CHU DE REIMS

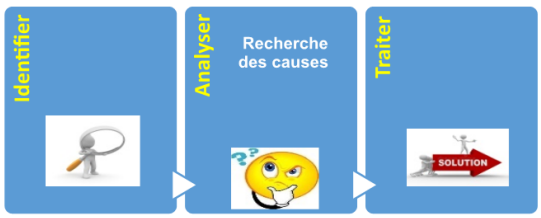
Optimisation de la QUAlité, Sécurité et PERtinence du processus de stérilisation par une démarche globale de gestion des risques

Bouet J.* [(1)], *Prontskus V.* [(1)], *Devulder L.*, *Caulet C.* [(1)], *Hettler D.* [(1)]

[(1)] Pôle Pharmacie/Stérilisation - CHU de Reims – Hôpital Robert Debré, Reims

Contexte

Evènement Indésirable



Bilan de la Gestion des risques en stérilisation au CHU de Reims

- **Tableau de bord difficilement communicable** à l'équipe
- **Méthodes Complexes** pour prioriser les actions
- Plan d'actions **peu lisible**
- **Pas d'indicateurs SMART**

PAS DE SUIVI ?

Spécifique
Mesurable
Accepté
Réaliste
Temporel

Objectifs

- **Faire évoluer** la démarche de gestion des risques par une approche **globale** (*a priori* et *a posteriori*) appelée **« QUASPER »**
  QUASPER : QUAlité Sécurité et PERtinence
- Mettre à disposition une démarche **attractive**, **compréhensible** aux professionnels de santé avec des un nombre limité d'indicateurs pertinents.

Matériels et méthodes

- **Cartographie des processus macro et micro** sous différents formats grâce à la méthode AMDEC : tableau, logigramme et **« chenille »** avec positionnement des niveaux de criticité des risques ***a priori***.
- **Recueil des évènements indésirables *a posteriori*** (de janvier à septembre 2019)

Résultats

Analyse a priori

Cartographie simplifiée :Chenille « QUASPER » du processus de stérilisation niveaux de risque AMDEC par étape

15 étapes dont 4 en relation avec les interfaces
(en rose avec les blocs opératoires, en bleu foncé avec la logistique).

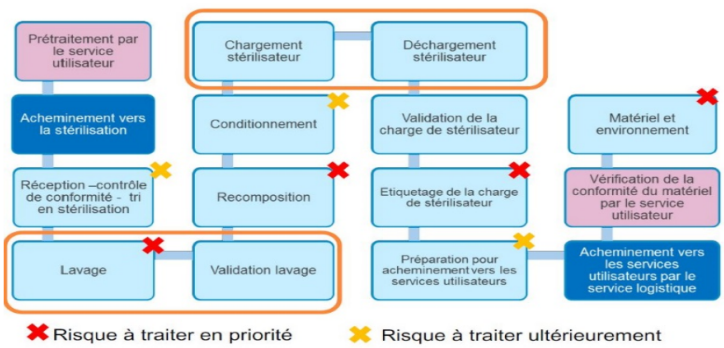


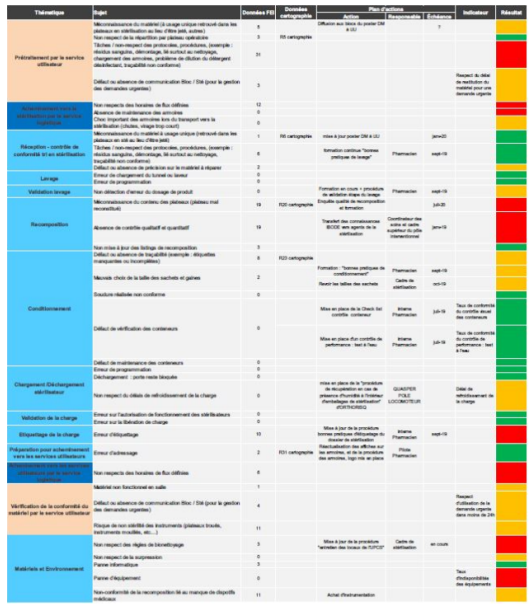
TABLEAU DE BORD SIMPLIFIE
6 indicateurs de suivi présentés mensuellement aux équipes

Contrôles des conteneurs 2020	25 non conformes/3902
	4,3% de feuilles pas ou mal complétées
Demandes urgentes 2020	% conformité délai de restitution : 71%
	Pertinence de la demande (%): 50%
Déclaration d'EI 2020	Déclarés par le bloc: 55
	Déclarés par la stérilisation: 38
Taux de conformité de plateaux d'AMH et OB en pré-tri 2020	30% de manquants remplacés pour AMH 0% de manquants remplacés pour Ob
Taux de conformité des plateaux en sortie de recomposition 2020	8 NC qualitative/61
	11 NC quantitative/ 61
Suivi des prêts 2020	Nb de plateaux traités: 779
	Nb de plateaux non utilisés: 50

Analyse a posteriori

Recueil et analyse des évènements indésirables

14 thématiques = différentes étapes du processus
165 évènements indésirables recueillis,
37 risques identifiés et classés dans les différentes thématiques
9 risques de couleur « rouge » à prioriser



Thématique	Sujet	Données FEI	Données cartographie	Plan d'actions				Indicateur	Résultat
				Action	Responsable	Echéance			
Prétraitement par le service utilisateur	Méconnaissance du matériel (à usage unique retrouvé dans les plateaux en stérilisation au lieu d'être jeté, autres)	8		Diffusion aux blocs du poster DM à UU		?			
	Non respect de la répartition par plateau opératoire	3	R5 cartographie						
	Tâches : non-respect des protocoles, procédures, (exemple : résidus sanguins, démontage, bi-surtout au nettoyage, chargement des armoires, problème de dilution du détergent désinfectant, traçabilité non conforme)	31							
	Défaut ou absence de communication Bloc / Stér (pour la gestion des demandes urgentes)	3						Respect du délai de restitution du matériel pour une demande urgente	
Acheminement vers la stérilisation par le service logistique	Non respects des horaires de flux définis	12							
	Absence de maintenance des armoires	0							
	Chez important des armoires lors du transport vers la stérilisation (chutes, vitage trop court)	0							
Réception - contrôle de conformité tri en stérilisation	Méconnaissance du matériel à usage critique (retrouvé dans les plateaux en stér au lieu d'être jeté)	1	R6 cartographie	mise à jour poster DM à UU		janv-20			
	Tâches : non-respect des protocoles, procédures, (exemple : résidus sanguins, démontage, bi-surtout au nettoyage, traçabilité non conforme)	6		formation continue "bonnes pratiques de lavage"	Pharmacien	sept-19			
	Défaut ou absence de précision sur le matériel à réparer	2							
Lavage	Erreur de chargement du tunnel au lavez	0							
	Erreur de programmation	0							
Validation lavage	Non détection d'erreur du dosage de produit	0		Formation en cours + procédure de validation étape du lavage	Pharmacien	sept-19			
Recomposition	Méconnaissance du contenu des plateaux (plateau mal reconstitué)	19	R20 cartographie	Enquête qualité de recomposition et formation		juin-20			
	Absence de contrôle qualitatif et quantitatif	19		Transfert des connaissances BCOD vers agents de la stérilisation	Coordinateur des soins et cadre supérieur du pôle interventional	janv-19			
	Non mise à jour des listings de recomposition	3							
Conditionnement	Défaut ou absence de traçabilité (exemple : étiquettes manquantes ou incomplètes)	6	R23 cartographie						
	Méconnaissance du choix de la taille des sachets et gaines	2		Formation : "bonnes pratiques de conditionnement"	Pharmacien	sept-19			
				Revoir les tailles des sachets	Cadre de stérilisation	oct-19			
	Soudure réalisée non conforme	0							
	Défaut de vérification des conteneurs	0		Mise en place de la Check list contrôle conteneur	interne Pharmacien	juin-19		Taux de conformité du contrôle visuel des conteneurs	
				Mise en place d'un contrôle de performance : test à l'eau	interne Pharmacien	juin-19		Taux de conformité du contrôle de performance : test à l'eau	
	Défaut de maintenance des conteneurs	0							
	Erreur de programmation	0							
Chargement /Déchargement stérilisateur	Déchargement : porte reste bloquée	0		mise en place de la "procédure de récupération en cas de présence d'humidité à l'intérieur d'emballages de stérilisation" (POPTH0302)	QUASPER POLE LOGISTIQUE			Délai de refroidissement de la charge	
	Non respect du délais de refroidissement de la charge	0							
Validation de la charge	Erreur sur l'autorisation de fonctionnement des stérilisateurs	0							
	Erreur sur la libération de charge	0							
Etiquetage de la charge	Erreur d'étiquetage	10		Mise à jour de la procédure bonnes pratiques d'étiquetage du dossier de stérilisation	interne Pharmacien	sept-19			
Préparation pour acheminement vers les services utilisateurs	Erreur d'adressage	2	R31 cartographie	Nécessitation des effectuer sur les armoires, et de la procédure des armoires, logo mis en place	Pôle Pharmacien				
Acheminement vers les services utilisateurs par le service logistique	Non respects des horaires de flux définis	6							
	Matériel non fonctionnel en salle	1							
Vérification de la conformité du matériel par le service utilisateur	Défaut ou absence de communication Bloc / Stér (pour la gestion des demandes urgentes)	4						Respect d'utilisation de la demande urgente dans moins de 24h	
	Risque de non stérilité des instruments (plateaux troués, instruments inoxidés, etc...)	11							
Matériels et Environnement	Non respect des règles de bionettoyage	3		Mise à jour de la procédure "entretien des locaux de l'UPCS"	Cadre de stérilisation	en cours			
	Non respect de la suppression	0							
	Panne informatique	3							
	Panne d'équipement	0						Taux d'indisponibilité des équipements	
	Non-conformité de la recomposition lié au manque de dispositifs médicaux	11		Achat d'instrumentation					

Discussion - Conclusion

- Evolution de l'approche de gestion des risques vers une **démarche globale** (*a priori et a posteriori*)
- **Simplification de l'analyse des risques** *a posteriori* avec validation de la criticité appréhendée par la démarche *a priori* mais perte d'exhaustivité
- Amélioration de la **communication interne** par une **meilleure compréhension des équipes** avec adhésion à la mise en place **d'indicateurs de performance interne** : non conformité de recomposition…)
- **Communication avec les interfaces clients et supports** clarifiée avec visualisation des périmètres de responsabilité (**indicateurs externes** : analyse des demandes urgentes…)
- **Présentation institutionnelle** en revue de direction