Outil Qualité Gestion Des Risques

Construisons ensemble les repères pour sécuriser les organisations

Outil de RETEX BHRe

Eléments pour structurer son RETEX

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Juillet 2022

SOMMAIRE

LE RETEX, C'EST QUOI ? 3

LE RETEX, POURQUOI ? 3

LE RETEX, AVEC QUI ? 3

LE RETEX, COMMENT ? 3

LES ELEMENTS A COLLIGER 4

Le ou les cas : *4*

Cause(s) ou écart(s) immédiat(s) *6*

Causes profondes *7*

Le RETEX, c'est quoi ?

Selon l'OMS, le RETEX est une évaluation en profondeur des actions de gestion entreprises au cours d'un évènement de santé, réalisée *a posteriori* afin d'identifier les lacunes, les leçons et les meilleures pratiques. Le RETEX offre une approche structurée pour les individus et les organisations impliqués (…).

Le RETEX relève de la culture de sécurité à travers 3 principes majeurs :

1. Ouvrir l'espace des échanges au plus grand nombre des professionnels concernés par l'évènement.
2. Faciliter les apprentissages en assurant un environnement bienveillant et respectueux favorable à des échanges en confiance.
3. Assurer la présentation factuelle de l'évènement et des actions mises en œuvre.

Le RETEX, pourquoi ?

- Garder la mémoire des évènements.
- Repérer les points positifs et les capitaliser.
- Repérer les vulnérabilités pour les corriger.
- Partager une vision commune des évènements.
- Identifier les pistes de progrès.
- Renforcer les liens entre acteurs.
- Valoriser l'expérience acquise.

Le RETEX, avec qui ?

Il est conseillé de dimensionner l'équipe RETEX en fonction de l'épisode BHRe concerné :

- Le pilotage du RETEX peut être porté par l'EOH et le service qualité
- Sont associés à la démarche :
    - La direction qui valide le projet, l'encadrement et les professionnels du service concerné par l'épisode de BHRe
    - Autant de services/ établissements/ partenaires externes concernés par l'épisode.

Le RETEX, comment ?

Les éléments à colliger

Le signalement externe sur E.SIN a-t-il été réalisé ? si oui :

- Numéro de signalement : .....
- Date du signalement : ...../ ...../.....

1. Le ou les cas :

Récapitulatif des cas index et secondaires :

N°	Identification interne	Date EPC/ERG +	Bactérie et mécanisme de résistance	Date entrée ES	Nom du(des) service(s) d'hospitalisation	Service (s) d'hospitalisation		Date sortie ES	Mode de sortie (RAD, transfert autre ES/EMS, DC)
						Date entrée	Date sortie		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

Nombre de patients « contacts » identifiés : ……

Nombre et identification des services concernés : ……

Nombre de prélèvements réalisés : ……

Nombre et identification des établissements concernés (ES, ESMS et structures de ville) : ……

Durée de l'épisode : ……

Outil synoptique (outil développé par SpF) : Outil_autosurveillance_et_suivi_des_epidemies.xls

Eléments de synthèse de l'épisode :

……

……

……

……

……

2. Cause(s) ou écart(s) immédiat(s)

- ☐ Absence ou retard de repérage à l'admission d'un patient à risque d'être porteur BHRe.
- ☐ Non prise en compte d'une information disponible : résultats d'examens réalisés et/ou d'une alerte (Dossier patient, interrogatoire, lettre de liaison, courrier d'admission ...).
- ☐ Défaut d'application des précautions standard (PS) en cas de découverte fortuite.
- ☐ Retard ou défaut d'application des précautions complémentaires contact (PCC).
- ☐ Absence ou défaut de prescription d'un examen approprié de dépistage (ex : prescription de coproculture en lieu et place de recherche BHRe).
- ☐ Absence ou défaut de réalisation d'un examen approprié de dépistage (prélèvement prescrit mais non réalisé, prélèvement mal fait (écouvillon non chargé ou coproculture en lieu et place d'un dépistage par écouvillonnage rectal).
- ☐ Retard dans la réalisation de l'examen de dépistage.
- ☐ Aucune cause immédiate identifiée.
- ☐ Autre.

3. Causes profondes

Liées au(x) patient(s)	**Etat de santé**	☐ Etat de santé favorisant la diffusion du pathogène : troubles cognitifs, déambulation, diarrhées, perte d'autonomie…
	Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	☐ Problème de compréhension, barrière de la langue
		☐ Opposition du patient
		☐ Non implication du patient en tant qu'acteur dans sa sécurité des soins
	Contexte	☐ Prise en charge dans un contexte d'urgence
		☐ Parcours de soin multiple : plusieurs services, plusieurs établissements…
Liées au(x) professionnel(s)	**Qualification, compétences**	☐ Inadéquation des qualifications et des compétences (savoir-faire) ou des connaissances (savoir) : mésusage des Equipements de Protection Individuelle (EPI), des dispositifs, pratiques inadaptées
		☐ Défaut d'aptitude, d'entrainement, d'adaptation
	Facteurs physique ou psychologique	☐ Disposition physique ou mentale altérée (stress, fatigue, maladie, soucis personnels)
Liées aux tâches	**Protocoles**	☐ Absents, non adaptés ou inaccessibles (PS, hygiène des mains, PCC, gestion des *excreta*, entretien des locaux, port des EPI...)
		☐ Non connus ou non mis en œuvre
	Examens complémentaires	☐ Retard dans la réalisation du ou des dépistages
		☐ Difficulté de réalisation ou non réalisation du ou des dépistages
		☐ Difficulté d'accès aux résultats des dépistages
		☐ Délais de transmission des résultats inadaptés
		☐ Doutes sur la fiabilité des résultats (transmission orale, résultat non interprétable…)
		☐ Doutes sur l'interprétation des résultats (recours à un avis spécialisé…)
	Définition des tâches	☐ Définition imprécise des tâches (sur repérage, information et application des PS et des PCC)

	Aide à la décision	☐ Absence ou défaut de demande d'avis au référent antibiotique dans le traitement d'un patient porteur
		☐ Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifiques, synoptique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations…
	Programmation, planification	☐ Planification non adaptée des soins ou des tâches : difficulté dans le respect de la marche en avant…
Liées à l'équipe	**Transmissions des alertes**	☐ Défaut de transmission orale ou écrite d'une alerte
		☐ Défaut de prise en compte d'une alerte
	Communication orale	☐ Défaut de communication orale dans l'équipe (de jour comme de nuit)
		☐ Défaut de communication avec les autres services/acteurs concernés des Etablissement Sanitaire / Etablissement Social ou MédicoSocial / ville
		☐ Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe
	Informations écrites	☐ Défaut de communication écrite : dossier patient (papier et/ou informatisé), lettre de liaison, courrier de sortie …
		☐ Divergences dans les écrits
	Répartition des tâches	☐ Déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe
		☐ Glissement de tâches
	Encadrement / Supervision/ Management	☐ Défaut d'encadrement du Personnel Médical et Personnel Non Médical (PM et PNM)
		☐ Défaut de coordination dans le service
		☐ Définition non claire des responsabilités dans l'équipe
		☐ Faible propension des professionnels à solliciter de l'aide ou de l'expertise
Liées à l'environnement de travail	**Administration**	☐ Difficulté de mobilisation de personnels administratifs (Bureau Des Entrées pour contribution à l'identification des patients contacts, secrétariats …)
	Locaux	☐ Bâtiments et environnement non facilitants (disponibilité et accessibilité au lave bassin, chambres doubles, salle de bain collectives…)

		☐ Défaut de maintenance ou d'entretien des locaux
		☐ Difficulté de mise en place d'un secteur dédié géographique (porteurs, contacts, indemnes)
	Fournitures ou équipements	☐ Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux : lave bassin, chaise percée, bassin, dispositif de protection de bassin à usage unique, EPI …
		☐ Eloignement du lave bassin
		☐ Absence d'équipement de secours, de solution dégradée ou de dépannage d'urgence en cas de panne
		☐ Fonctionnalité insuffisante des équipements (ex : ergonomie, conception, sécurité)
		☐ Défaut de maintenance et d'entretien des équipements : lave bassin
	Informatique	☐ Défaut de communication des systèmes d'information entre eux
		☐ Inaccessibilité d'informations numérisées
		☐ Défaut d' accès informatiques : accès non autorisés pour l'ensemble des professionnels
		☐ Défaut de maintenance (délais excessifs de dépannage…)
	Effectifs	☐ Défaut de combinaison des compétences ou des effectifs
		☐ Défaut d'adaptation au poste de travail
		☐ Difficulté de mise en place d'une équipe dédiée PM et PNM 24H/24
	Charge de travail, temps de travail	☐ Charge en soins importante (volume des soins, nombre de patients...)
		☐ Participation à des activités ou des à tâches obligatoires sans lien avec le poste occupé
	Conditions de travail	☐ Interruption de tâches
Liées à l'organisation	**Expertise / signalement**	☐ Circuit du signalement interne non opérationnel
		☐ Défaut d'expertise interne
		☐ Absence de responsable du signalement
		☐ Défaut de signalement externe
		☐ Gestion inadéquate du personnel et des postes

	Gestion des ressources humaines	☐ Insuffisance ou impossibilité de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
		☐ Besoins en compétences et effectifs des secteurs d'activité non identifiés
		☐ Absence d'intégration des nouveaux arrivants
	Coordination	☐ Défaut de coordination dans le service, entre services ou entre structures
		☐ Absence ou défaut de mobilisation plan local de maitrise d'une épidémie
Liées au contexte institutionnel		☐ Contraintes financières
		☐ Ressources sanitaires insuffisantes (matériel, personnel…)
		☐ Politique de formation initiale et continue insuffisante (analyse des besoins et offre de formation insuffisante, absence ou incomplétude de renseignement du plan de formation...)
		☐ Echanges et relations avec les autres structures de soin faibles ou difficiles
		☐ Stratégie politique : absence, priorisation contradictoire ou inadaptée
		☐ Culture de sécurité et gestion des risques : difficulté de mobilisation de la cellule de crise
		☐ Contexte social difficile

Eléments de sécurité ou barrières (prévention, atténuation, récupération)

Mesures qui ont fonctionné et qui ont permis de limiter les conséquences de l'événement :

Prévention……
……
……
……

Atténuation……
……
……
……

Récupération……
……
……

Pratiques remarquables et questions subsidiaires

Pratiques remarquables identifiées avec ou sans lien direct avec l'évènement :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Questions subsidiaires :

Les patients et/ou la personne de confiance ont-ils été informés ? si oui de quelle façon ?

……
……
……

L'équipe soignante ou les professionnels ayant pris en charge les patients ont-ils eu besoin de soutien ou d'accompagnement (psychologue, débriefing, réunion d'échanges…) ?

……
……
……

Proposition d'actions d'amélioration

Propositions en termes :

- **d'organisation :** ☐ Oui ☐ Non

(Composition d'équipe, procédures écrites, protocoles de soins, approvisionnement, ……)

- **de communication** : ☐ Oui ☐ Non

(Entre professionnels de santé, entre professionnels de santé et patients, entre professionnels de santé et familles, ……)

- **de formation** (interne, externe…) : ☐ Oui ☐ Non

1) ……
……

Responsable : …… Echéance : ……
Diffusion de l'information : ……
Evaluation prévue (et échéance) : ……

2) ……
……

Responsable : …… Echéance : ……
Diffusion de l'information : ……
Evaluation prévue (et échéance) : ……

3) ……
……

Responsable : …… Echéance : ……
Diffusion de l'information : ……
Evaluation prévue (et échéance) : ……

CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS

Site de Besançon : 26 rue Proudhon - 25000 BESANCON **Site de Dijon :** Site de La Chartreuse 1 Boulevard Chanoine Kir 21000 DIJON erage@requa.fr - 03 81 61 68 10 Site Internet : www.requa.fr	**Siège :** CHU Besançon 3, Boulevard Alexandre Fleming 25000 Besançon 03 81 66 85 57 cpias-bfc@chu-besancon.fr **Unité hébergée :** CHU Dijon Bâtiment IFCS / Santé au Travail Boulevard de Lattre de Tassigny 21 079 Dijon cedex 03 80 29 30 25 cpias-bfc@chu-dijon.fr