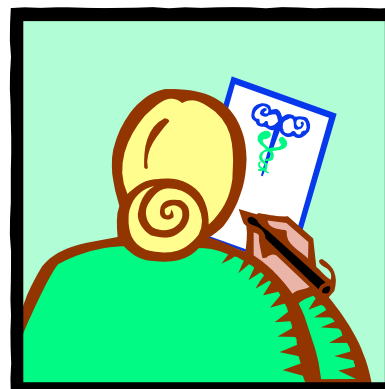


**« Étude d'un cas d'infection associée aux soins (IAS)
sur gastrostomie endoscopique percutanée (GEP) ayant pu entraîner un décès »**

Utilisation de la méthode ALARM
dans le cadre de la mise en place de la revue de mortalité et de morbidité (RMM)



Mardi 21 septembre 2010



Catherine Décade
D.U GESTION DES RISQUES EN MILIEU DE SOINS
Promotion 2009-2010

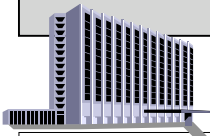
JUSTIFICATION DU CHOIX

La survenue d'un EIG

➤ Événement indésirable grave (EIG) :
un médecin référent hygiène signale à l'EOH le **cas d'un décès de patient pouvant être lié à une infection associée aux soins (IAS), sur gastrostomie endoscopique percutanée (GEP)**

➤ L'EOH demande :

- d'étudier de façon collégiale cet (EIG)
- de décider de la pertinence d'un signalement externe.



- **GEP** : Acte invasif réalisé couramment dans l'établissement (> 50/an)
 - Complication gravissime non rencontrée dans l'ETS : < 1% dans la littérature
- Suivi épidémiologique prospectif & bilan annuel par un groupe de travail ISOGEPE émanant du CLIN
- Référentiel local (Etude interne réalisée en 1998 sur la préparation préopératoire des GEP)

CADRE DE TRAVAIL

Etablissement engagé dans la gestion des risques



Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)

- Médecine/SSR > 300 lits
- Orientation oncologie, nutrition
- Perspective de la certification V2010 pour 2011
- Cellule Qualité Gestion des Risques depuis la V1
- Etablissement engagé récemment dans l'expérimentation de la déclaration des événements indésirables graves (EIG) associés aux soins avec la CRAGRC* IDF

* Cellule régional d'appui à la gestion du risque clinique d'île de France.



CONTEXTE REGLEMENTAIRE

Un impact fort sur la démarche

- **Programme national** de prévention des infections nosocomiales **2009/2013**

« **En 2012**, 100 % des établissements ont mis en place des méthodes d'analyse des causes lors de la survenue d'évènements infectieux graves.»

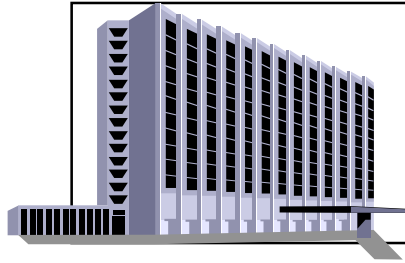
« **En 2012**, 100 % des établissements de santé ont une procédure de signalement interne et externe opérationnelle »

Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins

Insérer le thème des infections nosocomiales parmi ceux traités dans les démarches qualité et de gestion des risques au sein des établissements

-Déploiement des **revues de mortalité et de morbidité (RMM)** dans le cadre des **EPP**, de la **certification** par la **HAS** (Haute Autorité de Santé)

- Circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un **programme de gestion des risques dans les établissements de santé.**



CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Une volonté institutionnelle

➤ Volonté de la CME d'instaurer les RMM de façon pérenne dans tous les services, avec la participation des paramédicaux

- Proposer aux médecins des outils d'analyse facilitant la démarche, pour réaliser la chronologie précise lors des RMM
- Profiter de la demande de l'EOH moteur pour le développement des RMM dans le cadre des IAS
- Bénéficier de la période du mémoire pour tester une autre méthode

OBJECTIFS de ce travail

Pour les patients

- Prévenir la répétition des erreurs pour protéger les autres patients
- Savoir repérer ses points faibles pour améliorer le service rendu au patient

Pour l'institution/les professionnels

- Développer chez les professionnels la culture d'apprentissage par l'erreur
- Proposer une autre stratégie d'analyse
- Promouvoir la démarche qualité gestion des risques en milieu de soins

-Pour l'EOH

- Disposer d'outils d'analyse méthodique pour investiguer les cas d' IAS
- S'associer aux démarches RMM

CHOIX DU SUJET

**Étude d'un cas d'infection associée aux soins sur GEP*
ayant pu entraîner un décès**

➤ ***Sujet grave et complexe***

Essayer de répondre objectivement aux questions de l'EOH et des équipes :

- Le décès est-il associé à l'IAS ?*
- Si infection nosocomiale, est-elle responsable du décès (imputabilité) ?*
- Quels sont les dysfonctionnements ?*
- Le décès était-il évitable ?*
- Doit-on réaliser un signalement externe ?*

CHOIX DE LA METHODE

la méthode ALARM

- Méthode d'analyse des risques à posteriori **adaptée au milieu hospitalier**
- Approche **centrée plutôt sur une étude de l'organisation hospitalière** que sur les défaillances individuelles

Les étapes :

1. Décision d'investigation
2. Choix de l'équipe d'investigation
3. Recueil des faits & données
4. Reconstitution-description chronologique de l'événement
5. Identification des défauts de soins
6. Identification des facteurs contributifs
7. Identification des actions correctives & élaboration du plan d'actions
8. Suivi du plan d'actions & des indicateurs
9. Communication retour d'expérience (REX)

ÉTAPES 2 & 3

Groupe de professionnels & recueil des données

Qu'est il arrivé ? Comment est-ce est arrivé ?

➤ **Pilotes** : Chefs de services, équipes médicales et paramédicales des 2 services concernés & un membre de l'EOH.

➤ **Organisation pour la reconstitution chronologique :**

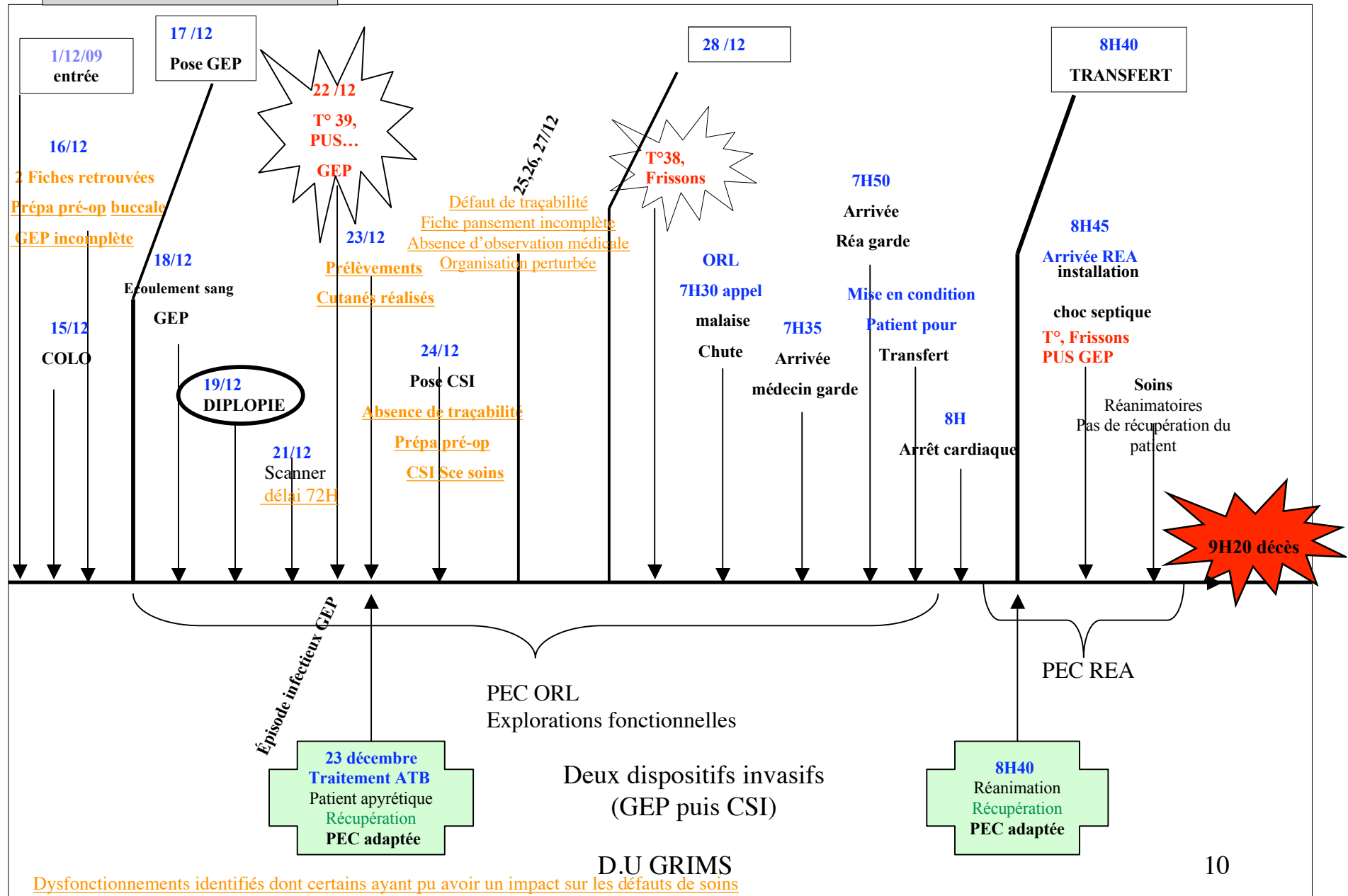
Une **1^{ère} réunion** : colliger & étudier les éléments de la prise en charge du patient

- **Supports étudiés** : dossier patient informatique & papier
- **Recherche des compléments d'information :**
 - **Définir les entretiens complémentaires** avec les professionnels de santé concernés (grille d'entretien, prise de RDV)
 - **Identifier les documents complémentaires** : cahiers des secteurs interventionnels, plannings...
 - **Comparer** avec le **référentiel local** (guide GEP)

Une **2^{ème} réunion** RMM : valider la chronologie du parcours du patient, discuter les résultats et conclure.

RESULTATS

Analyse des événements - Qu'est il arrivé ?



ETAPES 5 & 6

Facteurs contributifs

- Facteurs latents pouvant aboutir à un **défaut de soin**

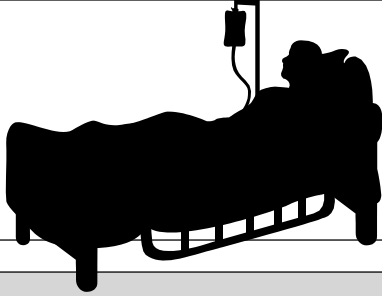
Institutionnel- Contraintes financières
Organisationnel-période de congés, WE, fêtes
Environnement- effectifs réduits
Conditions de travail- charge de travail ++
Fonctionnement équipe- plus de professionnels intérimaires
Procédures - défauts de traçabilité aux étapes de la prise en charge
Individus/compétences-préparation préop non conforme, prélèvements cutanés
Information- déficit d'information Ets d'origine, soignant /patient
Patients /terrain-patient très fragilisé, pluri pathologies lourdes

TABLEAU FACTEURS CONTRIBUTIFS

Type de facteur Lié au contexte	Facteurs latents identifiés par les équipes soignantes	Défaillances Conséquences potentielles	Lien de causalité Vraisemblance
Institutionnel	Contraintes financières		V3
Organisationnel	Période difficile (cumul vacances, fêtes de fin d'année, fin de semaine) au niveau organisationnel : effectifs médicaux, paramédicaux réduits	Manque de temps auprès du patient, stress, impact sur la traçabilité, défaut de surveillance, manque de temps de communication avec le patient	V4
Environnement Conditions de travail	Charge de travail importante du fait des effectifs réduits en période de fêtes	Ambiance de travail modifiée	V4
Fonctionnement équipe	Plus d'intérimaires qu'à l'habitude : 3 infirmières et seulement 2 infirmières fixes	Méconnaissance des procédures locales	V4
Procédures	Procédures de traçabilité existantes mais non respectées de façon systématique : Fiche préopératoire en double, voire pas renseignée par le service pour la CSI. Fiche préopératoire pas d'initiales de l'IDE de la salle de pose cathéter. La fiche pansement ne comporte pas une trace écrite tous les jours et ne permet pas de connaître l'évolution du pansement Transmissions ciblées ne font pas état du problème cutané : pas de cible initiée sur le pansement GEIP non conforme.	Non respect des bonnes pratiques d'écriture Procédures peu précises, donc remplissage personnel dépendant. Mode opératoire pas assez précis	V4
Individus/compétences	Professionnels remplaçants, et fixes Manque de connaissance des procédures : 1. Procédure de préparation préopératoire GEIP partiellement réalisée 2 soins de bouche sur 3 réalisés (1er soin de bouche non fait, non tracé) Préparation CSI non tracée (Fiche non renseignée) 2. Procédure non conforme concernant les prélèvements réalisés après l'antibiothérapie initiée la veille	Non respect de la procédure locale validée par le CLIN Non respect de la traçabilité demandée Impact sur les résultats bactériologiques et sur une antibiothérapie éventuelle à venir	V5 V4
Information	Fiche de liaison - manque d'information du service adreuteur et information non recherchée par le service receveur : sur le traitement antibiotique en place à l'admission (Moxi Ornelis inconnu) Communication difficile avec le patient : il signale sa diplopie le lendemain seulement	Manque de connaissance d'un problème infectieux antérieur Impact sur le délai prise de RDV du scanner	V3 V2
Patients /terrain	Patient fragilisé Terrain complexe multi factoriel -facteurs de risque : cancer, diabète, dénutrition, signes neurologiques, infectieux. Signes neurologiques occultés par les signes infectieux		V5

Facteurs latents pouvant aboutir à un défaut de soin

& Echelle de vraisemblance



DISCUSSION (1)

Complexité

Comment est-ce est arrivé ?

Après une revue minutieuse des étapes de la prise en charge (PEC):

➤ *Points critiques*

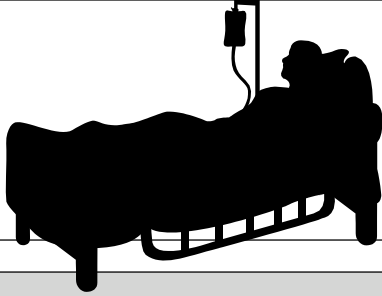
- Défaillances identifiées liées aux de soins (préparation préopératoire GEP, absence de traçabilité, déficits d'information soignant soigné...)
- Facteurs contributifs & échelle de vraisemblance
- Les écarts évalués à partir du référentiel local



➤ *Points positifs*

- Les phases de récupération lors de la PEC (Surveillance infirmière, PEC de l'urgence vitale rapide, efficace,...)

A la lumière des nouveaux éléments apparus lors des entretiens, dans les documents complémentaires, une discussion objective est établie



DISCUSSION (2)

Complexité

Pourquoi est-ce est arrivé ? *Cela aurait il pu être évité ?*

Difficile de statuer, déception... la pathologie très engagée du patient et son pronostic vital ne permettent pas d'imputer à l'IAS la responsabilité du décès

Malgré les outils d'évaluation, la cause exacte du décès n'a pas pu être établie précisément : contribution infectieuse, cancéreuse, neurologique...



L'IAS a été validée de façon consensuelle ainsi que la décision de signaler aux autorités compétentes

Nous n'avons pas trouvé LA cause mais des causes multiples...

ÉTAPE 7

Actions correctives identifiées

Qu'avons nous appris & quel changement mettre en œuvre ?

➤ **Proposition des actions correctives discutées et validées** dans un plan d'action par thématique :

-Rappeler les bonnes pratiques de la préparation pré opératoire dans les services d'hospitalisation

-Assurer une traçabilité conforme dans le dossier patient à toutes les étapes de la prise en charge

-Respecter les procédures de prélèvements

-Renforcer le dispositif d'information soignant/soigné

➤ **Plan d'actions de sensibilisation/formation, puis d'évaluation programmées** à court, moyen, long terme

ÉTAPE 8

Suivi du plan d'actions

Composition du plan

- Actions
- Pilotes
- Échéances
- Suivi/action
- Indicateur
identifié/thématique

Annexe 4

Qu'avons nous appris quel changement mettre en œuvre ?

Plan d'actions d'amélioration
Réalisé avec les équipes soignantes du service Le/20..

Points à améliorer	Actions correctives identifiées	Pilotes	Echéances	Suivi : date/... Objectif atteint O/N	Indicateurs identifiés
Traçabilité préparation préopératoire GEP/DIVC	Actions de sensibilisation sur la traçabilité – réglementation, bien fondé	Cadre de santé du service	Dans le mois	Dès les poses prochaines	Bilan annuel EOH Fiches préopératoires Critère traçabilité
Technique de préparation préopératoire GEP/DIVC	Formation Revoir les procédures locales avec les équipes notamment sur l'efficacité du soin de bouche préop sur le site opératoire & la pertinence de la préparation préopératoire.	Cadre de santé hygiéniste	Mars 2010	Dès les poses prochaines	Bilan annuel EOH Fiches préopératoires Critère soins de bouche
Circuit erroné de la fiche préopératoire vers le bloc d'endoscopie (doublement de fiches)	Revoir le circuit fiche préopératoire vers le bloc d'endoscopie	Secrétaire médicale responsable des fiches	Dans le mois	Dès les poses prochaines Par les secteurs interventionnels	Bilan annuel EOH Fiches préopératoires Nombre de Fiches/nombre actes Fiche événements indésirables
Manque de traçabilité de l'identification des professionnels dans le Dossier Soins	Renforcer traçabilité de l'identification des professionnels dans le Dossier Soins Action de sensibilisation auprès des infirmiers	Coordinateur des soins Cadre de santé	avril 2010 lors des réunions de services		CSSI Evaluation Dossier soins
Déficit de recueil d'information sur la qualité du pansement, et son évolution favorable ou non	Améliorer la qualité des renseignements de la fiche pansement. Prévoir un item de conformité dans le dossier patient informatisé	Coordinateur des soins Cadre de santé	avril 2010 lors des réunions de services		CSSI Evaluation Dossier Soins
Non respect de la procédure de prélèvements de bactériologie avant	Information/formation Rappel des bonnes pratiques de prélèvements de bactériologie avant	EOH /les correspondants Hygiène (CORHYG) /Laboratoire	A Très court terme dans le service A moyen terme pour tous les services (2ème		CORHYG/ cadre de santé Evaluation Dossier Soins

Assure la pérennité de la démarche

attention au suivi (importance du bilan annuel RMM par la CME)

ÉTAPE 9

Communication/ Partage d'expérience



Attention :
données utilisées anonymisées

Retour d'expérience REX vers les instances concernées pour faire bénéficier les autres professionnels de santé de la démarche, des outils :

- CME
- CLIN
- Groupe ISOGE
- Groupe référents hygiène médicaux & paramédicaux
- Coordination des soins infirmiers (CSIRMT)
- Cellule Qualité Vigilances Gestion des Risques



CONCLUSION (1)

Contraintes/Bénéfice

➤ Contraintes/**Difficultés**

Contraintes d'activités des services (disponibilité)

- Rendre un travail dans un délai **ni trop éloigné, ni trop proche** de l'EIG
- Analyse des causes **complexe rétrospectivement**

Travail chronophage :

- Collecte & mise en forme minutieuses

➤ **Bénéfice**

- Satisfaction des **professionnels**

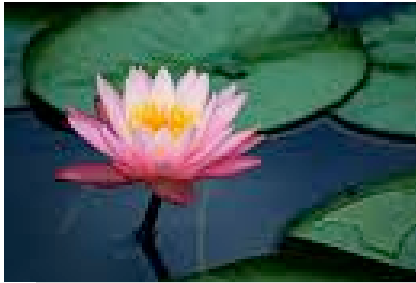
«**On prend le temps de regarder ensemble nos pratiques de façon objective sans jugement** »

- Impact positif sur l'amélioration de l'organisation.

Démarche concrète : un cadre pour l'avenir => le plan d'actions

Pour Convaincre les professionnels de l'utilité de l'apprentissage par l'erreur
Il est essentiel de :

- | RDM mode d'emploi | | PRÉSENT | Index 6 | 37 | |
|--|---|--|--|----|--|
| Faire de votre un applicatif...du | | | | | |
| | | Environnement adéquat à vos usages | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Donnée Données Mettre à jour | <ul style="list-style-type: none"> SQL des données | Tous les environnements
Pour un meilleur environnement, référentiel, implément, système | | | |
| | | (1) 5 | | | |
| | | Standard | Éléments | | |
| | | (2) 5 | | | |
| | | Cas | Quels cas d'usage, configuration ou environnement qui sont en place et de l'architecture en place (exemple : 1) Mettre à jour l'ensemble de la structure du système existant ou 2) Mettre à jour l'ensemble de la structure du système existant ou 3) Mettre à jour l'ensemble de la structure du système existant | | |
| | | (3) 5 | | | |
| | | Participations | Participation de l'ensemble existant des données et paramètres
Une fois que les données existantes sont toutes en place, les données participent
Sont participent | | |
| | | (4) 5 | | | |
| | | Présentation de données | Possibilité d'être du gestionnaire de données, les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (5) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (6) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (7) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (8) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (9) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (10) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (11) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (12) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (13) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (14) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (15) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (16) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (17) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (18) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (19) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (20) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (21) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (22) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (23) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (24) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (25) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (26) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (27) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (28) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (29) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (30) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (31) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (32) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (33) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (34) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (35) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (36) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (37) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (38) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (39) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (40) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (41) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (42) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (43) 5 | | | |
| | | Modèle de données | Données sont les données qui sont complètes
Sont participent | | |
| | | (44) 5 | | | |
| | | | | | |



Qu'avons nous appris & quel changement mettre en œuvre ?

S'interroger ensemble sur nos pratiques pour les améliorer c'est faisable
Réfléchir sur nos actes pour **ne pas nuire en soignant**, doit faire partie de notre quotidien
Ainsi **le patient** reste **au centre de nos préoccupations**.

« Quand vous aurez admis que la compréhension humaine est imparfaite,
vous admettrez qu'il n'y a pas de honte à faire des erreurs,
mais il y en a à ne pas les corriger»

Georges Soros

Merci

BIBLIOGRAPHIE

- 1 -Définition des infections associées aux soins. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports DGS/DHOS, CTINILS -Mai 2007
- 2- Circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.
- 3- Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - article 117 modifiant l'article L 1413-14 du code de santé publique. "Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente...."
- 4- Dall'Osto H, Théodore C, Manuel C. Gastrostomie percutanée endoscopique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale 9-013-V-10 (2004).
- 5- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile- recommandations pour les pratiques de soins Avril 2000
- 6- Théodore C, Hermitte M, Collart C, Jannet C, Demontrond D. La gastrostomie endoscopique percutanée est un acte à haut risque microbiologique. Communication aux Journées Francophones de Pathologie Digestive (Paris, 21-25 mars 1998).
- 7- Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et résultats. N°398. Mai 2005 Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
- 8- Haute Autorité de Santé (HAS). Manuel de certification V2010 –Version juin 2009 (<http://www.has-sante.fr>)
- 9- CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013
- 10- Haute Autorité de Santé Revue de mortalité et de morbidité (RMM) guide méthodologique –Novembre 2009
- 11- Vincent, Taylor-Adams et Stanhope, British Medical Journal BMJ 1998 316:1154-1157
- 12- Conférence de consensus « Gestion pré-opératoire du risque infectieux » Paris-5 mars 2004
- 13- SFAR (Société Française d'Anesthésie-Réanimation) conférence de consensus antibio-prophylaxie de la gastrostomie endoscopique 1999 ()
- 14- Signalement des décès liés aux infections nosocomiales. Guide méthodologique d'aide aux signalements des infections nosocomiales faisant appel au critère 2 « Tout décès lié à une infection nosocomiale » (R.6111-13 du code de la santé publique). CTNILS 2007, 13 Pages
- 15- Amalberti R., Gremion C., Auroy Y., Michel P., Salmi R., Parneix P., Pouchadon M.-L., Hoarau H., Occelli P., Quenon J.-L. et Hubert B., "", *Etudes et résultats*, DREES, n° 584, juillet 2007