

Proposition d'un outil d'évaluation du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

Liliane HENRY - Arlin Normandie Caen

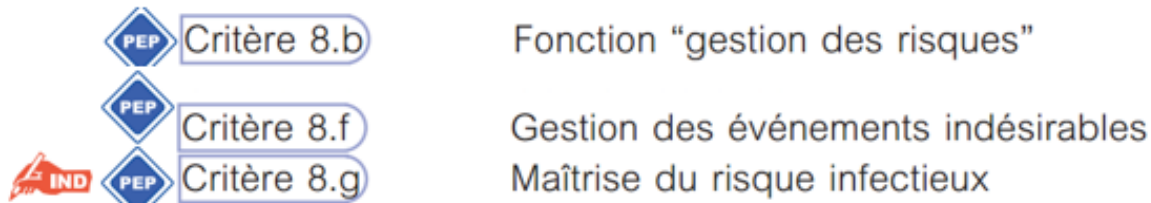
XIVe Journée Rouennaise de prévention des infections associées aux soins

JEUDI 21 AVRIL 2016 - Rouen

Contexte

- **Certification V2010**
 - 6 critères dont 3 PEP

Critère 1.e Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Critère 1.g Développement d'une culture qualité et sécurité
Critère 8.d Évaluation des risques *a priori*



- **Certification 2014**
 - Patient traceur
 - Compte qualité
 - **Gestion du risque infectieux**



Contexte

- **Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé**
 - Organisation de la lutte contre les EIAS, dont les **IAS**
 - ⇒ disposer d'une expertise relative à la méthodologie de gestion des risques associés aux soins, en particulier l'analyse des événements indésirables
- **Circulaire n° 416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010**
 - Programme d'actions pour la qualité et la sécurité des soins :
 - Volet sur la **lutte contre les IN**
 - Mise en place d'une démarche de **gestion des risques** associés aux soins *a priori et a posteriori*

Contexte

- **Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins. Juin 2015**

- 3 axes du Propias :

- Axe 1 : parcours de santé (3 secteurs de l'offre de soins)
- Axe 2 : maîtrise de l'antibiorésistance
- Axe 3 : actes invasifs



Objectifs et actions de la PIAS de l'Axe 1 selon les niveaux de mise en œuvre

Objectifs (O)	Actions (A)		
	Local	Régional	National
O1 : Cohérence, efficacité, synergie de la PIAS dans les 3 secteurs	A1 : Patient/résident, partenaire de l'équipe soignante A2 : Améliorer le travail en équipe/tutorat	A2 : Diffusion des recommandations actualisées de PIAS	A2: S'appuyer sur les objectifs d' « Hôpital numérique » et « territoire de soins numérique » A2 : Guide de gestion du risque IAS en ville A3 : Utilisation des médias sociaux
O2 : La PIAS déclinée en région	A1 : Missions élargies pour les EOH/création d'EMH A1 : Coopération EOH/GDR/Référent ATB et dans les 3 secteurs A4 : Conformité des EOH au ratio	A1 : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB A1 : Réseaux EOH/EMH/GDR et référents en antibiothérapie, centres de conseil en antibiothérapie; A2 : Coopération des réseaux avec les SRVA (Arlin/CClin/Omedit/SRA), Cire, coordination par ARS A3 : Valorisation de l'accompagnement des ARS en EMS et soins de ville	A1 : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB A4 : Ratio des professionnels en hygiène en ES
O3 : Compétences des professionnels de santé et connaissances des usagers sur la PIAS	A1 : Formation continue de tous professionnels de santé en hygiène A1 : Formation continue des professionnels spécialisés en hygiène A2 : Méthodes d'apprentissage par simulation A3 : Informer et associer le patient à sa PEC A4 : Former les RU	A1 : Formation continue des professionnels en hygiène en SRVA A1 : Outils métiers A1 : Supports de formation A2 : Outils de GDRAS, RMM, REX	A1 : Formation initiale en hygiène obligatoire pour tous professionnels de santé dans tous les secteurs A1 : Référentiels métier d'hygiéniste A1 : Supports de formation
O4 : Le signalement des IAS par tous	A1 : Tous les ES ont une connexion opérationnelle à e-SIN A2 : Analyse approfondie des causes pour certaines IAS signalées en externe (en ES)	A1 : Evaluation qualitative et quantitative du signalement A2 : Analyse de REX	A1 : SNS/réorganisation des vigilances : mise en place du portail commun de déclaration
O5 : Etat des lieux des IAS (ES, EMS, ville)	A1 : Surveillance automatisée à partir des SIH (actes ciblés)	A2 : ENP en EMS et état des lieux en soins de ville A4 : Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance	A2 : ENP en EMS et état des lieux en soins de ville A3 : ENP des IAS en ES A4 : Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance

A2 : Former les professionnels en hygiène à l'utilisation et à la diffusion des outils de gestion des risques associés aux soins (GDRAS) (analyses de scenarii, visites de risque, audit ...), ...

* Les niveaux de mise en œuvre: local, régional et national ; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

Objectifs et actions de la PIAS de l'Axe 2 selon les niveaux de mise en œuvre

Objectifs (O)	Actions (A)		
	Local	Régional	National
O1 : Le patient - acteur de la maîtrise de l'antibiorésistance	A1 : Sensibiliser les patients/résidents à la pression de sélection par les ATB A2 : Informer les patients/résidents porteurs de BMR/BHRe	A1 : Outils d'informations pour les patients/résidents	A1 : Information du grand public A1 : Journée antibiotiques
O2 : Améliorer le niveau d'application des PS et la prise en charge du péril fécal	A1 : Formation continue de tous les professionnels à l'HDM A1 : Audits d'HDM et suivi bisannuel des consommations de PHA A1 : Sensibilisation des professionnels aux autres PS : port des gants et du masque A1 : Adhésion aux campagnes saisonnières de sensibilisation A2 : Gestion des <i>excreta</i> /Formations/Audits ciblés A2 : Bionettoyage quotidien	A1 : Formation continue des professionnels des SRVA et ARS aux PS A1 : Evaluation des PS A1 : Outils Grepvh A1 : Charte « qualité pour des soins plus surs » pour les professionnels de santé libéraux (PS, HDM, EPI) A2 : Prioriser la gestion des <i>excreta</i> /Formations/Audits ciblés A2 : Evaluation du bionettoyage	A1 : Formation initiale de tous les professionnels à l'HDM A1 : Journée mondiale HDM et boîte à outil nationale A1 : Indicateur de consommation des PHA en ES et EMS et en soins de ville A1 : Indicateur d'observance HDM : Outils Grepvh A1 : Charte « qualité pour des soins plus surs » pour les professionnels de santé libéraux
O3 : Prioriser la lutte contre les EBLSE, les BHRe et maintenir les actions vis à vis du SARM	A1 : Evaluation régulière des PS et PCC chez les patients A2 : Informer et former tous les intervenants A3 : Maitriser la diffusion des EBLSE A3 : Incidence des BN à EBLSE en ES, cibles : <i>E. cloacae</i> BLSE A3 : Prévalence des EBLSE en EMS A4 : Consolider la maîtrise des SARM A4 : Incidence des BN à SARM en ES/% par patient A4 : Prévalence des SARM en EMS A5 : Risque BHRe/Signalement de tout nouveau cas A5 : Cibles quantitatives pour BHRe A5 : Evaluation systématique des PCC/gestion des <i>excreta</i> A5 : Système informatique de repérage lors des réadmissions/fiche de liaison lors des transferts A5 : Méthodes de détection rapide BHRe A5 : Plan local de gestion des épidémies A6 : Encadrer les traitements antibiotiques des porteurs de BHRe et des contacts		
O4 : Contrôler l'impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne	A1 : Place des TROD A2 : Formation des prescripteurs A3 : Réduction de consommation des ATB et réévaluation à J3 et J7 A3 : Développer les systèmes d'information facilitant la réévaluation A3 : EPP, DPC, Audit ATB thérapie et prophylaxie A4 : Réduire l'incidence des ICD A4 : Promouvoir et étendre le signalement des cas groupés A5 : Promouvoir la vaccination des patients ou résidents à risque et des professionnels de santé (taux de couverture vaccinale)	A2 : Formation initiale et continue des prescripteurs A3 : Surveillance par les SRVA A3 : Pilotage par les ARS de la mise en œuvre du plan ATB A3 : Mobilisation des ES par l'ARS via les CPom et de la ville par les URPS A3 : Mise à disposition des prescripteurs des guides de bonne pratique et protocoles de première intention/site d'infection A4 : Analyser les signalements d'ICD A5 : Promouvoir la vaccination des patients à risque et des professionnels de santé	A2 : Formation initiale des prescripteurs A3 : Surveillance ATB Raisin A3 : Indicateur TdBIN du bon usage des ATB A3 : Suivi du Plan Alerte ATB A3 : Mise à disposition des prescripteurs des guides de bonne pratique A4 : Analyser les signalements d'ICD A5 : Promouvoir la vaccination des patients à risque et des professionnels de santé (taux de couverture vaccinale)

A1 : Utiliser... des outils pour effectuer des audits...des outils de gestion des risques « visites de risque » à périodicité définie dans tous les secteurs d'activité...
A2 : Réaliser une évaluation de la gestion des *excreta* (visites de risque, audits ciblés...)

Objectifs et actions de la PIAS de l'Axe 3 selon les niveaux de mise en œuvre

Objectifs (O)	Actions (A)		
	Local	Régional	National
O1 : Connaître, évaluer et prévenir le risque infectieux associé aux actes invasifs réalisés dans les 3 secteurs de l'offre de soins	<p>A2 : Revue de pertinence des actes et du maintien des dispositifs invasifs</p> <p>A3 : Formation des professionnels à la pratique des actes invasifs: simulation, tutorat, évaluation des connaissances techniques avant la pratique</p> <p>A4 : Programmes d'amélioration de la sécurité du patient : travail en équipe, apprentissage par l'erreur, faisceaux de mesures, etc.</p> <p>A5 : Promotion des outils d'audit/Approches EPP-DPC/Analyse systémique des causes/REX-RMM</p> <p>A6 : Sensibilisation/évaluation des bonnes pratiques en ville</p>	<p>A1 : Identification des actes invasifs réalisés en ville, en EMS / Recommandations associées</p> <p>A1 : Diffusion des recommandations de bonnes pratiques (SRVA)</p> <p>A3 : Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS (SRVA)</p> <p>A5 : Promotion des outils d'audit (Grepjh, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX</p> <p>A6 : Contrôles de conformité des installations (ARS, ordres).</p>	<p>A1 : Diffusion des recommandations de bonnes pratiques</p> <p>A3 : Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS</p> <p>A5 : Promotion des outils d'audit (Grepjh, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX</p>
O2 : Disposer d'outils de surveillance des infections associés aux actes invasifs dans les 3 secteurs de l'offre de soins	<p>A1 : Associer le patient à la surveillance</p> <p>A2 : Surveillance par les professionnels de santé</p> <p>A3 : Surveillance, en ES, aux CVC en réanimation et en soins intensifs</p> <p>A4 : Surveillance (ES) et des bactériémies à <i>S. aureus</i></p>	<p>A1 : ...Programmer dans les ES des « visites de risque » dans tous les secteurs pratiquant des gestes invasifs...</p> <p>A3 : ...Développer et utiliser des outils spécifiques dédiés à la prévention du risque infectieux associé aux actes invasifs...</p>	
O3 : Disposer d'outils de surveillance des ISO profondes, d'évaluation de leur prévention et de gestion des risques adaptés dans les 3 secteurs de l'offre de soins.	<p>A1 : Généraliser la surveillance des ISO graves - automatisation de la surveillance(SIH) : taux d'ISO</p> <p>A1 : Favoriser déclaration des ISO graves (par les professionnels de santé et les patients)</p> <p>A1 : RMM pour ISO graves</p> <p>A2 : Qualité de l'antibioprophylaxie : protocoles actualisés, audits de conformité, etc.</p> <p>A2 : Travail en équipe au bloc/mobilisation pour la PIAS</p>	<p>A1 : Analyse des données de surveillance (Cclin/Arlin)</p> <p>A2 : Former les ES à la gestion des risques <i>a priori</i> et travail en équipe au bloc (Cclin/Arlin/SRA)</p>	<p>A1 : Surveillance ISO couplée à des modules d'évaluation de pratiques</p> <p>A1 : Analyse des données de surveillance</p> <p>A1 : Exploitation des données issues des CIOA.</p>

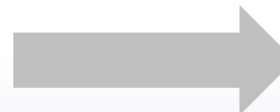
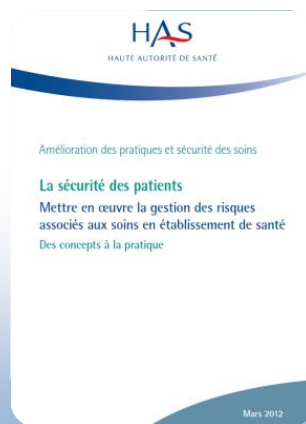
Groupe de travail GDR du CCLin Ouest

- **Composition du groupe GDR**

- Hygiénistes
- GDR : Capps (*Groupement de Coopération Sanitaire « Coopération pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé Bretagne »*)

- **Objectifs**

- Formations aux outils GDR
- Un guide de GDR appliqué à l'hygiène



Les fiches méthodes

- **Pour chaque méthode choisie :**
 - Objectifs
 - Principes
 - Modalités
- **Choix de 2 méthodes *a posteriori* et de 2 méthodes *a priori***
 - Méthodes *a posteriori* :
 - La méthode Alarm
 - L'arbre des causes
 - Méthodes *a priori* :
 - L'analyse de scénario
 - La visite de risque

La visite de risques, c'est quoi ?

- **Un outil de GDR *a priori***
 - Méthode HAS
- **A quoi ça sert ?**
 - Réaliser un état des lieux de la prévention du risque infectieux lié aux pratiques professionnelles et à l'environnement dans un service de soins
 - Analyser le risque infectieux d'une activité de soins ou d'un service à risques (ex : endoscopie, bloc opératoire, réanimation...)

L'audit mixte

- **Un outil de GDR *a priori et a posteriori***
 - Méthode HAS
 - 2 volets
 - Entretiens avec les professionnels
 - Observation et étude documentaire
- **Objectifs**
 - Réaliser un état des lieux de la prévention du risque infectieux
 - Evaluer les niveaux de conformité des pratiques
 - Identifier les points forts et les points à améliorer
 - Définir un plan d'actions d'amélioration

Ce qui est proposé

- Outil d'évaluation du risque infectieux en établissements de santé et/ou médico-social
 - Visite de terrain = « photographie » de la gestion du risque infectieux dans un service
 - 2 parties :
 - une partie **entretien** avec les professionnels
 - une partie **observation / documentation**



2 outils

Outil d'évaluation du risque infectieux

- **Une grille d'entretien avec les professionnels**
 - Organisation de la prévention des IAS
 - Précautions standard
 - Précautions complémentaires
 - Soins invasifs
 - Entretien des DM et bionettoyage
 - Gestion des *excreta*
 - Soins de nursing

Outil d'évaluation du risque infectieux en unité de soins ou médico-social Grille d'entretien avec les professionnels – Document de travail –

Se reporter au Guide de l'auditeur pour renseigner la fiche.

N° de fiche :

Date de l'audit :

Service :

Auditeur (facultatif) :

Catégorie professionnelle de la personne interrogée : M CS IDE AS ASH autre



Critères		Éléments attendus Le personnel interrogé :	Con [*]	Nconf [*]	NA [*]	Commentaires
A – Organisation de la prévention des infections associées au soin						
A1	Connaissez-vous l'équipe opérationnelle d'hygiène ?	Nomme au moins un membre de l'EOH.				
A2	Connaissez-vous le(s) correspondant(s) en hygiène de votre unité ?	Nomme le(s) correspondant(s) en hygiène, ou bien où trouver l'information.				
A3	Savez-vous où trouver la documentation relative à l'hygiène (le « classeur hygiène ») ?	Montre les documents (papier ou informatique)				
A4	Savez-vous comment signaler les infections nosocomiales ?	Explique comment et à qui il signale une IN.				
A5	Pensez-vous que toutes les infections nosocomiales doivent être déclarées ?	Sait que toutes les infections nosocomiales doivent être signalées.				
B – Précautions standard (PS)						
B1	Quelles sont les règles à respecter pour avoir une tenue professionnelle conforme et les pré-requis pour assurer une bonne hygiène des mains ?	Cite ou respecte : <input type="checkbox"/> absence de tenue civile ou tenue civile à manches courtes recouverte par une tenue professionnelle propre, <input type="checkbox"/> manches courtes, <input type="checkbox"/> cheveux longs ou mi- longs attachés, <input type="checkbox"/> absence de bijoux aux mains et poignets, <input type="checkbox"/> ongles courts et nus.				
B2	Lors des soins, avez-vous un produit hydro-alcoolique au plus près du soin ?	Emporté un PHA avec lui dans la chambre pour les soins (ou il y en a un dans la chambre en permanence).				
B3	A quels moments réalisez-vous un geste d'hygiène des mains ?	Cite ou respecte : <input type="checkbox"/> avant et après tout soin ou tout contact direct avec un patient ou son environnement, <input type="checkbox"/> entre un soin contaminant et un soin propre chez un même patient, <input type="checkbox"/> entre 2 patients, <input type="checkbox"/> avant de mettre les gants et après les avoir retirés.				
B4	Connaissez-vous l'indicateur ICSHA de votre unité ?	Donne un résultat approximatif de l'ICSHA de son service				
B5	Où est affichée la conduite à tenir en cas d'AES ?	Montre l'affiche ou indique où elle se trouve.				
B6	Des dispositifs médicaux sécurisés sont disponibles dans le service ?	Cite des exemples de dispositifs médicaux sécurisés (cathéters, stylos à insuline...)				
B7	Quelles sont les règles d'utilisation des conteneurs pour OPCT ?	Cite ou respecte : <input type="checkbox"/> la proximité immédiate du soin, <input type="checkbox"/> la fermeture provisoire entre 2 utilisations, <input type="checkbox"/> le respect du niveau de remplissage, <input type="checkbox"/> la fixation (ventouse, plateau préformé...), <input type="checkbox"/> la fermeture définitive avant élimination.				

Outil d'évaluation du risque infectieux

- **Une grille d'observation et documentaire**

- Organisation de la prévention des IAS
- Précautions standard
- Précautions complémentaires
- Soins invasifs
- Entretien des DM et bionettoyage
- Gestion des *excreta*
- Gestion des déchets
- Gestion du linge
- Maitrise du risque lié à l'eau
- Maitrise du risque lié à l'alimentation

Outil d'évaluation du risque infectieux en unité de soins ou médico-social

Grille d'observation et documentaire – Document de travail –

N°	Critères	Éléments attendus	Conf*	Nconf*	NA*	Commentaires	
C9	Nombre de patients en PC « gouttelettes » pour lesquels les masques chirurgicaux anti-projection (type R) sont utilisés correctement par les professionnels.	Observer le port systématique de masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre chez les patients en PC « gouttelettes » (infection respiratoire virale, coqueluche, grippe saisonnière...), avec <input type="checkbox"/> application correcte au visage (nez et menton couverts par le masque, <input type="checkbox"/> barrette du nez pincée, <input type="checkbox"/> pas de masque autour du cou), <input type="checkbox"/> pas de masque dans les poches. <i>Cocher NA si pas de patient en PCG le jour de la visite ou si non observé.</i>	n ₁₄ =				
C10	Nombre de patients en PC « air » pour lesquels les APR sont utilisés correctement par les professionnels.	Observer le port systématique d'appareil de protection respiratoire dans les situations le nécessitant (suspicion de tuberculose, rougeole, varicelle), avec <input type="checkbox"/> application correcte au visage (nez et menton couverts, <input type="checkbox"/> barrette du nez pincée, <input type="checkbox"/> fit-test efficace, <input type="checkbox"/> pas d'APR autour du cou). <i>Cocher NA si pas de patient en PCA le jour de la visite.</i>					n ₁₅ =
C11	Nombre de patients pour lesquels la transmission de l'information est faite en cas de transfert du patient ou de demande d'examen.	Observer si l'information est transmise en cas de transfert de patient (autre unité, autre établissement) ou de demande d'examen : tampon sur les bons, information dans le courrier accompagnant le patient...					n ₁₆ =

D – Soins invasifs

Sondage à demeure :						
D1	Nombre de patients porteurs d'une SAD lors de la visite :	<i>Cocher NA si pas de SAD dans le service le jour de la visite et passer au critère D3.</i>	N ₇ =			
	Nombre de poses de SAD tracées :	Rechercher la traçabilité de la <input type="checkbox"/> pose dans le dossier des patients. Vérifier qu'elle mentionne <input type="checkbox"/> le respect des conditions d'asepsie.				
D2	Nombre de SAD pour lesquelles l'évaluation de la pertinence du maintien et la surveillance clinique quotidiennes sont effectives :	Rechercher dans le dossier <input type="checkbox"/> l'évaluation quotidienne de la pertinence du maintien de la SAD et <input type="checkbox"/> la surveillance clinique quotidienne.	n ₁₈ =			
Cathétérisme veineux et sous-cutané :						
D3	Nombre de cathéters en place (CVP – CVC – CSC) le jour de la visite :	Un patient peut être porteur de plusieurs cathéters : évaluer chaque cathéter. <i>Cocher NA si pas de cathéter dans le service le jour de la visite et passer au critère D5.</i>	N ₉ =			
	Nombre de poses de cathéters tracées :	Rechercher <input type="checkbox"/> la traçabilité de la pose dans le dossier des patients. Vérifier qu'elle mentionne <input type="checkbox"/> le respect des conditions d'asepsie (et <input type="checkbox"/> le choix du site de pose pour les CVC).				
D4	Nombre de cathéters pour lesquels l'évaluation de la pertinence du maintien et la surveillance clinique quotidiennes sont effectives :	Rechercher dans le dossier <input type="checkbox"/> l'évaluation quotidienne de la pertinence du maintien et <input type="checkbox"/> la surveillance clinique du cathéter.	n ₂₀ =			
Flacons de produits antiseptiques :						

Outil d'évaluation du risque infectieux

- **Un guide « de l'auditeur »**
 - Modalités de réalisation de la visite
- **Un diaporama de formation des auditeurs**
- **Un outil informatique pour le recueil des données**
 - Saisie des données et publication automatique d'un rapport de résultats
 - Objectif : aide à la priorisation des actions à mettre en œuvre (code couleur ou échelle numérique)

Outil d'évaluation du risque infectieux

- **Exploitation des résultats**

- Présentation des résultats aux professionnels concernés
- Mise en place d'actions d'amélioration (échancier)
- Critères les moins maitrisés : analyse des causes avec les professionnels de terrain, audit ciblé
- ... et à distance : évaluation des actions mises en place



A ce jour ?

- **Finalisation du travail du groupe**
 - Relecture et validation au niveau national
 - Développement de l'outil informatique
 - Mise à disposition sur le site CClin-Arlin



The image displays the CClin-Arlin logo at the top center, which includes the text "Réseau" on the left and "CClin-Arlin" on the right. Below the logo is a map of France divided into regions, each labeled with a CClin name (e.g., CClin Paris-Nord, CClin Ouest, CClin Est, CClin Sud-Est, CClin Sud-Ouest). To the left of the map is a vertical menu with the following items: "Actualités Ebola", "Alertes", "Gestion des risques" (highlighted with an orange box), "Campagnes Mission mains propres 05/05", "Antibiotiques", "Sécurité patient", "Agenda", "Emploi", "Formation", and "Grand Public". To the right of the map are four logos for partner organizations: "Nosobase" (Documentation et information), "RAISIN" (Signalement et surveillance), "GREP'H" (Evaluation des pratiques), and "ProdyBase" (Désinfectants et produits).

A ce jour?

- De l'outil d'évaluation du risque infectieux en établissement de santé ou médico-social
 - 1^{er} semestre 2016



La visite de risque appliquée au risque infectieux en établissement de santé ou médico-social

- 2^{ème} semestre 2016

Fiche 17. Visite de risques

Objectif

Réaliser au contact du terrain un constat argumenté des difficultés de mise en place des mesures de qualité-sécurité des soins



Principe

→ Issue des domaines de l'assurance et de l'industrie, la visite de risques est introduite dans l'établissement de santé comme méthode de repérage et d'évaluation de risques latents. Cette méthode a priori combine plusieurs modes de recueil de données (sélection d'un référentiel, interview, visite sur site et observation). Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en œuvre rapide et le développement de la culture de sécurité.

Indication

- Via l'assureur dans le cadre de la mise en œuvre ou du renouvellement d'un contrat d'assurance (les visites portent sur les activités jugées les plus à risques pour lui, en secteur obstétrical, aux urgences, en réanimation, au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire).
- Via l'établissement de santé (problématique locale) ou une structure régionale d'appui (problématique régionale) en recherche d'une collaboration étroite avec les services et d'une mise en œuvre d'actions correctives immédiates.

À savoir

→ Dans le cas de la visite de terrain effectuée par l'encadrement de l'établissement, le modèle se rapproche de ce que les anglo-saxons appellent « patient safety walkrounds »¹⁸: les modalités de la visite se rapprochent de celles d'une visite du comité d'hygiène et de sécurité au travail (CHSCT), soit centrée sur la qualité et la sécurité des soins et des patients. Le point fort de ces « walkrounds » est d'impliquer nominalement un des directeurs de l'établissement présent dans la visite. Les services concernés et les directeurs impliqués changent chaque mois. Le responsable de soins élu ou le responsable médical utilisent cette visite pour montrer au directeur de visu sur le terrain les points les plus critiques et discuter de leurs solutions: les constatations et les décisions sont inscrites dans un cahier de visite; le suivi des solutions préconisées est mensuel. La littérature indique que ces visites ont un taux de suivi de correction par la direction de l'établissement très supérieur aux autres actions traditionnelles en qualité et sécurité sur sites impliquant directement et normalement le directeur qui n'est déplacé sur le terrain.

¹⁸ Thomas EJ, Sexton JB, Nellands TB, Furland A, Helmskin RL. The effect of periodic walk rounds on nurse safety culture: attitudes: a randomized trial of clinical units. BMC Health Serv Res 2005; 5(1): 28.

Merci de votre attention



- Actualités — Alertes — **Outils-GDR** — Grand Public —
- Agenda — Campagnes — Formation — Emploi —



- Actualités
- Ebola
- Alertes
- Gestion des risques**
- Campagnes
- Mission mains propres 05/05
- Antibiotiques
- Sécurité patient
- Agenda
- Emploi
- Formation
- Grand Public



Outils Gestion des risques

Les établissements de santé sont confrontés à de nombreux risques liés à la diversification de défaillances qu'elles soient techniques, humaines ou organisationnelles. Leur prévention est une préoccupation constante pour les professionnels de santé. La maîtrise des risques, démarche à la fois managériale et technique, permet de réduire les risques.

Les Cclin ont élaboré des outils afin de réduire ces risques :

- Analyse de processus et certification**
- Analyse des causes**
- Analyse de scénario**
- Checklist**
- Retour d'expérience**
- Visite de risque**

<http://www.cclin-arlin.fr/>

<http://www.rhbn.org/>