

De l'évaluation des pratiques professionnelles (**EPP**) à l'amélioration des pratiques professionnelles (**APP**)

Application aux IOA

Dr C. Laurans

Médecin hygiéniste CH Roubaix

DIU sur les Infections Ostéo-Articulaires 2018/2019

EPP: quel intérêt?

- Fait partie du **DPC** (Développement Professionnel Continu)
- DPC = obligation professionnelle
(instauré par la loi HPST du 21 Juillet 2009-loi n°2009-879) – depuis 2013
 - Quelque soit le mode d'exercice
 - Programme annuel ou pluriannuel (max 3 ans)
- Les **5 objectifs** annoncés du DPC sont :
 - Le perfectionnement des connaissances (FMC)
 - L'évaluation (et l'analyse) des pratiques professionnelles (EPP)
 - L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
 - La prise en compte des priorités de santé publique.
 - La maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

EPP: quel intérêt?

- Fait partie du **DPC** (Développement Professionnel Continu)
- DPC = obligation professionnelle
(instauré par la loi HPST du 21 Juillet 2009-loi n°2009-879) – depuis 2013
 - Quelque soit le mode d'exercice
 - Equation simple: **DPC = FMC* + EPP**
dans le but d'**APP** (améliorer ses pratiques...)
- Les **5 objectifs** annoncés du DPC sont :
 - Le perfectionnement des connaissances (FMC)
 - L'évaluation (et l'analyse) des pratiques professionnelles (EPP)
 - L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
 - La prise en compte des priorités de santé publique.
 - La maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

EPP: pourquoi?

- « La diffusion simple de recommandations n'a pas à elle seule d'impact cliniquement important »

Anaes, janvier 2000 : Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales (revue systématique de la littérature)

- déficit d'attention (informations multiples, accessibilité, temps limité)
- déficit d'adhésion (accord) avec les recos :
 - en général (trop "recettes", trop rigides, trop contraignantes, trop éloignées de la pratique ...)
 - avec certaines recos : méfiance, interprétation des faits, rapport coût / bénéfice incertain ...)
- déficit de visibilité des résultats attendus
- déficit d'appropriation (implication)
- déficit de motivation (inertie, habitudes, routines ...)
- résistances extérieures
 - patients (ou à son entourage)
 - recommandations (contraintes),
 - environnement (contraintes d'organisation, financières, moyens)

Diapo
Dr I. Verheyde

Objectifs de la HAS

- Renforcer l'évaluation de la qualité du service médical rendu par la certification
- Promouvoir les démarches d'EPP
 - Politique institutionnelle d'EPP
 - Projets d'EPP et déploiement de la démarche qualité sur les secteurs cliniques et médico-techniques
- Impliquer les équipes médicales à risque dans la démarche d'accréditation

EPP dans la V 2010-Les exigences

- Structuration d'une **politique** d'évaluation (PEP)
- Déploiement **effectif et pérenne** d'actions d'évaluation dans l'**ensemble** des secteurs d'activité → Favoriser l'intégration des démarches à la pratique :
 - Exigences HAS :
 - **RMM** analyse de la **morbi-mortalité** dans les secteurs **d'anesthésie réanimation, chirurgie, oncologie**
 - **RCP** réalisation de réunions de **concertation pluridisciplinaire en oncologie intégrant des réunions de morbi-mortalité**
 - analyse de la **pertinence des soins**
 - développement de démarches EPP utilisant les **indicateurs**

Manuel de certification V2010 de la HAS :

obligation de mettre en œuvre des RMM dans les services de chirurgie, d'anesthésie réanimation et dans les secteurs qualifiés en cancérologie (référence 28b du manuel de certification)

Manuel de certification des établissements de santé V2010

CHAPITRE 2

PRISE EN CHARGE
DU PATIENT

Partie 5

Évaluation
des pratiques
professionnelles

Référence 28

L'évaluation
des pratiques
professionnelles

Critère 28.a Mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'objectif de ce critère est double :

1 Évaluer le déploiement
d'activité clinique et mi

Toutes les démarches d'EPP
à ce critère :

- ❖ EPP réalisées dans le cadre de mortalité et de morbidité,
- ❖ mise en place de projets thématiques quelle que soit la méthode retenue (programme d'amélioration de la qualité, audit clinique, chemin clinique).

Les démarches réalisées avec l'aide d'organismes agréés d'évaluation des pratiques professionnelles ou d'accréditation seront prises en compte.

2 Évaluer la mise en œuvre de modalités spécifiques dans certains secteurs

Il est demandé **obligatoirement** une **analyse de la mortalité-morbidité** selon une **méthode validée par la HAS en anesthésie-réanimation, en chirurgie et en cancérologie.**

(Les autres secteurs pourront valoriser dans le cadre de ce critère toute démarche d'EPP ayant pour objectif l'identification et l'analyse d'événements ou de situations ayant ou pouvant entraîner une morbidité et ou une mortalité, ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaire).

E1 | Prévoir

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.

E2 | Mettre en œuvre

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mettent en œuvre des démarches d'EPP.

L'engagement de tous les professionnels est effectif.

Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en œuvre.

E3 | Évaluer et améliorer

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.

Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place pour favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.

EPP: que devons nous faire?

- Analyser nos pratiques professionnelles et nos organisations
- Les améliorer
- sans perdre trop de temps
- sans consommer trop de ressources
- sans décourager les bonnes volontés

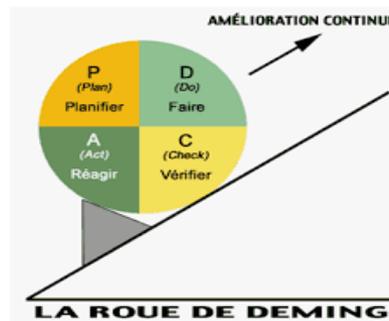
EPP

→ ÉVALUATION FORMATIVE (*et non pas sanctionnante*)

→ ÉVALUATION INTÉGRÉE A LA PRATIQUE (RCP, RMM, staff EPP.....)
et non surajoutée

En pratique

- **L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP):**
 - se traduit par la **mise en relation** des pratiques médicales avec les recommandations (de bonnes pratiques)
 - implique **l'analyse des données cliniques** et permet la confrontation et le suivi des résultats
 - entraîne une **actualisation** des modalités de prise en charge et une **amélioration continue de la qualité** des soins



la gestion des risques appliquée à l'EPP

État des lieux aux États Unis: la révélation

** Institute of medicine, 2000
"To err is human : building a
safer health system"*

- Institute of medicine : **"To err is human, 1999 "**
 - **44 000 à 98 000** Américains meurent chaque année à cause d'une **erreur médicale** par défaut de bonne prise en charge

FREQUENCE

- Environ 10% des patients hospitalisés présentent des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins (et non à leur maladie)

GRAVITE : C'est la **8ème cause de décès**

- Accidents de la voie publique : 43000,
- K sein : 42000,
- SIDA : 16000

Définition EIG

EVITABILITE : 30 à 50% sont évitables

COUT : 2 à 4% des dépenses de santé

Etude Nationale des Evénements Indésirables liés aux processus de Soins

France: ENEIS 2005 – DREES et CCECQA

- Entre 120 000 et 190 000 EIG **évitables** / an surviennent **pendant l'hospitalisation**
- 3 grands mécanismes ou exposition
 - interventions chirurgicales
 - médicaments
 - psychotropes chez les personnes âgées
 - prévention du risque thrombo-embolique
 - infections liées aux soins
- 85% des EIG analysés : présence de causes latentes

UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE BASÉE SUR LE SCHÉMA DE JAMES REASON

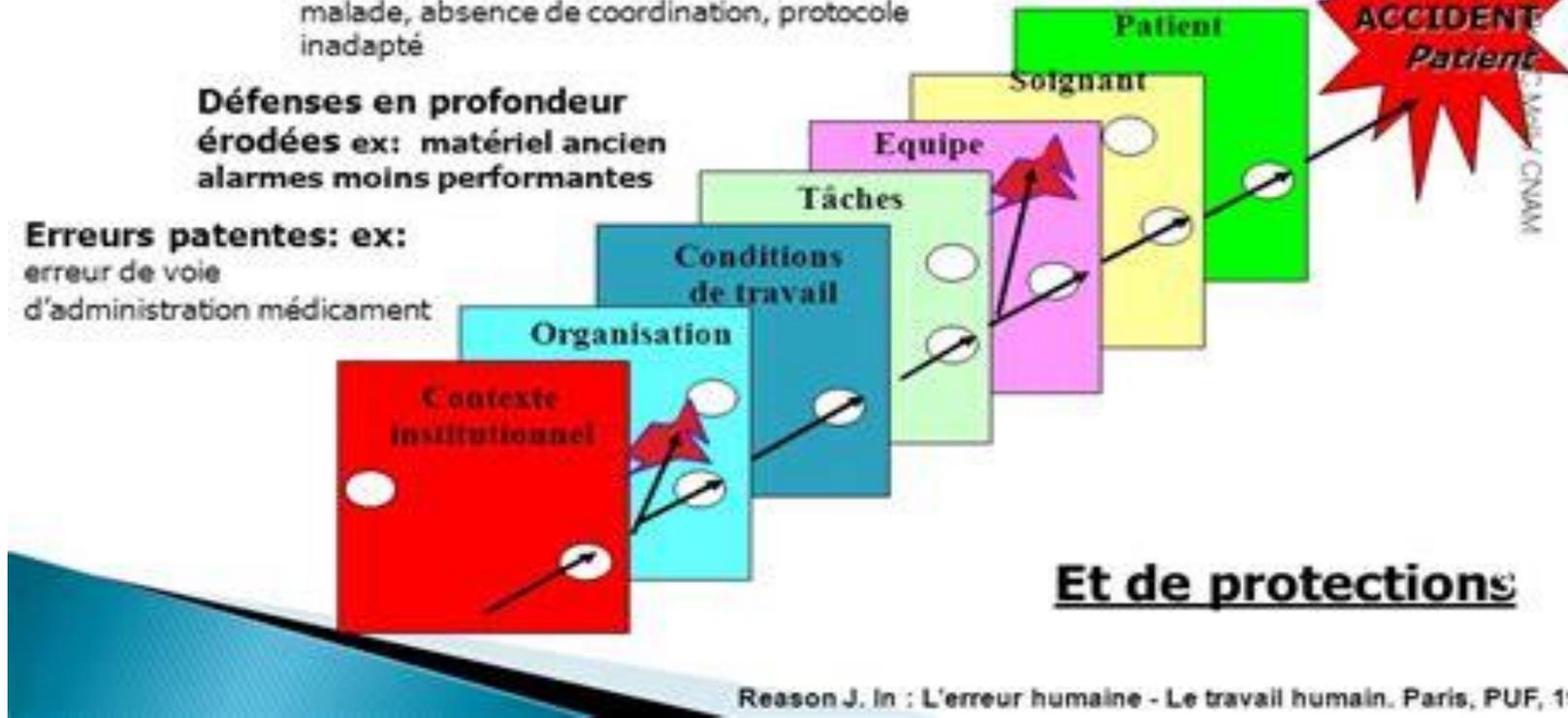


Chaque niveau est producteur de défaillances

Erreurs/causes latentes : ex: insuffisance d'organisation du système, allergie non connue du malade, absence de coordination, protocole inadapté

Défenses en profondeur érodées ex: matériel ancien, alarmes moins performantes

Erreurs patentes: ex: erreur de voie, d'administration médicament



Et de protections:

Reason J. In : L'erreur humaine - Le travail humain. Paris, PUF, 1993

« **les accidents** ne résultent **jamais des seules erreurs humaines** mais de l'imbrication en chaîne de nombreuses causes ou facteurs favorisants. Ces **causes**, appelées **systémiques ou latentes**, sont **plus difficilement identifiables** que les erreurs humaines qui apparaissent comme les causes évidentes, immédiates des accidents. Ces causes systémiques ne créent pas d'accidents à elles seules mais **sont délétères de façon synergique lorsque surviennent une ou des erreurs humaines, qu'elles facilitent et dont elles décuplent les conséquences**, elles sont par ailleurs la raison principale des défaillances futures.

Etude Nationale des Evénements Indésirables liés aux processus de Soins

Résultats 2009

Soit pour 30 lits, environ 1 EIG/5 jours

- Soit 6.2 EIG/1000 JH dont 2.6 sont évitables
- Facteurs favorisants :
 - Défaillance humaine (27.6 %)
 - Supervision insuffisante (26.4%)
 - Communication entre les professionnels (24.1%)
- **Pas d'évolution avec les chiffres de 2004**

- Ces causes latentes ne se révèlent que lors **d'enquêtes approfondies** dites **systemiques**
- Elles mettent le plus souvent en évidence la **mauvaise organisation ou coordination du système** plutôt qu'un manque de compétence des professionnels.
- **Ces enquêtes approfondies sont un objet essentiel de la démarche de gestion des risques.**
- On comprend ainsi que la mauvaise organisation du travail, l'ambition excessive du rendement, un personnel mal formé ou en nombre insuffisant, des coordinations mal pensées, une gouvernance locale instable et peu présente, sont la source principale des catastrophes observées, bien avant les questions de manque de compétences techniques de chaque acteur impliqué.

Comment s'améliorer?

→ gestion de risque

1) Identification des risques à priori

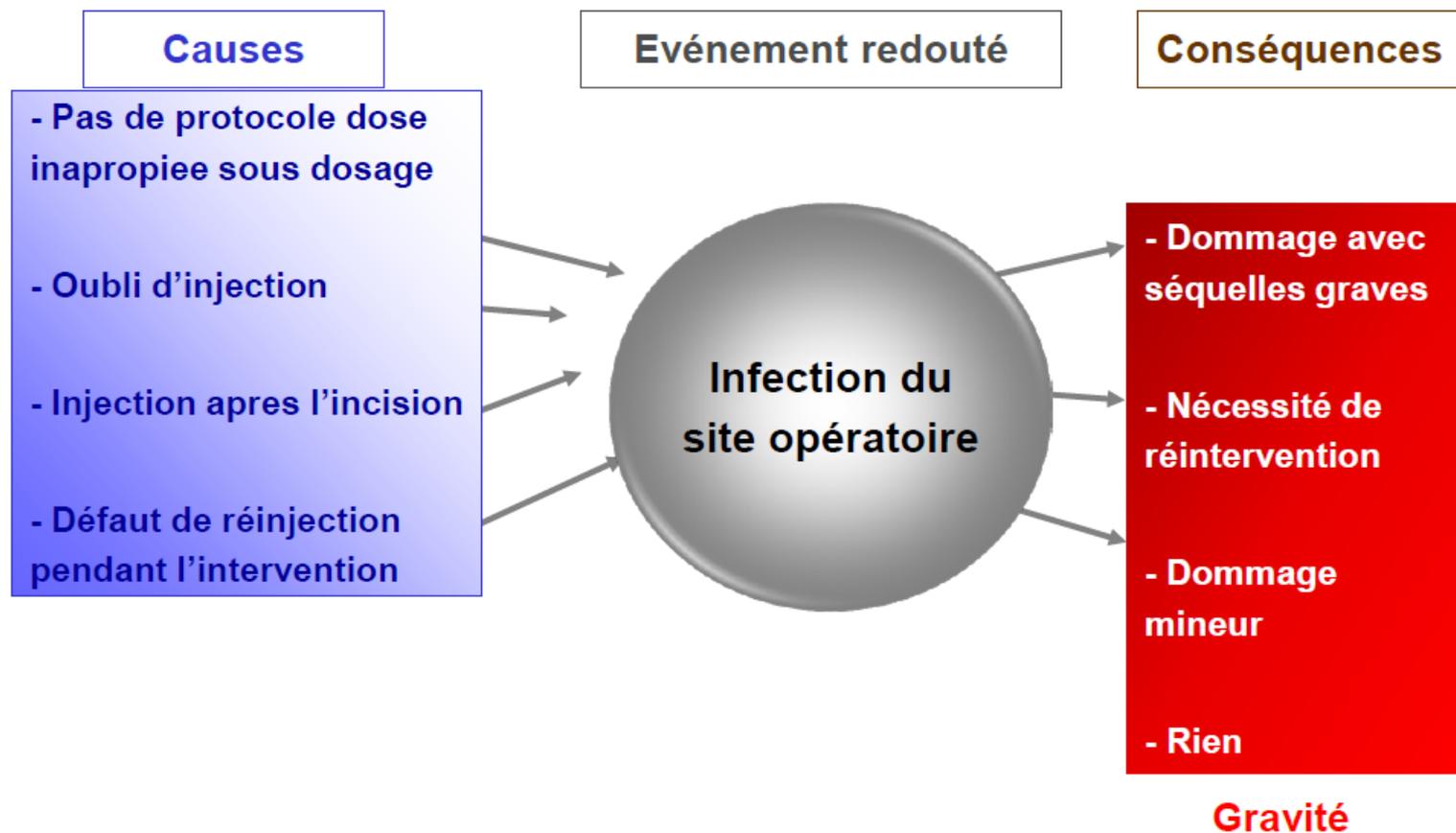
→ **Prévenir le risque avant qu'il n'arrive** Cartographie des risques dans les secteurs identifiés: bloc opératoire, urgence, réanimation, soins intensifs SSR.....

2) Comment identifier les risques a posteriori ?

- Le signalement des évènements indésirables (EI)
- Analyse systémique des évènements indésirables : Les Revues Mortalité-Morbidité
- Autres sources (CRUQPEC, plaintes , indicateurs LIAS, vigilances, etc)

Situation à risques

Exemple : Défaut d'antibioprophylaxie



Fréquence

de l'EBM ... à l'EPP

En bref : bien faire la distinction entre :

- établir (ou actualiser) l'état de la science → Recos.
- stratégies à adopter pour utiliser ces Recos (*implémenter*)
→ les 2 sont indispensables et complémentaires

Connaissances

(RPC, consensus ...)

+

Mise en œuvre

("implémentation")

EBM



EPP

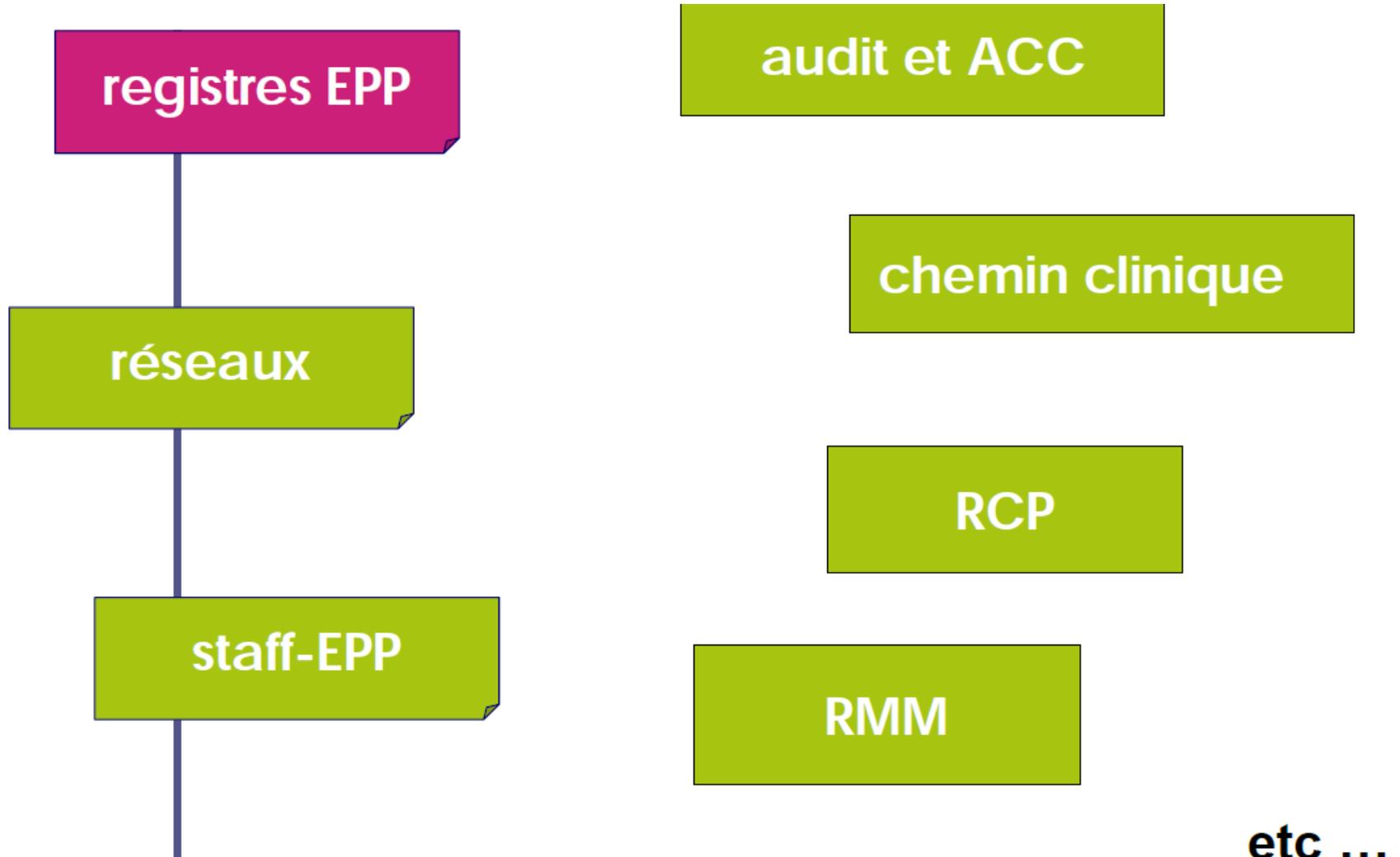
= Amélioration Qualité

= décret EPP 14 avril 2005

A. Donabedian in "introduction to Quality Assurance in Health Care" (2003)

*"Whatever we measure we tend to improve" (Leach, QSHC 2001; Anaes)
Ornstein and al. Ann.Intern. Med 2004, 141 : 523-32*

les différentes démarches d' EPP



Les invariants de l'EPP

Le choix d'un sujet porteur de potentialités d'amélioration

L'analyse de l'organisation et des pratiques

Le positionnement par rapport à des références (recommandations, référentiels, pratiques d'autres équipes)

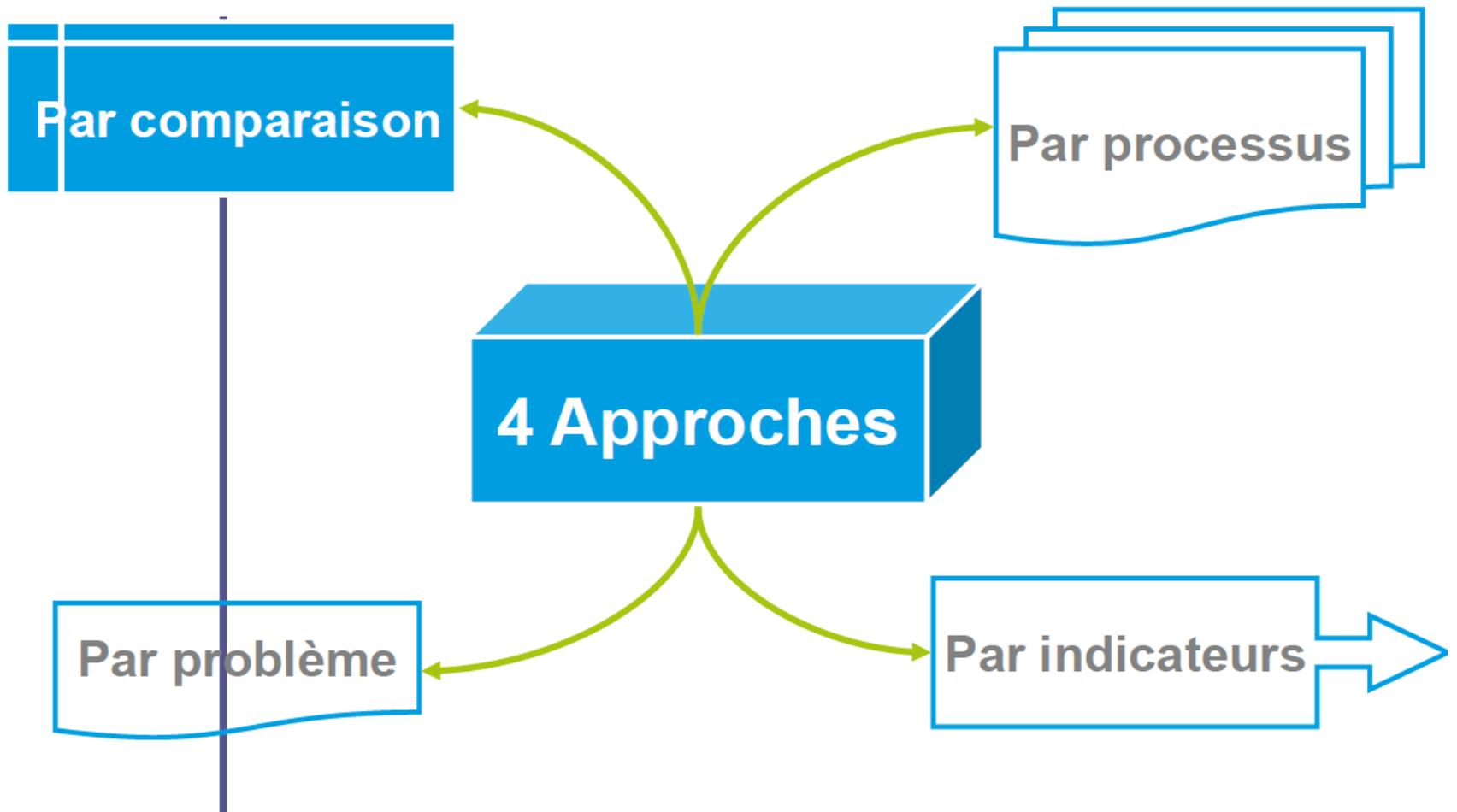
La définition d'objectifs d'amélioration

La conduite d'amélioration

La mesure des résultats de ces améliorations (indicateurs)

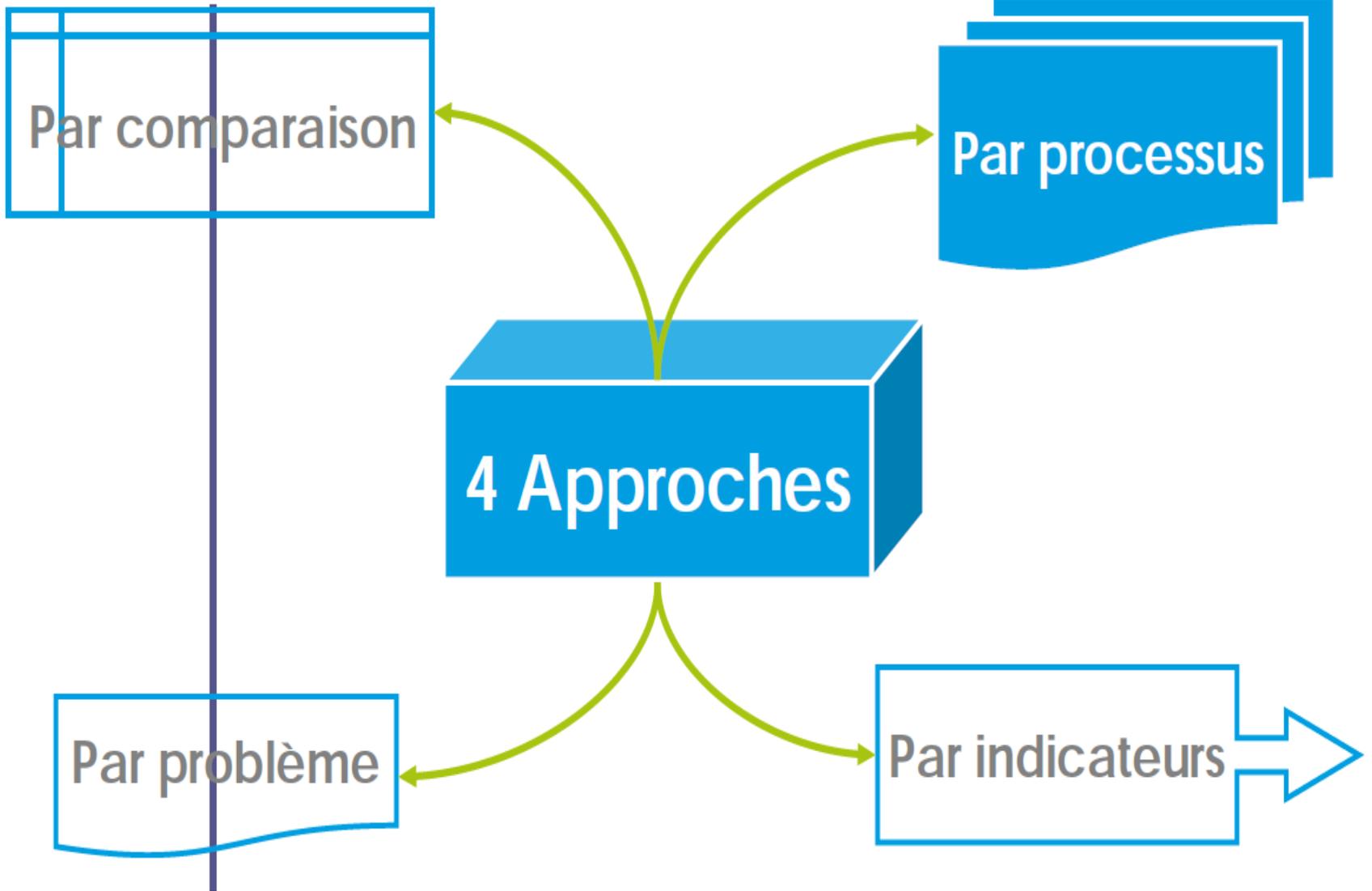
Le choix de la méthode

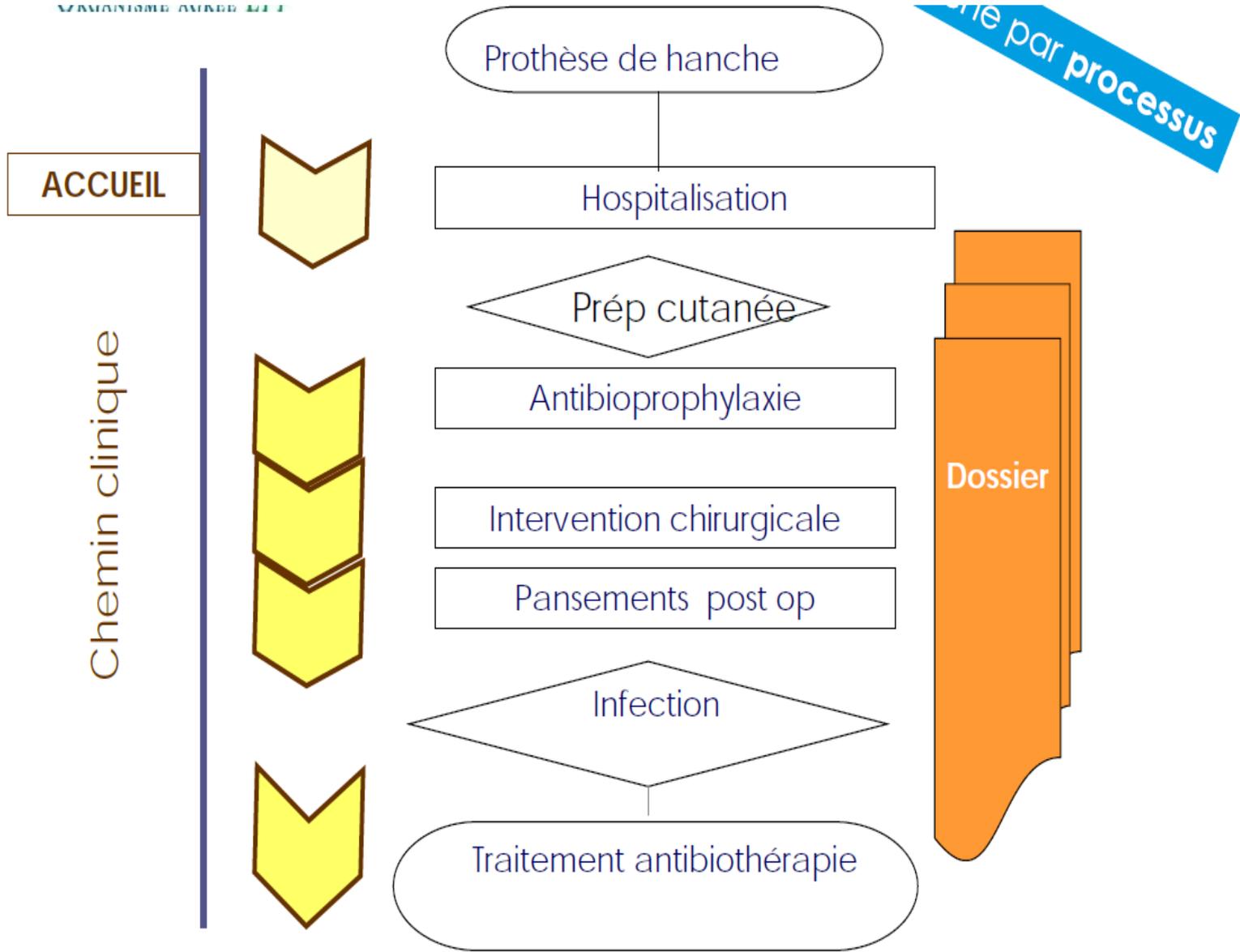
Objectifs	Approches	Méthodes
Réaliser le bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art	Par Comparaison	Audit clinique Audit clinique ciblé Revue de pertinence
Optimiser ou améliorer une prise en charge	Par Processus	Analyse de processus Chemin clinique
Traiter un dysfonctionnement, des événements indésirables	Par Problème	Revue de morbidité mortalité- RMM <i>HAS</i> Comité de retour d'expérience- CREX <i>MEAH</i> Revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés - REMED <i>SFPC</i>
Surveiller un phénomène important	Par Indicateur	Mise en place et analyse d'indicateurs

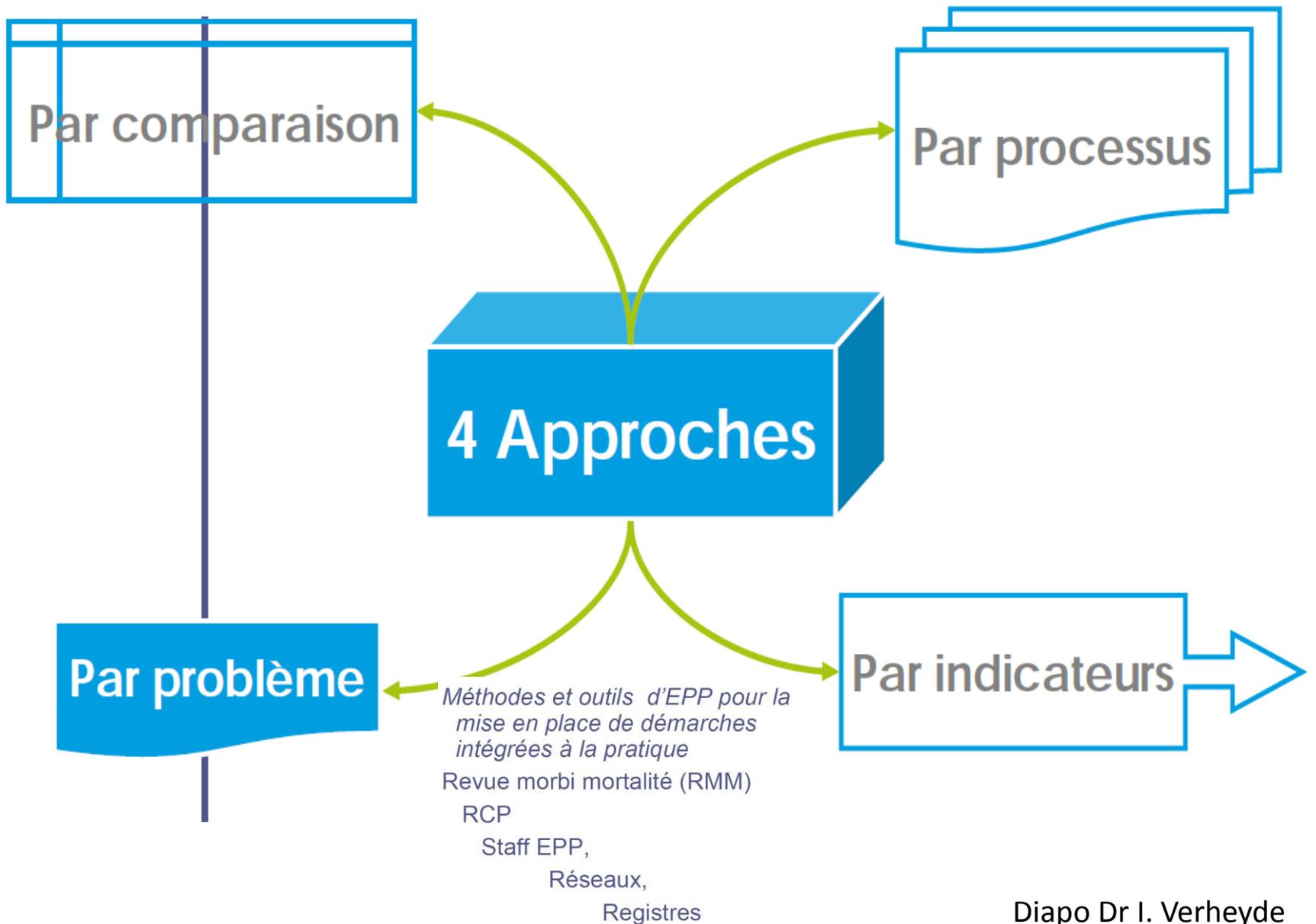


Approche par comparaison

- **Audit clinique ciblé**
 - Préparation cutanée de l'opéré
 - Pratique de la check list au bloc
 - Pratique de l'antibioprophylaxie
 - Pratique de la durée de l'antibiothérapie
- **Pertinence de l'antibiothérapie**



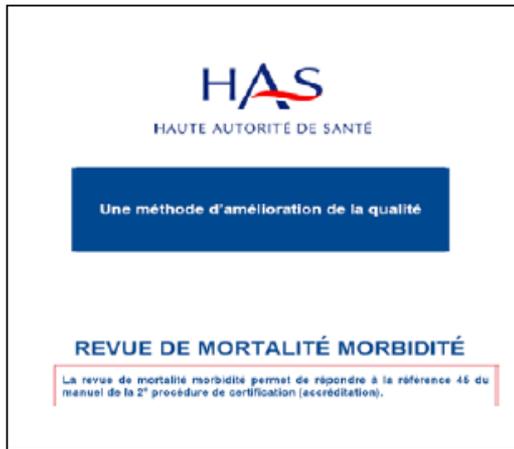




Reunions de morbidité-mortalité

Document disponible et téléchargeable sur le site :
www.has-sante.fr

« gestion positive de l'EI »



L'organisation d'une RMM est définie dans un document écrit qui, précise au minimum :
la périodicité des réunions et leur durée
le mode et les critères de sélection des cas
les participants aux réunions
les règles de traçabilité et d'archivage des débats et les conclusions.

L'objectif est de :
porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
s'interroger sur le caractère évitable de l'événement (morbide ou léthal) ;
rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge.

Qu'est-il arrivé ?

Comment | **cela est-il arrivé (recherche de causes immédiates) ?**
Pourquoi cela est-il arrivé (recherche des causes profondes) ?
Défenses prévues et prévention

Recherche de causes organisationnelles
Ne pas culpabiliser les acteurs

Suivre +++

Indicateurs simples et peu nombreux

Compte rendus, mise en place d'indicateurs, de procédures spécifiques

CR anonyme, à ne pas laisser dans le dossier

QUI SOMMES-NOUS ?

SIGNALEMENT & RETOURS D'EXPÉRIENCE

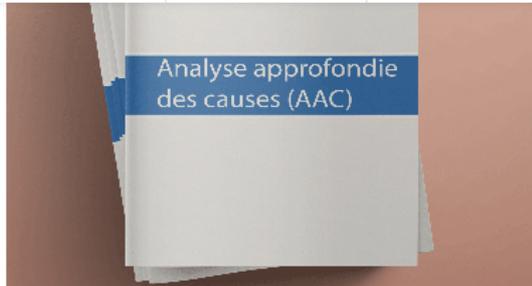
SURVEILLANCES & ÉVALUATION

NOS ÉVÉNEMENTS

TOUTE L'ACTUALITÉ

ANNUAIRE NATIONAL

OUTILS



Méthode de gestion des risques a posteriori, elle permet face à la survenue d'un événement indésirable et à partir d'une collecte de données correctement réalisée, de remonter des causes apparentes jusqu'aux causes latentes (dites racines) afin de mettre en place le bon dispositif de correction. Plusieurs outils vous sont proposés :

- un outil généraliste « Outil d'aide au suivi de CREX (comité de retour d'expérience) » qui permet de lister les événements indésirables signalés, de choisir l'événement qui fera l'objet d'une AAC, de tracer celle-ci ainsi que le plan d'actions mis en œuvre,
- plusieurs outils d'AAC sur des thèmes spécifiques.

Site des CPIAS

- Bactériémies nosocomiales acquises à SARM
- CREX (comité de retour d'expérience)
- Infections du site opératoire
 - Outil d'aide à l'analyse des causes des infections du site opératoire (ISO) - [Version Française]
 - Outil d'aide à l'analyse des causes des infections du site opératoire (ISO) - [English version]
- Infection urinaire

Copie de outil-aac-iso-version-francaise [Mode de compatibilité] - Microsoft Excel

Fichier Accueil Insertion Mise en page Formules Données Révision Affichage

Police Alignement Nombre Style Cellules Édition

Avertissement de sécurité Les macros ont été désactivées. Activer le contenu

F184

Guide d'utilisation

Outil d'aide à l'analyse des causes des infections du site opératoire (ISO)



Ce guide d'utilisation a pour objectif de vous aider dans la manipulation de cet outil. Vous y trouverez :

- ◆ la liste des abréviations utilisées dans ce document,
- ◆ une aide au remplissage des onglets "Liste des ISO" et "AAC".

Liste des abréviations

AAC	Analyse approfondie des causes	ABP	Antibioprophylaxie
ISO	Infection du site opératoire	HAS	Haute autorité de santé
IAS	Infection associée au soins	PCC	Précautions complémentaires contact
ATS	Antiseptique		

Infection du site opératoire pouvant relever d'une AAC

- ▶ Infection du site opératoire sévère (gravité clinique, conséquences pour le patient) ou ayant entraîné le décès du patient ou s'inscrivant dans un contexte de recrudescence des cas dans le secteur.
- ▶ Pour les infections du site opératoire, on considère habituellement comme associées aux soins les infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou, s'il y a mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention. Toutefois, et quel que soit le délai de survenue, il est recommandé d'apprécier dans chaque cas la plausibilité de l'association entre l'intervention et l'infection, notamment en prenant en compte le type de germe en cause (réf. CTINILS 2007).

Aide au remplissage

Onglet "Liste des ISO "

Cet onglet vous permet :

- ◆ de lister l'ensemble des infections du site opératoire pour lesquelles une AAC est faite dans votre établissement,
- ◆ d'aller directement sur l'onglet correspondant à l'AAC d'une ISO.

Prêt

Accueil Liste des ISO AAC_1 Ecarts - Causes immédiates Causes Profondes Guide d'utilisation Référentiels Aide sur les macros

100 %

20:22
22/01/2019

Causes immédiates

A noter que cette liste est non exhaustive et qu'elle sera amenée à évoluer et à s'enrichir chaque année en intégrant les retours des utilisateurs.

Chronologie de la prise en charge		Ecarts / Causes immédiates
Pré-opérateur	Acte(s) invasif(s) dans les 3 mois précédents l'intervention (pour certains micro-organismes à pousse lente, la porte d'entrée peut survenir avant l'intervention)	Antiseptie cutanée non optimale avant infiltration/injection sur le site concerné
		Hygiène des mains et tenue non adaptées avant infiltration/injection sur le site concerné
		Règles d'asepsie lors des soins non adaptées
		Gestion des antiseptiques non adaptée
		Entretien du matériel non adapté
	Consultation(s) pré-opératoire(s)	Stockage et préparation des médicaments non adaptés
		Evaluation et gestion des facteurs de risque du patient non adaptées (ex: diabète, obésité, âge, immunosuppression, traitement des infections préalables, anticoagulants...)
		Indication chirurgicale non adaptée
		Dépistage et décolonisation du <i>S. aureus</i> non adaptés
		Réalisation de bandelette urinaire/ECBU avant l'intervention non adaptée (ex: chirurgie urologique programmée)
	Patient	Information donnée au patient inadaptée (contenu, forme, support, modalités)
		Si ambulatoire: évaluation du risque lié au retour à domicile non adaptée (état clinique, cognitif et social du patient, prise en charge prévue)
		Dépilation non adaptée par le patient avant l'intervention (ex: rasoir, épilation cire) sur le site opératoire ou à proximité
		Suivi non optimal des consignes par le patient (ex: douche, régime, traitement, hygiène bucco-dentaire)
	Jour de l'intervention	Présence de plaie cutanée, escarre, dermatose
		Absence d'arrêt du tabac
Douche(s) pré-opératoire(s) non adaptée(s)		
Vérification de la douche non optimale		
Aide à la douche non proposée ou non optimale		
Bloc opératoire	Vérification non optimale de la dépilation si indiquée	
	Vérification de l'absence de contre-indication à l'intervention non réalisée ou non optimale (ex: infection en cours)	
	Intervention réalisée malgré contre-indication connue	
	Tenue professionnelle non adaptée (ex: habillage chirurgical non adapté, tenue de ville, masque sous le menton, repositionné, réutilisé, coiffe ne cachant pas tous les cheveux, bijoux)	
	Hygiène des mains non adaptée (technique, fréquence, produit, port de bijoux même lisses, montre poignet, ongles courts et sans vernis, etc.)	
	Technique de pose et de gestion de dispositif invasif non adaptée (ex: cathéter veineux, artériel, périnerveux, sonde urinaire)	
	Entretien du matériel partagé (ex: microscope) non adapté	
	Préparation des produits médicamenteux non adaptée (ex: en avance, rupture d'asepsie, zone de préparation, présentation multi dose, préparation non-extemporanée)	
	Choix de la technique chirurgicale, de l'abord, du matériel prothétique non adapté (ex: Technique de suture non adaptée, position du patient)	
	Utilisation de la check-list bloc opératoire HAS non adaptée	
	Préparation du site opératoire non adaptée (produits, délais, vérification, technique, dépilation, respect des temps, drapage, poche de recueil)	
Entretien des locaux entre chaque patient non adapté (ex: présence de surfaces contaminés, désinfection avec des produits non répertoriés par le protocole, procédure d'ouverture de salle non respectée, temps de pause et cinétique de décontamination non respectée)		
Entretien, gestion et stockage des dispositifs médicaux réutilisables non adapté (ex: endoscope, microscope, échographe, CEC, boîtes de chirurgie)		
Gestion de l'instrumentation non adaptée (ex: positionnement par rapport aux flux, timing d'ouverture des boîtes)		

		Gestion des antiseptiques non adaptée	
	Antibioprophylaxie	Antibioprophylaxie indiquée non réalisée	
		molécule non conforme	
		posologie non conforme (ex: patient obèse)	
		technique d'administration non conforme (ex: reconstitution, injection)	
		délai injection/incision ou de réinjection non conforme	
		durée de la prescription non conforme (ex: ABP prolongée)	
Per-opératoire	Environnement	Non-conformité du traitement d'air pour la chirurgie réalisée (ex: suppression inadaptée, conception, problème technique, défaut d'entretien, classe ISO non conforme)	
		Non-conformité de la qualité de l'eau du réseau	
		Gestion des paramètres aérauliques non adaptée (mesure des débits, calcul des taux de renouvellement horaire et des taux de brassage, visualisation des flux d'air, perte de charge des filtres)	
		Gestion de la température en salle non adaptée	
		Surveillance de l'aérocontamination non adaptée	
		Risque de diffusion de micro-organismes par perturbation du flux aéraulique (ex: nombre important de personnes présentes en salle, allées et venues fréquentes dans la salle en cours d'intervention, gestion des anomalies du traitement d'air non adaptée, matériel occasionnant une soufflerie)	
			Utilisation des appareils électroniques inadaptée (ex: PC, claviers, téléphone, CAT/smartphone)
	Chirurgie	Durée de l'intervention non adaptée	
		Incident per-opératoire (ex: brèche uro-génitale, effraction digestive, effraction broncho-pulmonaire)	
		Réalisation de plusieurs actes chirurgicaux sur le même patient dans un même passage au bloc opératoire sans adapter l'antibioprophylaxie, la tenue des opérateurs, le champagne...	
		Changement de gants par les opérateurs non adapté (ex: rythme, technique, lieu)	
		Gestion de l'hémostase non adaptée	
			Pansement, drain/lame non adapté
	Pratiques	Stockage, préparation ou administration des produits médicamenteux (injectables ou en application locale) non adaptés (ex: réutilisation pour plusieurs patients de DM à usage unique, non respect des règles d'hygiène, non respect des précautions standard, absence de désinfection des embouts et des robinets des dispositifs invasifs avant manipulation)	
		Hygiène des mains en salle non adaptée	
		Port des EPI, port du masque et tenue en salle non adaptés (ex: simple gantage non adapté à l'acte)	
		Gestion des liquides de rinçage et d'irrigation non adaptée	
		Contrôle de la température corporelle du patient non adapté	
Contrôle de la glycémie du patient non adapté			
Comportements en salle non adaptés (ex: allées et venues, nombre de personnes en salle)			
		Oxygenation du patient non adaptée	

Post-opératoire	Patient	Suivi des consignes non optimal
		Manipulation des dispositifs invasifs
		Gestion du pansement de la part du patient ou d'un familial non adaptée (ex: non-respect des règles d'hygiène)
	Paramédical/médical	Prescription médicale (ex: traitement, pansement) non optimale
		Surveillance ou gestion clinique non adaptée
		Présence d'un foyer infectieux/bactériémie non lié au site opératoire (risque de greffe sur le site opératoire)
		Réfection du pansement non adaptée (antiseptie, tenue, rythme de réfection, type de pansement)
		Indication, surveillance, manipulation et gestion des dispositifs invasifs non adaptées, dont cathéters pour analgésie loco-régionale
		Si ambulatoire: évaluation du risque lié au retour à domicile non conforme (ex: état clinique, cognitif et social du patient, prise en charge prévue)
		Préparation (ou reconstitution) des injectables non adaptée (lieu de préparation, non désinfection des injectables, défaut d'asepsie lors des manipulations)
		Hygiène des mains/tenue non adaptées
		Informations post-opératoires au patient et à la famille non adaptées
		Transmissions paramédicales non optimales (ex: surveillance, pansement, dispositifs invasifs)
		Transmissions médicales non optimales (ex: surveillance, dispositifs invasifs, traitement, antécédents)
		Gestion des hématomes non adaptée (ex: non-respect des précautions lors de l'évacuation de l'hématome)
		Gestion du pansement non adaptée (ex: antiseptie, tenue, rythme de réfection)
		Manipulations et retraits drains / lames non adaptés (ex: durée du drainage non adaptée)
		Toilette quotidienne non adaptée
		Gestion du linge non adaptée
		Gestion des antiseptiques non adaptée
	Règles d'asepsie lors des soins non adaptées	
	Si infiltration articulaire après chirurgie orthopédique: gestes non adaptés	
	Environnement	Exposition de la cicatrice opératoire à de l'eau contaminée
		Matériel partagé non adapté ou non désinfecté
	Prise en charge ISO - Atténuation	Retard au diagnostic
		Antibiothérapie probabiliste non adaptée (ex: retard, absence, molécule/posologie non conforme)
		Réalisation du prélèvement/antibiogramme/autres examens cliniques non adaptée
		Non-respect des conditions préanalytiques pour le prélèvement
		Retard ou défaut de transmission des résultats de la part du laboratoire
		Interprétation inadaptée ou non-considération des résultats
Mise en place d'antibiothérapie documentée non adaptée (ex: retard, absence, molécule/posologie non conforme)		
Avis du centre de référence non demandé quand indiqué		
Non réévaluation du traitement		

Causes latentes / profondes

A noter que cette liste est non exhaustive et qu'elle sera amenée à évoluer et à s'enrichir chaque année en intégrant les retours des utilisateurs.

RECHERCHE DES CAUSES PROFONDES		
Liées au(x) patient(s)	Etat de santé	Antécédents médicaux (ex: portage de SARM, soins dentaires / stomato, gestes invasifs au cours du dernier mois: ponction lombaire, d'ascite, pleurale, articulaire...) Facteurs de risque/ co-morbidités : degré de prématurité, poids à la naissance, transfusion sanguine, diabète, corticothérapie, obésité, splénectomie, grossesse en cours, anticoagulation complexe, hospitalisation pré-opératoire prolongée, ASA score >2, Classe d'Alteimer...
	Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	Problème de compréhension, barrière de la langue, expression orale
		Mauvaise qualité de la relation du patient ou de la famille envers les soignants et les soins.
		Facteurs familiaux / sociaux particuliers : métier, habits, qualité de l'entourage, position familiale particulière, addictions, personne âgée, enfant... Non implication de la famille
Contexte	Prise en charge dans un contexte d'urgence	
Liées à l'individu (professionnel)	Qualification, compétences	Inadéquation des qualifications, des compétences (savoir-faire), des connaissances (savoir) ou du comportement (savoir-être)
		Défaut d'aptitude, d'entraînement, d'adaptation (ex: banalisation de l'acte de soins, non-respect des recommandations)
		Absence de formation en matière de compétences techniques (ex: nouvelles techniques opératoires)
Absence de formation en matière de compétences non-techniques (ex: travail en équipe)		
Facteurs physiques ou psychologiques	Manque de motivation	
Liées aux tâches	Protocoles/Procédures	Mauvaise disposition physique ou mentale (stress, fatigue, faim, maladie, soucis personnels)
	Examens complémentaires	Absent(e)(s), non adapté(e)(s) ou incompréhensible(s), indisponible(s), insuffisamment connu(e)(s), non suivi(e)(s), non actualisé(e)(s)
		Retard dans la prestation ou la programmation des examens cliniques et paracliniques
		Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen
		Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens
		Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient
Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient)		
Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisé...)		
Définition des tâches	Définition des tâches imprécise (quel personnel, quelle compétence, quel acte, quel délai et pour quel résultat)	

	Aides à la décision	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciel, recommandations...)
	Programmation, planification	Planification des soins ou des tâches non adaptée Défaut de programmation opératoire (ex: absence de staff de pré-programmation, modification du programme opératoire...)
Liées à l'équipe	Communication entre professionnels	Défaut de communication dans l'équipe ou en dehors du service, du département; entre juniors et seniors au sein de l'équipe; entre différentes professions; entre professionnels du même niveau
		Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations
		Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe
		Déficience des mécanismes de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes
	Communication vers le patient	Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et la famille
		Défaut de qualité de la relation avec le patient et/ou son entourage
	Informations écrites	Absence, indisponibilité, incomplétude ou qualité insuffisante des informations écrites : dossier patient, comptes-rendus...
		Défaut de traçabilité d'information importante (pose et maintien DIV, pose et maintien sonde urinaire, surveillance clinique, préparation cutanée et/ou antibioprophytaxie si chirurgie, entretien du matériel, réfection pansement ...)
		Divergences dans les écrits
		Illisibilité et manque de signature des documents
	Transmissions et alertes	Défaut de transmissions orales ou écrites, manque d'informations cruciales
		Sous-estimation des alertes
	Répartition des tâches	Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe
Glissement de tâches		
Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service		
Encadrement / Supervision	Défaut d'encadrement, supervision inadaptée	
	Défaut de coordination dans le service	
	Définition non claire des responsabilités dans l'équipe	
	Indisponibilité ou manque de réactivité des seniors (ou référents)	
Demandes de soutien ou comportements face aux incidents	Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel	
	Manque de soutien dans l'équipe	
	Faible propension des juniors à solliciter de l'aide	

Liées à l'environnement de travail	Administration	Lourdeur du fonctionnement administratif du secteur de soins, difficultés de révision des processus administratifs
	Locaux	Défauts des bâtiments et de l'environnement (conception, fonctionnalité, espace, température, lumière, ...)
		Défaut de maintenance des locaux, défaut d'entretien des locaux
	Fournitures ou équipements	Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux (ex: matériel d'urgence, incubateur, qualité et composition des boîtes de chirurgie), mal utilisés (ex: défaut de formation du personnel, défaut de notices explicatives)
		Défaut de maintenance des équipements
		Absence d'équipement de secours, de solution dégradée ou de dépannage d'urgence permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique
		Fonctionnalité insuffisante des équipements (ex : ergonomie, conception, sécurité)
		Défaut d'entretien des équipements
	Informatique	Défaut de communication des systèmes d'information entre eux
		Inaccessibilité d'informations numérisées ou doutes sur la qualité de l'information
		Défaut de maintenance (délais excessifs de dépannage...)
		Mauvaise gestion des accès informatiques
	Effectifs	Mauvaise combinaison des compétences ou des effectifs
		Mauvaise adaptation au poste de travail
		Absence de dispositions pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents
		Indisponibilité d'un personnel apte à exécuter correctement et dans les temps une tâche spécifique
Mauvaise gestion des gardes et astreintes		
Charge de travail, temps de travail	Irrégularité des coupures ou des temps de repos	
	Charge de travail inadaptée ou trop importante (cumul de gardes, volume des soins, nombre de patients...)	
	Participation à des activités ou à des tâches obligatoires sans lien avec le poste occupé (travail administratif...)	
Conditions de travail	Difficile : interruption de tâches (téléphone), bruit, luminosité...	
Retards, délais	Précipitation dans la réalisation d'actes	
	Influence néfaste de délais imposés (inclusion dans un programme opératoire...)	
	Mauvaise appréciation de la notion d'urgence (urgences immédiates, urgences différées...)	

Liées à l'organisation	Structure hiérarchique	Structure hiérarchique de l'organisation imprécise (méconnaissance de l'organigramme)
		Degré d'autonomie du personnel insuffisant
		Niveaux décisionnels trop importants, inefficaces
	Gestion des ressources humaines	Gestion du personnel inadéquate
		Description des postes insuffisante
		Insuffisance d'identification ou de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.
		Changements récents d'organisation interne (ex: déménagement, fusion équipes)
		Absence d'intégration des nouveaux arrivants
	Coordination	Défaut de conciliation médicamenteuse
		Non-transmission d'une information pouvant contre-indiquer l'intervention au chirurgien
		Gestion des transferts non optimale (ex: organisation, transmission des informations, suivi des règles, transfert d'un patient instable)
		Défaut de coordination dans le service, entre services ou entre structures (ex: structures d'aval)
Liées au contexte institutionnel	Contraintes financières	
	Ressources sanitaires insuffisantes (matériel, personnel...)	
	Politique de formation continue insuffisante (analyse des besoins et offre de formation insuffisante, absence de plan de formation...)	
	Echanges et relations avec les autres structures de soins faibles ou difficiles	
	Stratégie politique : absente, absence de priorisation, contradictoire, inadaptée	
	Culture de sécurité: non perçue comme importante, défectueuse, culpabilisante...	
Contexte social difficile		

REVUE DE MORBI-MORTALITÉ (RMM)
FICHE DE SUIVI

Réf. : EQ QPR 020
Application : 01/09/10
Version : **1.0**
Page 1 sur 2

Réunion RMM de :

du .../.../.....

Fiche de suivi d'actions n° : 2010/.....

Nom du Responsable de la RMM :	Nom du rapporteur :
---------------------------------------	----------------------------

MEMBRES DE LA RMM

Nom	Fonction	Présent	Excusé	Absent
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNE(S) INVITEE(S)

Nom	Fonction

ETAT D'AVANCEMENT DES ACTIONS D'AMELIORATION PRECEDEMMENT IDENTIFIEES

--

CONTEXTE ET OBJECTIF(S)

(Type de cas, facteurs et causes identifiés, synthèse et conclusions de l'analyse)

--

ACTIONS MISES EN ŒUVRE

(Quoi ? où ? quand ? comment ? par qui ?)

--

SUIVI

Echéances de mise en œuvre, modalités de suivi et d'évaluation, indicateurs éventuels, communication et information des équipes, etc.	Responsable(s) du suivi

PROCHAINE REUNION

Date	Objectif(s)
...../...../.....	
Lieu	

Exemple CH Roubaix

- RMM « ISO » existe depuis 2011
- Multidisciplinaire
- Methodo : causes profondes / causes immédiates
- Qq actions réalisées:
 - Protocole prep cut opr spécifique (particularités dépistage,...)
 - Discussions amélioration ABP (« timing »)
 - Fiche de liaison service-bloc
 - Gestion des SAD en post-op
 - Courrier au médecin traitant (pas d'ATB si suspicion)
 - Information du patient
 - Audit au bloc



Vous avez une **prothèse de hanche ou de genou**
depuis moins d'un mois,
soyez vigilant et repérez rapidement les signes d'une infection



L'INFECTION DANS LE MOIS SUIVANT L'IMPLANTATION D'UNE PROTHÈSE EST RARE MAIS GRAVE

Sachez identifier les signes
d'une infection précoce

- Douleur, gonflement
et parfois rougeur

- Cicatrice rouge, chaude,
gonflée ou écoulement

- Fièvre ou frissons



C'est une **URGENCE** : prévenez rapidement l'équipe chirurgicale
qui a posé la prothèse ainsi que votre médecin traitant

→ Plus l'infection est diagnostiquée tôt, moins il y aura de séquelles

Équipe médico chirurgicale :

Téléphone :

Adresse :

Médecin traitant :

QUELLES SUITES EN CAS D'INFECTION ?

Plus l'infection est traitée tôt,
par une intervention chirurgicale et
par des antibiotiques, moins il y aura de séquelles



- L'intervention chirurgicale est nécessaire pour nettoyer l'os et la prothèse.
- Un changement de prothèse est parfois nécessaire.
- L'intervention permet aussi de faire un prélèvement pour adapter le traitement antibiotique. Ce traitement est long entre 3 semaines et 6 mois.

N'attendez pas pour calmer
la douleur mais

- Suivez rigoureusement la prescription de l'ordonnance de sortie



- Évitez toute automédication, en particulier les anti-inflammatoires

Pour en savoir plus

- La recommandation sur le site de la HAS :
www.has-sante.fr
- L'association le lien :
www.lelien-association.fr

Les difficultés

- Parfois difficile de comprendre la survenue de l'ISO...
- Mettre en place les actions: parfois compliqué
- Suivre les actions ...

Les réseaux de soins

- Mise en commun régionalement ou nationalement de pratique pour certains secteurs d'activité (Benchmarking)
 - Cardiovasculaire (anticoagulants)
 - Endocrinologie diabétologie
 - Neurologie
 - Néphrologie
 - Obstétrique
 - Réseaux d' ISO raisin

Le registre appliqué à l' IOA

- Sociétés savantes

- Cardiologie (anticoagulant)
- Néphrologie

- Fichier national SIOA

- Collèges de bonnes pratiques

- CFAR : antiagrégant plaquettaire, AVK
- Chirurgie thoracique: EPITHAUR

démarche d'EPP si elle respecte les conditions:

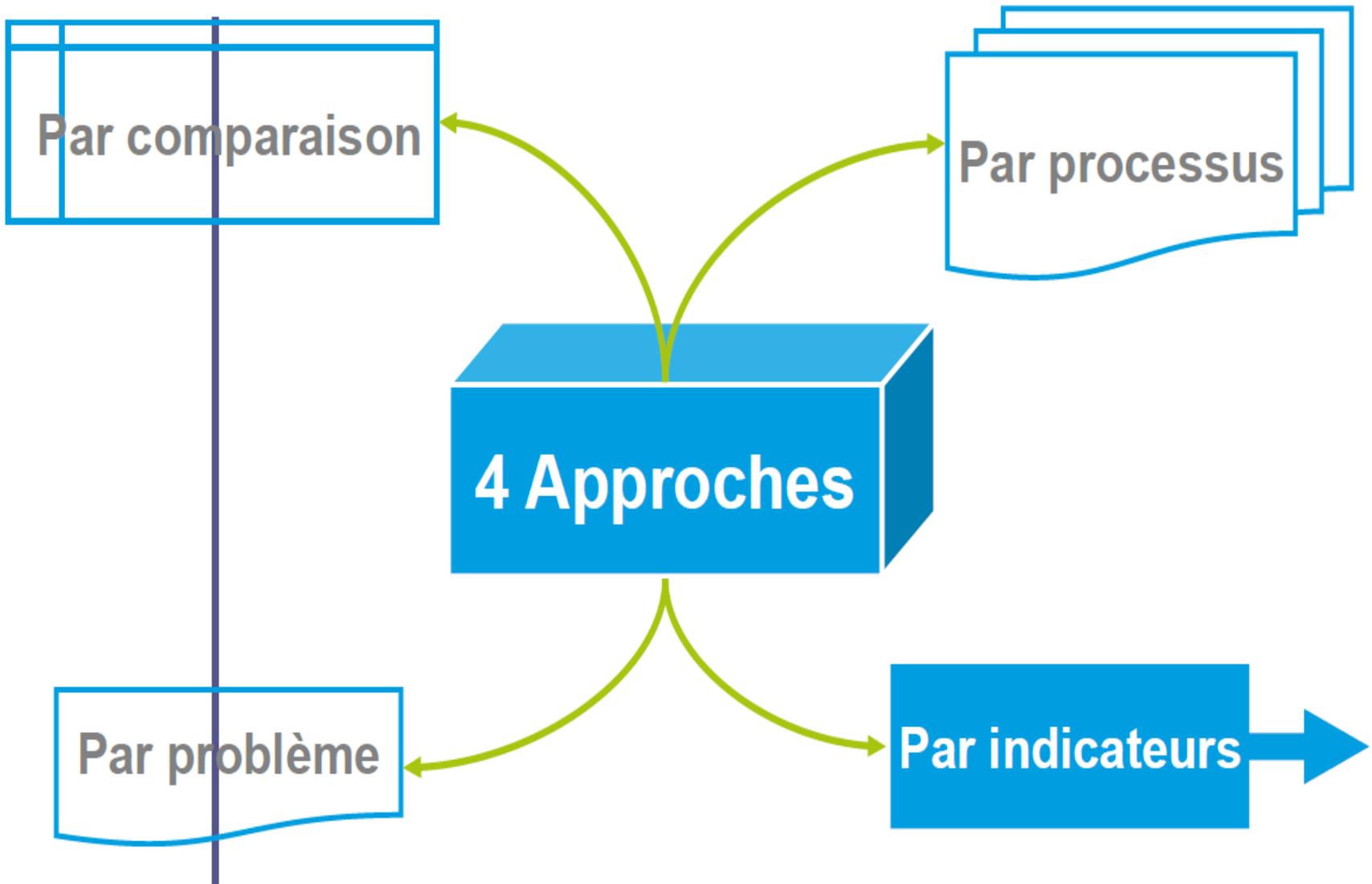
- engagement individuel
- participation au registre, à l'observatoire ou à la base de données
- connaissance du retour d'informations
- mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité de ses pratiques.

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) appliqué à l'IOA

- Diagnostic d'IOA plus difficile
- Débattre du dossier avec plusieurs intervenants (Chirurgiens anesthésistes infectiologue, microbiologiste)
- Rédaction d'une fiche informatisée après accord du patient contenant les éléments du diagnostic, caractère complexe de l'infection les conclusions (examens complémentaires, radiologie, traitement medico chirurgical traitement antibiotique, surveillance biologique
 - **fichier national des IOA**
- Nouvelle RCP pour apprécier le suivi

Le staff EPP appliqué a l'IOA

- Le staff Antibiotique
- Reunion hebdomadaire multidisciplinaire
- Permet de valider la pertinence de l'antibiotherapie et de valider sa duree
- Réévaluation selon l'évolution clinique
- Répond au critère de réévaluation à 48h
- Permet de suivre comme indicateur la consommation antibio selon les classes



Les indicateurs

Contexte

- Généralisation d'indicateurs en cours en France (Ministère, HAS)
- Utilisation d'indicateurs dans les systèmes d'accréditation au plan international

Objectifs

- Développer la culture de la mesure de la qualité des soins
- Disposer de mesures factuelles de la qualité
- Renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins

ICALISO : que retenir....

- Indicateur composite de type O-M-A
- Organisation (16 pts)
 - EOH : ne fait pas tout... « destinataire »
 - Implication des chirurgiens est valorisé
 - Résultats transmis à la CME
- Moyens (10 pts)
 - utilisation du système d'information hospitalier
- Actions (74 pts)
 - Prévention
 - Surveillance
 - **Evaluation des pratiques**

Actions 50 points (4)

Environnement * (4 points)	Il existe une démarche de prévention lié à l'environnement (eau, air)
Surveillance (7points)	Une enquête de prévalence ou une enquête d'incidence a été réalisée dans l'année (autre qu'ISO, ou BMR ou hémodialyse)
	Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau
	Les résultats de la surveillance ont été rendus aux services participants
	La commission ou la conférence médicale d'établissement de santé est destinataire des résultats des surveillances
Analyse approfondie des causes d'un évènement infectieux grave (4 points)	Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux grave

ICAL ISO (actions)

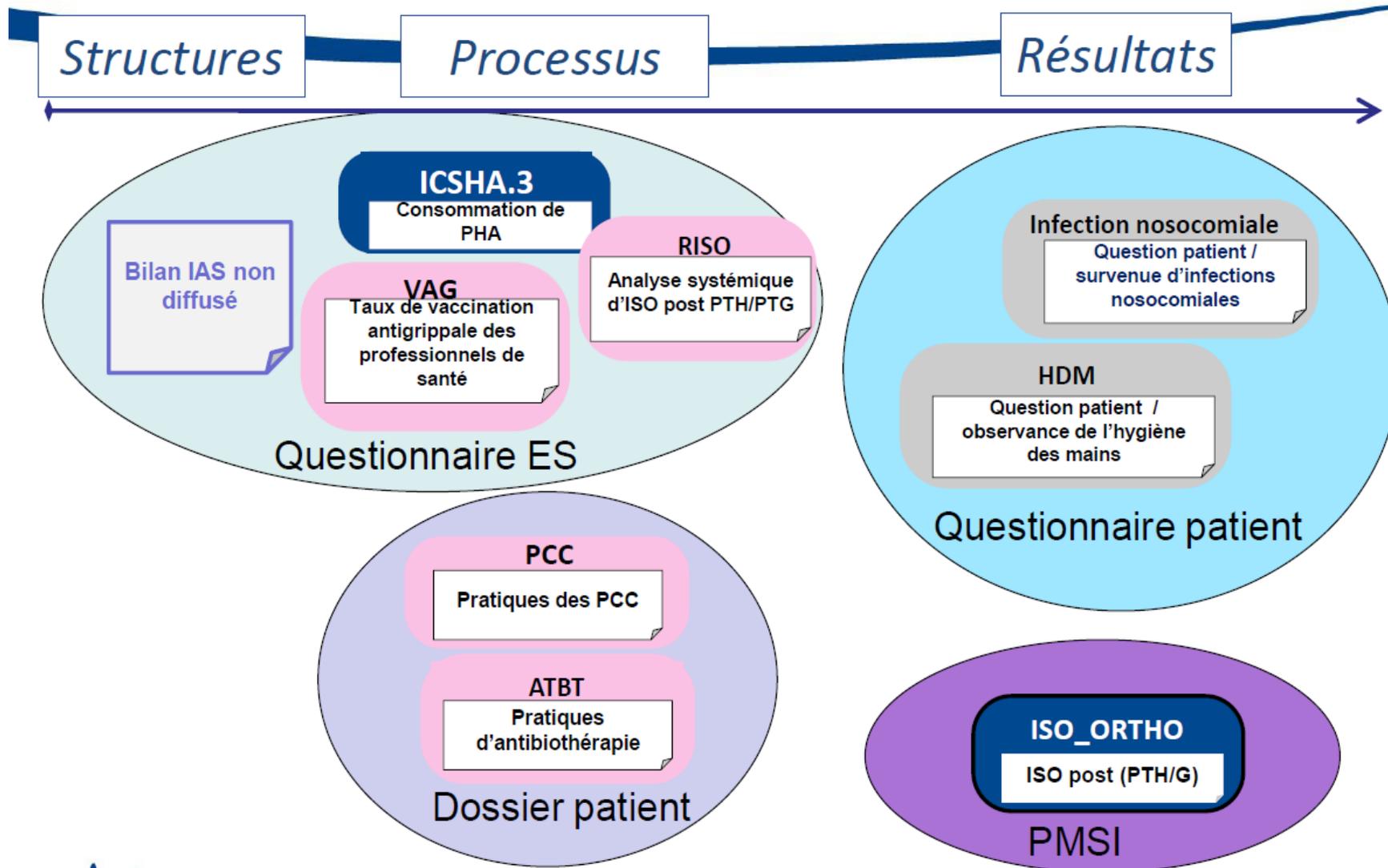
Surveillance (30 points)	Toutes les disciplines de chirurgie font l'objet d'une surveillance
	Au moins une discipline fait l'objet d'une surveillance dans le cadre d'un réseau
	Les résultats de la surveillance sont rendus au bloc opératoire, bloc obstétrical
	Les résultats de la surveillance sont rendus au service clinique, ou pôle, ou secteur d'activité
Évaluation des pratiques (24 points)	Une évaluation des pratiques d'antibioprophylaxie a été réalisée dans les 5 dernières années
	Une évaluation du protocole de préparation cutanée de l'opéré a été réalisée dans les 5 dernières années

Dr isabelle verheyde

Seront considérées comme des évaluations :

- audit,
- visite de risque,
- analyse de scénari,
- revue de morbi-mortalité...

IQSS : thème IAS en 2018



Les indicateurs

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développement d'indicateurs
en chirurgie orthopédique

**Mesure des infections
du site opératoire 3 mois après pose de
prothèse totale de hanche (hors fracture)
ou de genou (ISO-ORTHO)**

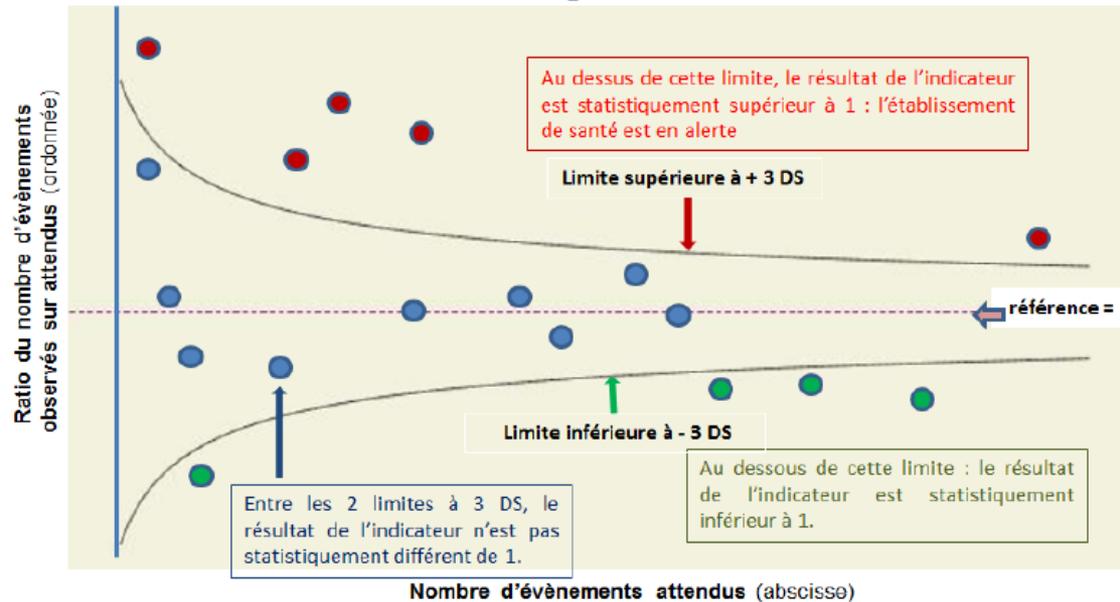
Octobre 2018

ISO-ORTHO (1)

- Indicateur de résultat mesuré à partir des bases médico-administratives (PMSI)
- Groupe de travail spécifique « ISO ORTHO » d'experts : chirurgien orthopédique, anesthésiste réanimateur, praticien et infirmiers hygiénistes, médecins DIM, représentants des usagers et des associations de patient...;
- Recueil, calcul et restitution automatisés à partir du PMSI MCO
- Indicateur : ratio standardisé du nombre d'ISO observé sur attendu 3 mois après pose de prothèse totale de hanche ou de genou
- Utilisation dans les démarches qualité et gestion des risques des établissements de santé, valorisation et suivi via la certification
- Suivi de l'évolution de la qualité du codage et des résultats
- *Actuellement en validation et 1^{ère} restitution des résultats aux établissements de santé prévue 2^{ème} semestre 2018*

ISO-ORTHO (2)

Restitution des résultats aux établissements de santé dans un funnel plot



Les causes menant à un résultat situé « en dehors des limites à + 3 DS » sont à investiguer par chaque ES concerné par retour au dossier

Ratio accompagné d'informations complémentaires par localisation de la prothèse

- + Brochure d'information
- + Guide de lecture du funnel plot
- + Fiche descriptive
- + Consignes de codage des ISO (ATIH)

Pour en savoir plus : Indicateurs en orthopédie : [où en est-on ?](#) Page ISO-ORTHO sur le [site de la HAS](#)

Analyse systémique d'ISO graves (post prothèse de hanche ou genou)

- Indicateur de processus
- Source de données : questionnaire établissement
- Exprime le taux d'ISO post prothèse de hanche ou genou ayant fait l'objet d'une analyse systémique
- dénominateur calculé à partir d'ISO ORTHO
- Se base sur une des actions du Propias : *axe 3, thème 3 « Favoriser la déclaration/signalement des ISO...ainsi que leur analyse a posteriori (RMM) »*
- Objectif : mobiliser les équipes chirurgicales autour de la prévention des ISO par une méthode de gestion des risques *a posteriori*
- *En cours de développement méthodologique*

Conclusion

Tout soignant doit participer à des programmes d'évaluation de ses pratiques

Evaluation **formative** (*versus* sommative) = Activité de formation, de progrès personnel (*versus* jugement)

Privilégier **l'approche collective**, le programme d'évaluation concerne l'équipe.

Privilégier la **pérennité**, les programmes d'évaluation doivent tendre à devenir continus.

L'évaluation doit faire partie du métier médical et être **intégrée à l'organisation** des équipes médicales