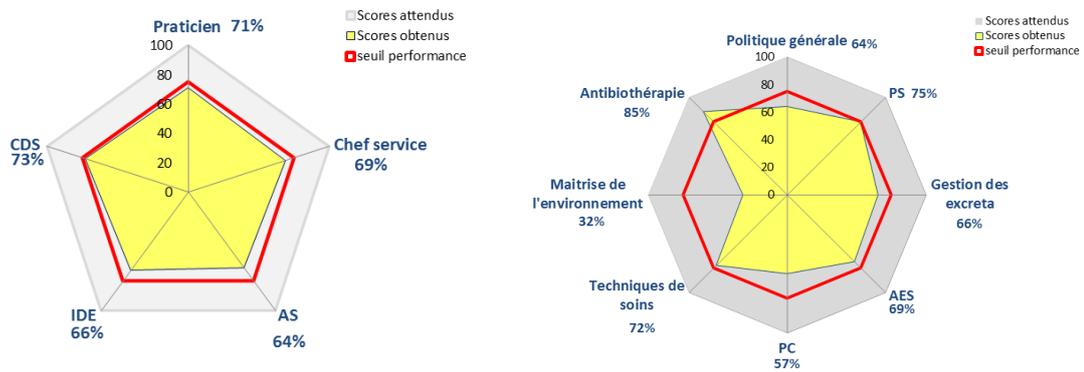


Figure 1 : Maitrise du risque infectieux par catégorie professionnelle et par thématique

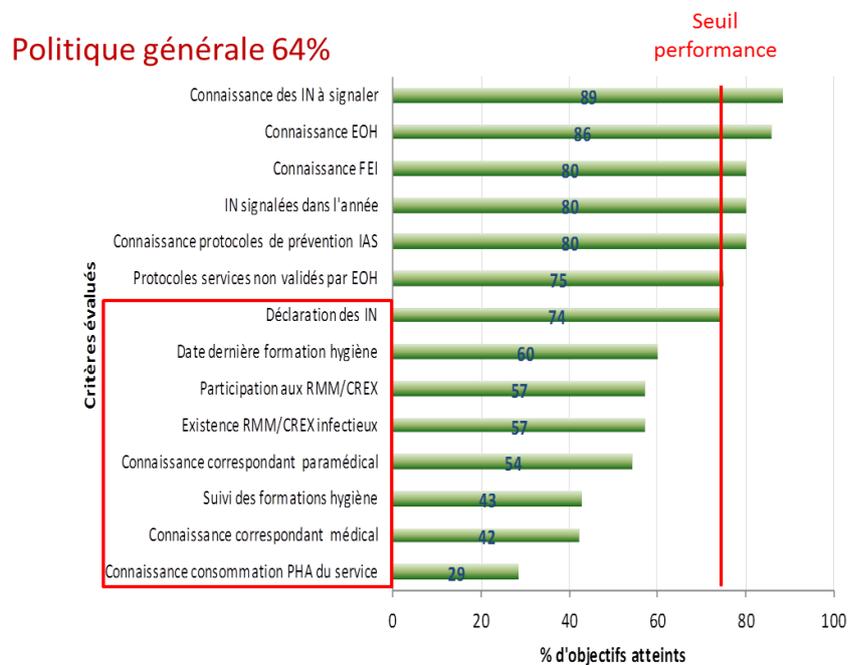


Figure 2 : Taux de conformité par critère ciblé dans la thématique « Politique générale »

Tableau II : Exemple de plan de prévention et de maîtrise des risques globaux

Risque identifié	Action	Pilote	Délai	Indicateur
<b>Politique générale</b>				
Manque de formation récente pour les AS et les médecins	Institutionnaliser les formations hygiène pour les AS et les IDE  Développer les CREX infectieux par service/pôle	EOH Direction des soins  Chef de service/pôle	Long terme	Pourcentage de personnel formé par an et par service  Le nombre de CREX infectieux par an et par pôle. Taux de participation des soignants
Correspondants hygiène non identifiés	Désignation d'un correspondant hygiène médical et paramédical par service	Cadre du service et chef de service/pôle	Moyen terme	Liste des correspondants par service actualisée tous les ans
Méconnaissance des consommations PHA	Calcul de la consommation de PHA par service rapporté à la consommation souhaitée	EOH	Long terme	Pour chaque service le suivi des pourcentages d'atteinte d'un objectif PHA personnalisé
<b>Maîtrise de l'environnement</b>				
Pas de traçabilité des actions de maîtrise du risque légionelle	Traçabilité des purges et de l'entretien des éléments de robinetterie partagée entre les cadres et les prestataires externes	Cadre Prestataire externe	Court terme	Quick audit : existence d'un tableau de traçabilité des actions de prévention du risque légionelle
Points d'eau dans la chambre d'un patient à haut risque pas systématiquement sécurisés	Rappel de la procédure institutionnelle	EOH	Très court terme	Nombre d'appel reçu par la maintenance pour la mise en place de filtre légionelle
Traçabilité inconstante des chariots de soins et de nursing	Mise en place d'une feuille de traçabilité accrochée au chariot et planification du bionettoyage	Cadre	Court terme	Vérification des feuilles tous les 6 mois.
<b>Antibiothérapie</b>				
Traçabilité de la réévaluation du traitement inconstante dans les dossiers de soins	Item informatique à cocher	Cellule informatique	Court terme	Quick audit : traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie