



Visite de risque infectieux en hémodialyse

Guide méthodologique

2016



COORDINATION

GARDES Sophie, praticien en hygiène hospitalière, groupement hospitalier Sud HCL, Lyon.

LAPRUGNE-GARCIA Elisabeth, cadre supérieur de santé en hygiène hospitalière, Cclin Sud-Est, Lyon.

GROUPE DE TRAVAIL

CHAIX Martine, Cadre de santé en centre de dialyse, Hôpitaux Drome Nord, Romans sur Isère.

COULOMB François, praticien en hygiène hospitalière, réanimateur et coordonnateur de la gestion des risques, CH de Dreux.

DARRE-PLAT Silvina, médecin néphrologue, ATIR (Association Traitement Insuffisance Rénale), Avignon.

DULAC Nathalie, infirmière en unité de soins d'hémodialyse, groupement hospitalier Sud HCL, Lyon.

GENGLER Marie-Elisabeth, infirmière en hygiène hospitalière, Arlin Rhône-Alpes, Lyon.

LACOUR Stéphanie, infirmière en unité de soins d'hémodialyse, Hôpitaux Drome Nord, Romans sur Isère.

MERCIER Chantal, infirmière en hygiène hospitalière, CH de Valenciennes.

LOUDIN David, infirmier en hygiène hospitalière, ARPDD (Association Régionale Promotion Dialyse à Domicile), Reims.

PONS Frédéric, cadre de santé en centre de dialyse, AAIR (Association d'Aide aux Insuffisants Rénaux chroniques) Midi-Pyrénées, Toulouse.

SAVEY Anne, directeur Cclin Sud-Est, Lyon.

TOLANI Michel, médecin néphrologue, praticien en hygiène hospitalière, Polyclinique Saint-Côme, Compiègne.

VERGNES Hervé, cadre de santé en hygiène hospitalière, Arlin Midi-Pyrénées, Toulouse.

VERJAT-TRANNOY Delphine, praticien en hygiène hospitalière, Cclin Paris Nord.

WAES Sylvaine, infirmière en hygiène hospitalière, CH de Roubaix.

GROUPE DE VALIDATION - GREPHH

Coordonnateurs : GIARD Marine (Cclin Sud-Est) et JOUZEAU Nathalie (Cclin Est)

SIMON Loïc (Cclin Est)

AUPEE Martine et ERTZSCHEID Marie-Alix (Cclin Ouest)

LANDRIU Danièle (Cclin Paris-Nord)

LALAND Catherine, ZARO-GONI Daniel (jusqu'à juin 2015) et DELANNOY Véronique (Cclin Sud-Ouest)

ÉTABLISSEMENTS TESTEURS

- AAIR MIDI-PYRÉNÉES - TOULOUSE CÉPIÈRE (31)
- AIRBP - CHARTRES (28)
- ARLIN ILE-DE-FRANCE - PARIS (75)
- AURAR DIALYSE, pôle néphrologique sud - SAINT PIERRE (974 La Réunion)
- ARPDD - REIMS (51)
- CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL JEAN BERNARD - VALENCIENNES (59)
- CENTRE NEPHROCARE - MURET (31)
- CLINIQUE DU TONKIN - VILLEURBANNE (69)
- HOPITAUX DROME NORD site de ROMANS (26)
- LA DIALOISE - COMPIEGNE (60)
- POLYCLINIQUE SAINT CÔME - COMPIÈGNE (60)

SOMMAIRE

Glossaire.....	5
Introduction.....	6
Principe de la visite de risque infectieux en hémodialyse	7
Objectifs	8
Objectifs principaux.....	8
Objectifs spécifiques	8
Champ d’action	9
Etablissements de santé concernés	9
Types de structures concernées.....	9
Types de structures exclues	9
Périmètre de la visite de risque infectieux.....	9
Méthode.....	9
Référentiels utilisés	9
Quand réaliser une visite de risque infectieux en hémodialyse ?.....	10
Les étapes de la visite de risque.....	11
Les acteurs de la visite de risque infectieux et leurs rôles.....	11
Annexes	14
Fiche n° 1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l’unité de soins.....	14
Fiche n° 2 : Recensement documentaire	15
Fiche n° 3 : Exemple de planification d’une visite.....	16
Fiche n° 4 : Entretiens individuels	17
Fiche n° 5 : Observations branchement et débranchement CVC et FAV	18
Fiche N° 6 : Rendu des résultats et plan d’amélioration.....	19

Glossaire

AES : accident d'exposition au sang

Arlin : antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales

CCECQA : comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine

CClin : centre de coordination pour la lutte contre les infections nosocomiales

Clin : comité de lutte contre les infections nosocomiales

CVC : cathéter veineux central

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DIV : dispositif intra vasculaire

EOH : équipe opérationnelle d'hygiène

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

FAV : fistule artério veineuse

GDR : gestion des risques

Grephh : groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière

HDC : hémodialyse en centre

IAS : infection associée aux soins

OPCT : objets, piquants, coupants, tranchants

PCH : précautions complémentaires d'hygiène

PNSP : programme national pour la sécurité des patients

PROPIAS : programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

REX : retour d'expérience

RMM : Revue de morbi- mortalité

SF2H : société française d'hygiène hospitalière

UAD : unité d'autodialyse

UDM : unité de dialyse médicalisée

Introduction

L'activité d'hémodialyse repose sur de nombreux gestes dont des actes invasifs : pose de cathéter veineux central (CVC), branchement et débranchement sur CVC et sur fistule artérioveineuse (FAV). La sécurité de leur réalisation nécessite une parfaite maîtrise des risques et notamment du risque infectieux omniprésent du fait de la technicité des soins. Les risques de défaillances sont liés à la complexité des dispositifs, des procédures et de l'organisation ainsi qu'à la multiplicité des acteurs.

Des défaillances au niveau des soins et/ou de la gestion du matériel peuvent conduire à des transmissions de micro-organismes aux patients (colonisation, infection des abords veineux, bactériémie, risque viral hématogène...). Ce risque est d'autant plus important que les patients dialysés sont souvent fragiles et immunodéprimés. Les infections associées aux soins sont la deuxième cause de morbi-mortalité en dialyse après les maladies cardio-vasculaires¹.

La manipulation répétée des accès vasculaires expose par ailleurs les soignants au risque d'accident d'exposition au sang (AES) : 23,5% des AES surviennent lors de la manipulation des accès vasculaires, selon le rapport annuel 2013 du réseau de surveillance des AES².

De nombreux textes réglementaires et des recommandations de bonnes pratiques encadrent les modalités de prise en charge en dialyse^{3 4}.

L'amélioration de la prévention des infections associées aux actes invasifs constitue un axe important du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) de 2015⁵. Dans ce contexte, il est demandé aux établissements de santé de développer une culture de qualité et de sécurité des soins en utilisant des outils de gestion des risques adaptés aux différentes activités de soins et notamment la visite de risque.

¹ <http://www.soc-nephrologie.org/REIN/index.htm>

² http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/AES/Rapport/Rapport_AES_SE_2013.pdf

³ <http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/Reglementation/Hemodialyse.html>

⁴ <http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/recommandations/hemodialyse.html>

⁵ <http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/Reglementation/2015/instruction/propias2015.pdf>

Pour aider les équipes d'hygiène et les professionnels des unités de soins concernées par la dialyse à mettre en œuvre de telles démarches, le Grephh a choisi de développer un outil de type « visite de risque », en accord avec des professionnels de terrain travaillant en dialyse.

Principe de la visite de risque infectieux en hémodialyse

La visite de risque est une méthode de gestion des risques *a priori* qui a pour objectif de repérer les situations à risque dans une unité de soins donnée⁶. Elle repose sur une évaluation de l'ensemble de l'activité de l'unité de soins établie selon les référentiels en vigueur et en lien avec le parcours du patient (arrivée du patient, séance de dialyse, interséance, départ du patient). En pratique, il est proposé une visite de l'unité de soins, un recensement documentaire, une observation des pratiques et des entretiens individuels avec les professionnels et les patients. L'observation n'a pas pour but, comme dans les audits, de mesurer un taux de conformité des pratiques aux recommandations : elle vise à identifier ce qui, dans l'environnement de travail, le matériel ou l'organisation, peut favoriser la survenue d'anomalies ou de dysfonctionnements. Les entretiens permettent d'appréhender le niveau d'appropriation des protocoles par les professionnels, leur connaissance des moyens de prévention du risque infectieux. Cette méthode a pour intérêt de sensibiliser les équipes aux différents risques infectieux associés aux actes d'hémodialyse, et d'offrir aux professionnels l'occasion de s'exprimer sur leurs pratiques et l'organisation de l'unité de soins. Elle favorise la recherche commune de solutions pragmatiques, susceptibles d'être mises en œuvre rapidement et auxquelles les professionnels adhéreront d'autant plus qu'ils sont force de proposition.

La visite de risque s'adresse à des équipes pluri-professionnelles souhaitant s'impliquer dans une démarche commune d'amélioration de l'existant et consolider les actions déjà mises en place (mesures barrières ou défenses). Elle doit favoriser, lorsqu'elle n'existe pas, l'instauration d'une culture de qualité et de sécurité au sein de l'activité concernée et proposer un outil utile là où cette culture est déjà implantée.

L'identification des principales défenses permet de définir et de proposer aux unités de soins un plan d'actions d'amélioration et d'établir des priorités.

⁶ <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche17.pdf>

Le nombre d'observations est limité, en lien avec la méthode, ainsi les résultats attendus sont plus qualitatifs que quantitatifs. La nature de la démarche est formative. Les avantages sont l'identification des situations à risque spécifique de l'activité de l'unité de soins en combinant plusieurs approches : une approche positive, une démarche impliquant toute l'équipe (prise en compte de l'avis et l'expérience du personnel et l'élaboration de solutions par l'équipe avec les évaluateurs). C'est une évaluation non exhaustive.

La visite de risque ainsi proposée s'inscrit dans le programme national pour la sécurité des patients (PNSP)⁷ ainsi que le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) de 2015. Les auteurs du premier axe de ce programme insistent en effet sur le développement de la prévention des IAS tout au long du parcours de soins, en impliquant les patients. En prévoyant un entretien avec les patients de l'unité de soins, la visite de risque permet, sur la base de leurs remarques quant au fonctionnement de l'unité de soins, d'améliorer la qualité, la sécurité des soins et leur prise en charge. Le patient devient co-acteur de sa sécurité en contribuant à l'évaluation.

Objectifs

Objectifs principaux

- Evaluer les points forts et les points critiques de l'activité et des pratiques professionnelles concernant la prévention et la gestion du risque infectieux, lors de la prise en charge des patients en unité de soins d'hémodialyse.
- Déterminer avec les professionnels de l'unité des axes d'amélioration spécifiques.

Objectifs spécifiques

- Sécuriser les pratiques autour du branchement et du débranchement des accès vasculaires : CVC et FAV pour le patient et pour le professionnel de santé.
- Améliorer la prévention et la gestion des infections associées aux soins en hémodialyse pour les patients, la prévention et la gestion des AES pour les professionnels.
- Développer une culture de sécurité et inciter les professionnels d'hémodialyse à utiliser des outils de gestion des risques (GDR).

⁷ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

Champ d'action

Etablissements de santé concernés

- Les établissements de santé publics. Dans le secteur public, les centres d'hémodialyse sont généralement intégrés dans des centres hospitaliers.
- Les établissements de santé privés à but lucratif et non lucratif.

Types de structures concernées⁸

- Hémodialyse en centre (HDC) dans lesquels les patients pris en charge relèvent d'une présence médicale permanente.
- Unités de dialyse médicalisée (UDM) dans lesquelles les patients pris en charge ne nécessitent pas une présence médicale permanente.
- Unités d'autodialyse assistée (UAD) dans lesquelles les patients pris en charge sont formés à la technique de dialyse mais ne requièrent l'assistance d'une infirmière que pour certains gestes.

Types de structures exclues

- Unités d'autodialyse simple (autonomie totale des patients).
- Dialyse à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale).

Périmètre de la visite de risque infectieux

Cette visite de risque infectieux est centrée sur le patient et la gestion des accès vasculaires. Le risque infectieux des circuits d'alimentation en eau et du dialysat, ainsi que la gestion technique du générateur sont exclus du champ de la visite.

Méthode

Référentiels utilisés

- Gestion du risque infectieux en hémodialyse. Groupe de travail des pays de la Loire. Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004.

⁸ HAS – DAQSS La dialyse dans l'insuffisance rénale chronique terminale- fiche thématique, Aout 2008.

- Arrêté du 25 avril 2005 relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.
- Circulaire N°DHOS/O1/2005/205 du 25 avril 2005 relative aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité « Traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale ».
- Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse. Recommandations SF2H, 2005.
- Recommandations pour l'hygiène des mains. SF2H, 2009.
- Prévention de la transmission croisée. SF2H, 2009.
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Recommandations SF2H, 2010.
- Décret n°2012-202 du 10 février 2012 modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale.

Quand réaliser une visite de risque infectieux en hémodialyse ?

Une visite de risque peut avoir lieu à tout moment et indépendamment de la survenue d'un évènement indésirable ; il s'agit d'une démarche de gestion des risques *a priori* entreprise pour évaluer les défaillances potentielles existantes (organisation et pratiques). La visite de risque est idéalement réalisée à la demande de l'unité de soins, du gestionnaire des risques, de l'EOH et/ou de la direction de l'établissement de santé.

Cet outil rentre également dans les critères spécifiques à la démarche de gestion des risques demandée dans la certification V2014 de la HAS⁹ (Critère 8.d : l'évaluation des risques *a priori* priorise la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et constitue une approche prospective de la gestion des risques. Cette analyse des risques conduit à une hiérarchisation au niveau institutionnel ou au niveau des secteurs d'activité afin de prioriser les plans d'actions à mettre en place.)

⁹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1439924/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-revise-avril-2011

Recueil des données

Cette méthode d'analyse *a priori* combine plusieurs modes de recueil de données :

- recensement documentaire,
- entretiens : professionnels, patients,
- observations : organisations, pratiques professionnelles, visite des locaux.

Les étapes de la visite de risque

L'ensemble de la démarche comporte :

- une phase de préparation de la visite avec l'unité de soins,
- un recensement documentaire,
- la journée de visite proprement dite,
 - o rappel des objectifs et du déroulement de la visite à l'équipe de l'unité,
 - o entretiens, observations,
 - o synthèse des données recueillies,
 - o séance de restitution en fin de journée,
- dans le mois qui suit la rédaction d'un rapport final et du plan d'action,
- le suivi et l'évaluation du plan d'action.

Des fiches techniques, en fin de document, détaillent chaque étape de la visite de risque infectieux. L'EOH récupère l'ensemble des documents utiles pour réaliser la visite de risque sur le site Internet du Grephh et des Cclin-Arlin.

Les acteurs de la visite de risque infectieux et leurs rôles

+ Un groupe de travail, coordonné par un membre de l'EOH, est constitué avec au moins :

- le responsable qualité/gestionnaire des risques de l'établissement,
- le médecin responsable et le cadre de l'unité d'hémodialyse,
- deux ou trois professionnels membres de l'équipe d'hémodialyse concernée par la visite (médical, paramédical).

L'ensemble des acteurs doivent :

- valider le projet et son déroulement lors de la réunion préparatoire.
- participer à l'élaboration, au suivi, à l'évaluation du plan d'action à partir du rapport de visite.

+ Un binôme, trinôme de visiteurs

La conduite de la visite nécessite au minimum la présence de deux professionnels, idéalement trois (par exemple : hygiéniste, gestionnaire des risques, personnel d'hémodialyse si possible n'appartenant pas à l'unité visitée), dont les tâches ont été préalablement réparties, sur une durée d'une journée. La connaissance des gestes techniques sur abords vasculaires est un préalable aux observations des pratiques. Les interventions des visiteurs ne doivent pas perturber l'organisation de l'unité de soins ni la sécurité des soins.

L'attitude d'écoute et d'observation ouverte du visiteur est essentielle : savoir tenir compte des opinions parfois contradictoires des acteurs, des observations, pour ouvrir une discussion sur les problèmes de l'unité de soins et la recherche de solutions consensuelles. Il s'agit d'une approche systémique.

Les visiteurs présents le jour de la visite :

- 1- rappellent succinctement à l'équipe le déroulement de la visite de risque,
- 2- réalisent les entretiens avec les différents professionnels, les patients (Fiche n°4) et les observations des pratiques de branchement, de débranchement et de gestion des accès vasculaires (Fiche n°5),
- 3- animent la séance de restitution sur site à l'issue de la visite (Fiche n°6),
- 4- rédigent le rapport final et le plan d'actions (Fiche n°6)

+Le coordonnateur du groupe de travail :

- 1- peut inscrire cette démarche dans son programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de gestion des risques,
- 2- informe l'encadrement médical et paramédical de l'unité de soins, présente la méthodologie, le déroulement de la journée et les différentes étapes afin de valoriser la démarche de gestion des risques (Fiche n°1),
- 3- s'assure de la transmission de l'information à tous les professionnels concernés par la démarche et aux patients,
- 4- réalise le recensement documentaire (Fiche n°2) et s'assure de la mise à disposition des documents dans l'unité de soins le jour de la visite de risques (peuvent être nécessaire pour les entretiens),
- 5- aide à la planification de la journée de visite (Fiche n°3) et en assure la coordination en collaboration avec le responsable qualité/gestionnaire des risques, si possible,

- 6- garantit une expertise relative à la réglementation et aux recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention et gestion du risque infectieux.

+ Les personnes rencontrées lors de la visite

A adapter aux organisations locales, il s'agit :

- des professionnels de l'unité de soins d'hémodialyse réalisant la prise en charge des patients présents le jour de la visite,
- des patients présents le jour de la visite,
- du cadre de santé de l'unité de soins d'hémodialyse,
- du/des praticiens néphrologues,
- du responsable qualité/gestionnaire des risques s'il ne fait pas partie du groupe de travail,
- de tout autre professionnel qu'il serait nécessaire de rencontrer au cours de la visite.

Tous les professionnels interrogés sont acteurs de la démarche car ils participent à l'élaboration des axes d'amélioration.

Annexes

Fiche n° 1 : Réunion de préparation de la visite de risque avec l'unité de soins

Objectifs

- Présenter ou rappeler les objectifs et le déroulement de la visite de risque.
- Présenter les différentes personnes concernées par la visite de risque.
- Créer un climat de confiance réciproque.
- Evaluer le niveau d'implication locale dans la démarche mise en œuvre.
- Répondre à l'ensemble des interrogations.
- Faire valider la réalisation de la visite et son calendrier.

Qui ?

Le coordonnateur du groupe de travail.

Avec qui ?

L'encadrement médical et paramédical concerné par la visite, le gestionnaire de risque.

Où ?

Dans une salle de réunion de l'établissement.

Quand ?

Un mois avant la visite de risque.

Comment ?

Le coordonnateur du groupe de travail prépare cette réunion afin d'expliquer le plus clairement possible, les objectifs et le déroulement de la visite pour lever les craintes. Il doit insister sur le fait que la visite sert à étudier un processus et non à évaluer des personnes. De cette présentation découle l'atmosphère de la visite qui doit conserver son caractère constructif. Il est important d'écouter, de se tenir à distance des conflits qui pourraient s'exprimer, de rester centré sur le processus de la visite de risque. Il est nécessaire de prévoir le recensement documentaire, d'insister sur la planification des entretiens pour le bon déroulement de la visite. L'ensemble des grilles sera présenté aux personnes présentes y compris la grille patient.

Combien de temps ?

1 heure à 1 heure 30.

Fiche n° 2 : Recensement documentaire

Préparer le tableau de recensement documentaire en amont de la visite, pour une prise de connaissance de l'existence des documents et de leur date de validation. Dans la liste proposée, les thèmes évoqués peuvent faire l'objet d'une procédure à part entière ou faire partie d'une procédure plus large (ex : le thème « hygiène des mains » peut faire l'objet d'un seul document ou être intégré à un document relatif aux précautions standard).

Objectif

Identifier l'existence des documents, leur date de dernière validation (moins de 5ans) et leur accessibilité (papier ou numérique).

Qui ?

Le coordonnateur du groupe de travail.

Quand ?

Le tableau de recensement est préparé avant la visite.

Comment ?

Le coordonnateur du groupe de travail recense les documents nécessaires à la compréhension de la prévention et la gestion du risque infectieux lié à la prise en charge des patients en hémodialyse. Le tableau de recensement est consultable au cours de la visite et des entretiens. Les documents doivent être accessibles le jour de la visite de risque en cas de nécessité.

Combien de temps ?

1 heure.

Fiche n° 3 : Exemple de planification d'une visite

S'assurer de pouvoir observer les pratiques de branchement et de débranchement en se renseignant préalablement sur les horaires des séances (2 ou 3 par jour).

Prévoir une ou plusieurs salles pour les entretiens individuels et la réunion de restitution.

Proposition d'une organisation de visite sur une journée (à choisir de préférence). La visite de risque peut également être proposée sur deux ou trois demi-journées consécutives, mais dans ce cas la restitution ne pourra se faire à toutes les personnes ayant participé.

Horaires à titre d'exemple	Activités
7h00-7h15	Présentation du binôme à l'équipe et des étapes de la visite
7h15-8h45	Observations des pratiques de branchement
8h45-11h00	Entretiens avec les patients Entretiens avec les professionnels de santé
11h00-12h30	Observations des pratiques de débranchement Visite des locaux
13h00-14h00	Entretiens avec les professionnels de santé (suite)
14h30-16h00	Temps de synthèse du binôme
16h00-17h00	Réunion de restitution

Fiche n° 4 : Entretiens individuels

Objectifs

- Apprécier les risques perçus et les problèmes déjà identifiés dans l'organisation et la prise en charge.
- Evaluer les moyens mis en place pour prévenir et gérer le risque infectieux.
- Ecouter et prendre en considération les idées d'amélioration.
- Pointer d'éventuelles méconnaissances.

Qui ?

Les visiteurs décident si les entretiens sont réalisés seul ou à deux. Ils se répartissent les entretiens avec les différents acteurs de l'unité de soins qui seront rencontrés individuellement (« en tête à tête ») :

- le cadre de santé de l'unité de soins d'hémodialyse,
- tous les professionnels de l'unité de soins d'hémodialyse présents le jour de la visite,
- le/les praticiens néphrologues,
- les patients présents coopérants.

Où ?

Sur le lieu de travail de la personne concernée, dans une pièce réservée si possible.

Quand ?

Chaque entretien est programmé selon le calendrier de la visite pré-établi (Fiche n°3).

Comment ?

Les professionnels et les patients doivent avoir été préalablement informés de la démarche, dans la semaine qui précède. L'entretien se déroule de façon individuelle et semi-directive à l'aide d'une grille (préciser que l'entretien reste anonyme). Chaque grille d'entretien est spécifique à une catégorie professionnelle. L'interviewer rappelle à chaque fois les objectifs de la visite avant de démarrer l'entretien. Il s'attache à éviter d'être directif : écouter, reformuler, s'abstenir de culpabiliser.

Combien de temps ?

Durée des entretiens (à titre indicatif) : IDE 15 min, AS-ASH 10 min, patient 10 min, médecin 15 min, cadre de santé entre 30 et 45 min.

Fiche n° 5 : Observations branchement et débranchement CVC et FAV

Le nombre de critères à observer étant important, une bonne prise de connaissance des grilles en amont de la visite est nécessaire.

Objectifs

- Observer les pratiques et comprendre les organisations mises en place.
- Repérer les contraintes architecturales, organisationnelles et ergonomiques.
- Evaluer les points forts et les points critiques de l'activité et des pratiques professionnelles.

Qui ?

Les évaluations de pratiques sont sous la conduite du coordonnateur de la visite : au moins deux observateurs membres du groupe de travail.

Où ?

Dans l'unité de soins d'hémodialyse, hors secteur dédié à l'éducation du patient à l'auto dialyse.

Quand ?

Pendant la période prévue selon le calendrier de la visite. Des observations complémentaires peuvent être réalisées par le groupe de travail local, à distance de la visite si besoin.

Combien ?

Le nombre d'observations sera dans tous les cas limité, en lien avec le nombre faible d'observateurs et l'évaluation de l'activité sur une seule journée, mais il doit être suffisant pour repérer d'éventuelles problématiques en observant les différents professionnels.

Comment ?

Se présenter et rappeler les objectifs de la visite.

Observer l'organisation de l'activité dans l'unité de soins, rester discret pour ne pas perturber l'activité.

Observer les pratiques des professionnels réalisant la prise en charge des patients, sans les gêner.

Parfois les acteurs peuvent exprimer les difficultés ou interrogations qu'ils rencontrent.

Remplir les grilles d'observation : l'organisation, les moyens et les pratiques professionnelles.

Combien de temps ?

2 à 3 heures.

Fiche N° 6 : Rendu des résultats et plan d'amélioration

1- Réunion de restitution en fin de visite

Objectifs

- Rendre compte des principaux constats.
- Valoriser les barrières mises en place pour gérer le risque infectieux.
- Pointer d'éventuelles méconnaissances et expliquer les bonnes pratiques.
- Evaluer les difficultés rencontrées et prendre en compte les idées d'amélioration.
- Hiérarchiser les axes d'amélioration.

Qui ?

Le binôme présent le jour de la visite.

Le responsable médical et paramédical de l'unité de soins.

Les professionnels rencontrés.

Le gestionnaire des risques, le responsable qualité.

Où ?

Dans une salle de réunion de l'établissement.

Quand ?

A la fin de la visite sur un horaire programmé.

Comment ?

La restitution orale, animée par le coordonnateur du groupe de travail, vise à communiquer aux professionnels rencontrés les principaux éléments, points forts et axes d'amélioration.

La discussion doit être constructive (écouter, reformuler,...)

- Principales défenses/barrières existantes (ce qui existe, ce qui est mis en place)
- Principales vulnérabilités existantes (les failles, les difficultés)
- Propositions d'améliorations

Synthétiser les idées majeures en lien avec la gestion et la prévention du risque infectieux, des AES et développer son contenu, selon plusieurs approches : fonctionnement, communication, patient, pratique.

Comment de temps ?

1 heure.

2- Rapport écrit/ plan d'amélioration

Pour chaque thème abordé lors de la visite de risque, afin d'aider l'enquêteur à coter les données recueillies une classification est proposée mais peut être adaptée.

 non critique : actions à maintenir ou à renforcer.
 semi critique : actions d'amélioration à planifier.
 critique : actions correctives prioritaires.

Chaque classement doit être étayé en clair dans la partie commentaire par des éléments issus des entretiens ou des observations.

Les constats et les propositions recueillies servent de base à l'élaboration d'un plan d'amélioration. Les axes d'amélioration sont validés collégalement et priorisés par les acteurs de l'unité d'hémodialyse, le groupe de travail et les membres décisionnaires de l'établissement. Une restitution est proposée en Clin ou commission équivalente. Un calendrier, indiquant les axes d'amélioration, les délais (court, moyen et long terme) et les responsables de leur mise en œuvre, doit être élaboré. Le suivi des actions doit être programmé.

Le rapport final est transmis à l'ensemble des professionnels concernés dans un délai maximum d'un mois après la visite.