

Polyclinique
Bordeaux Nord Aquitaine

PBNA



Analyse des causes dans le cadre d'un signalement d'évènement indésirable grave.

Retour d'expérience

Sylvie Ribet

Direction qualité et gestion des risques

XXXII^{èmes} Journées régionales d' HH et de prévention des IAS. 26/03/2010

Le groupe bordeaux Nord aquitaine

Groupe hospitalier privé se divise en 8 établissements de santé de court séjour pratiquant activités MCO

- Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine
- Polyclinique Bordeaux Rive droite
- Clinique de Bordeaux Caudéran
- Clinique chirurgicale bel Air
- Clinique ophtalmologique Thiers
- Clinique Saint louis
- Clinique d'Arcachon
- Clinique Tourny

Activité de SSR : Clinique de Cenon

HEPAD : Le parc du Béquet

Les faits

**Contexte de pneumopathies précoces (J 1)
chez 2 patients opérés**

**Demande faite par l'équipe chirurgicale à l' EOHH d'expliquer ce qui
s'est passé...**

- Chirurgie thoracique
- Équipes chirurgicales et anesthésiques différentes
- à 2 jours d'intervalle
- Germes incriminés :
 - Pseudomonas aer.
 - Streptococcus pneumoniae
 - même phénotype
 - même résistance aux antibiotiques

Conséquences

Altération de l'état général des patients => Transfert en RMC

=> Pronostic vital engagé

Les interrogations

Le problème est-il maîtrisé ? Épidémie ?

Absence d'un caractère épidémique confirmé par le laboratoire de bactériologie. Phénomène sporadique.

Veille mise en place entre le laboratoire – l'équipe médicale de RMC et EOHH

Hypothèses sur l'origine de la contamination ?

- Endogène ?
- Exogène ?
 - Environnement ?
 - Le matériel et dispositifs médicaux ?

Contexte

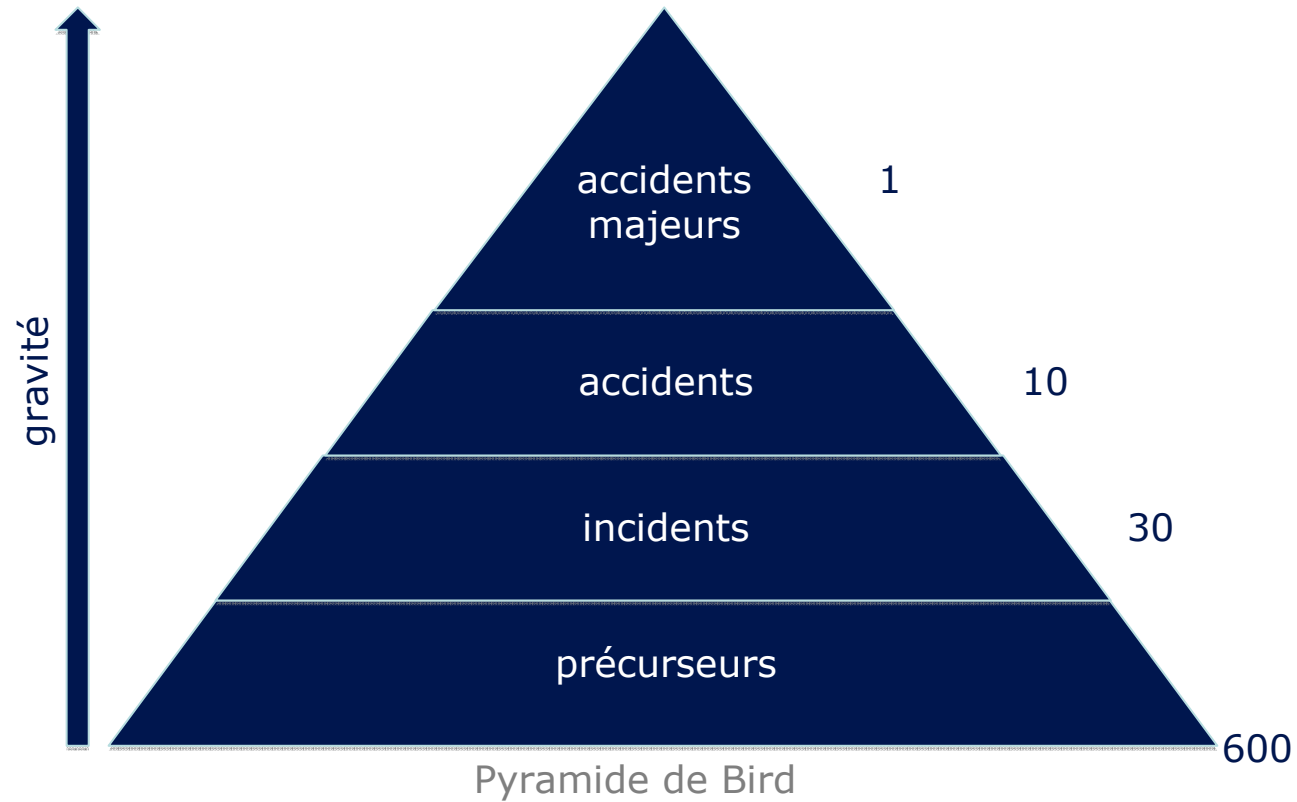
- ❖ Conflictuel perçu ...
- ❖ Référentiel V 2010 et le critère 28 a : Mise en œuvre des démarches d' EPP
 - Déploiement effectif des démarches d' EPP dans tous les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques
 - Évaluer la mise en œuvre de modalités spécifiques dans certains secteurs : Mise en place obligatoire d' une analyse de mortalité- morbidité selon une méthode validée par la HAS en anesthésie réanimation, en chirurgie et en cancérologie.
- ❖ Accompagnement de la mise en place de CREX en radiothérapie avec formation à une méthode d'analyse systémique : méthode **ORION©**

Proposition

- Sélection du cas
- Identification du caractère évitable de l'événement.
- Revue de morbidité
- Programmation d'une réunion
 - 2 Chirurgiens
 - Anesthésistes du bloc et les réanimateurs
 - Cadres du bloc et de RMC
 - DSI
 - IDE Hygiéniste / DQ et GDR
- L' IDE Hygiéniste : chargée de l'analyse
 - Validation des données médicales systématiques avec un médecin*
 - avantages
 - indépendante de l'évènement.
 - formée au RMM et à la méthode d'analyse des causes ORION ©

La méthode ORION©

Une méthode d'analyse systémique qui peut être utilisée pour tout type d'événement :



Les étapes

Étape I : Collecter les données

Étape II : Reconstituer la chronologie de l'événement

Étape III : Analyser les causes et Identifier les facteurs contributifs et les facteurs influents

Étape IV : Proposer et valider les actions à mettre en œuvre

Étape V : Rédiger un rapport d'analyse



1. La collecte des données

Rassembler l'ensemble des données* et reconstruire le scénario de l'événement et la chronologie des faits.

- ▶ Revue des dossiers patients : traçabilité papier, informatique...
- ▶ Entretiens directs ou par téléphone avec l'équipe soignante, médicale et anesthésiste
- ▶ Vérification des procédures en place
- ▶ Recherche bibliographiques : Recommandations de bonnes pratiques

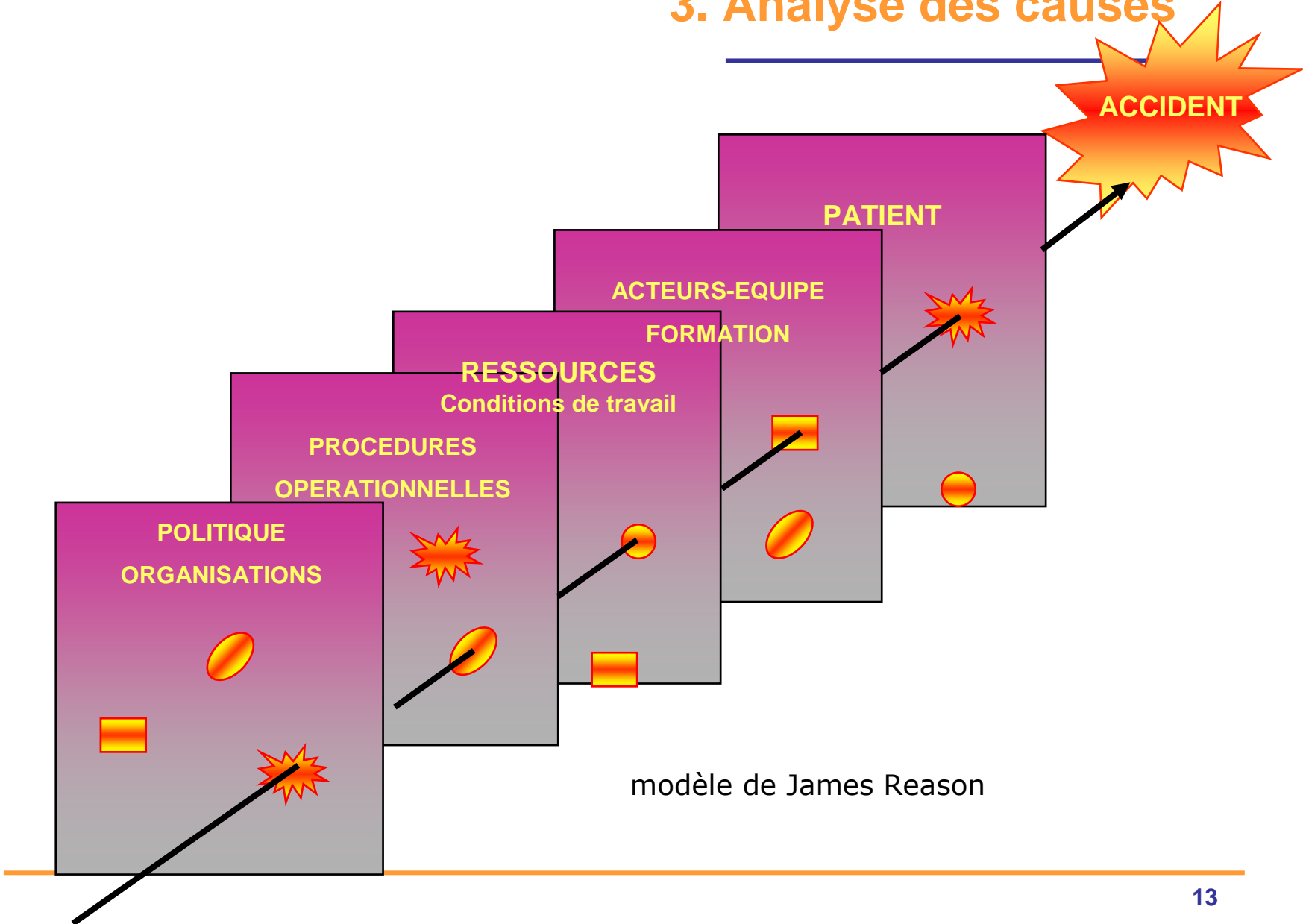
* Une donnée est une indication **exacte** de ce qui s'est passé

2. Chronologie des faits

	CAS N°1	CAS N°2
	Mr H.	Mr L.
age	59,4	64,5
1ere Hospitalisation	23/04/09 au 24/04/09	6/05/09 au 7/05/09
motif	médiastinoscopie	fibro
n°DM (endoscope)		bronchoscope n°2702013
service hergement	4B	5B
salle de bloc op	C	C
Chirurgien	chir n°1	chir n°2
Anesthésiste	ARE n°1	ARE n°2
ATB prophylaxie	non	na
2 eme Hospitalisation		
date d 'entrée	12/05/2009	13/05/2009
date d 'intervention	13/05/2009	14/05/2009
salle d'opération	C	C
Chirurgien	chir n°1	chir n°2
Anesthésiste	ARE n°3 + ARE n°4	ARE n°4
n°DM (fibroscope) contrôle int; selective	traçabilité inexistante*	na
IDE salle	IDE n°1	IDE n°2
motif	Pneumonectomie G	Lobectomie >droite
score ASA	1	1
score altemeier	1	1
autres FR		BPCO : tabagisme
durée d'intervention	1h 30	2 heures
ATB prophylaxie	cefazoline 2 g	cefazoline 2 g
SSPI	1er étage	1er étage
N°poste	lit 2	lit 2
extubation	Oui	Oui
O2	10 l / mn	10 l / mn

	CAS N°1	CAS N°2
Service	SC	SC
N°lit	18	19
date des 1ers signes Cliniques	15/05/2009	15/05/2009
signes cliniques	T°: 37,8	T°38 °C
	OAP	FA
	hyperleucocytose	engorgement bronchique
Intubation	oui	VNI
transfert en RMC	oui	non
	17/05/2009	17/05/2009
Médecin AR	ARE n°6	ARE n°5
horaire	10 heures env.	4 heures du matin
Fibroscopie au lit	oui	oui
N°DM	1424171 (60)	non retrouvé*
Examen bactériologique	LBA	non
germes	PS Aer 10,4 UFC	
	strep Pneum 10,4	
date		19/05/2009
Examen bactériologique		ECBC
germes		PS Aer 10,9 UFC
		strep Pneum 10,8

3. Analyse des causes



modèle de James Reason

→ Objectif :

Expliciter les relations de cause à effet entre les faits. Repérer les facteurs contributifs et influents qui peuvent expliquer :

- ▶ les états défailants
- ▶ les actions inappropriées
- ▶ les écarts aux attendus

→ Résultat attendu :

- ▶ La liste des facteurs contributifs explicités par domaine.
- ▶ La liste des facteurs influents qui ont joué un rôle dans l'événement.
- ▶ Les raisons pour lesquelles les lignes de défense prévues n'ont pas joué leur rôle.

1. Contexte institutionnel

- RMC et SC fonctionnant 24h/24

2. Liés au patient : Facteurs de risques majorant le risque d'infection pulmonaire post opératoire

- Colonisation d'un des patients : Germes classiquement retrouvés chez des patients insuffisants respiratoires ou bronchopathes chroniques
- Patient n°2 : BPCO + tabagisme +++
- Type de chirurgie pratiquée

3. Organisation et management

- Secteur endoscopie non fonctionnel la nuit et le WE du samedi 14 h au lundi 7 heures.
- Endoscopie pratiquée au lit du patient
- Fibroscopie faite par un médecin non titulaire
- Le personnel de SC moins habitué que celui de la RMC aux endoscopies
- Le nettoyage des endoscopes utilisé en SC est géré par le personnel de la RMC

4. Facteurs liés aux procédures

- Endoscopie acte à risque
- Procédure de désinfection des endoscopes complexe : pré traitement (étape manuelle) à faire immédiatement après le soin.
- Attente dans la procédure d'entretien de l'endoscope : 4 heures du matin => traçabilité du LDE : 5 h 28
- Défaut de traçabilité de l'utilisation et l'entretien des endoscopes
 - utilisés hors secteur d'endoscopie
 - dans les CR des examens réalisées en SC et RMC
- Bactério non réalisée lors de la fibro aspiration chez P2.
ECBC fait 2 jours plus tard => retard dans la compréhension du problème.

5. Facteurs liés aux acteurs – au fonctionnement de l'équipe

- Médecin remplaçant
- Equipe soignante importante avec du turn over du personnel
- Formation au nettoyage des endoscopes et à l'utilisation du LDE anciennes (> à 3 ans) ou inexistantes
- Banalisation du risque liés à l'utilisation d'un DM réutilisables par l'équipe médicale et soignante
- Manque de responsabilisation des acteurs

6. Conditions de travail

- Nuit
- WE
- Zone de nettoyage des endoscopes est située dans un autre étage

7. Matériel

- DM réutilisable et non stérilisable
- 1 appareil en panne
- Absence interface entre les logiciels informatiques

Hypothèse validée en RMM

Probable contamination endogène du patient P2

Contamination du prélèvement du patient P1 par les micro organismes du patient P2 via le fibroscope qui n'a pas été correctement entretenu.

Actions d'amélioration proposées

→ Critères de choix des actions :

- ▶ La pérennité : effets constants dans le temps.
- ▶ L'acceptabilité par le personnel
- ▶ Cohérence avec les exigences réglementaires.
- ▶ Délai de mise en œuvre : une action pouvant être réalisée rapidement sera à engager au plus tôt, une action portant sur un facteur contributif profond fera l'objet d'une planification concertée sur une plus longue période.
- ▶ La faisabilité technique : attention aux actions complexes et peu faisables.
- ▶ Coût

Pour chaque action, il convient d'analyser le contexte d'application pour s'assurer qu'elle n'engendre pas de nouveaux risques.

Chaque action peut être notée suivant chacun de ces six critères selon son efficacité prévisionnelle => **Priorisation**

Elles ne doivent pas être trop nombreuses : 2 ou 3 maximum

N°	Responsable	Libellé de l'action	Echéance prévue	Date actu	Date de réal.	Commentaires
1	Biomédical Ide Hygiéniste	Formation à la gestion des endoscopes pour le personnel de la RMC de nuit	Fin 2009	16/11/2009	04/05/2010	7 personnes soit 50%équipe formée
2	Anesthésiste	Traçabilité à mettre en place au niveau du bloc opératoire lors de l'utilisation des fibroscopes par les ARE. ex : intubation difficile...	Fin 2009		Fin 2009	Integration outil Diane par le DR PDB utilisation effective à réaliser en 2010
3	RMC : réa + secretariat	Traçabilité à mettre en place sur le CR d'examen endoscopique en RMC et SC	juin-09		juin-09	opérationnel

Rapport d'analyse

Indispensable

Fiche type qui a été créée

Doit reprendre la chronologie des faits

l'analyse

les plan d'actions et l'échéancier proposé

Il est anonymisé

Archivé dans le service et Direction qualité

Conclusion

Cet événement a permis d'enclencher une démarche collective constructive qui a eu un double avantage

1. Analyser **à posteriori** de l'événement

- Comprendre ce qui s'est passé
- Identifier les actions correctives
- Améliorer le système dans son ensemble

2. Tester la méthodologie appliquée aux RMM