



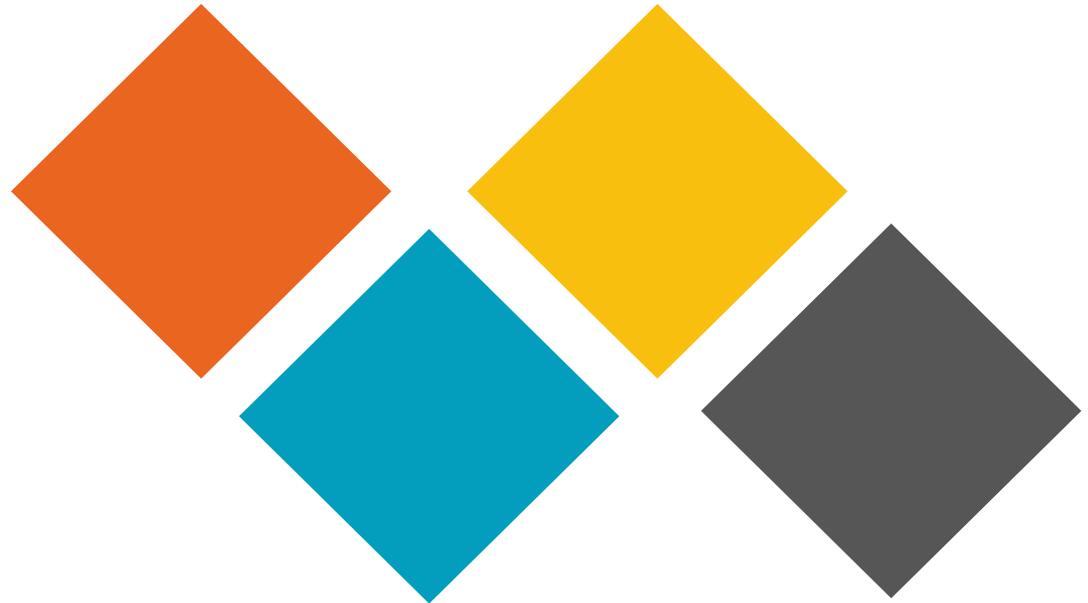
## **Bactériémie à EPC: testez-vous! Analyse des causes interactive**

**Dr Anne-Gaëlle Venier**

@AgVenier

anne-gaëlle.venier@chu-bordeaux.fr

[www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr](http://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr)





# Histoire clinique – phase de prévention

---

J0 Vendredi 18h30: Admission en médecine d'un patient de 71 ans en post-AVC.

HDM : il y a 10 jours AVC ischémique, hospitalisé sur l'hôpital de Gandia (vacances en Espagne), suites compliquées pneumopathie d'inhalation précoce (antibiotiques toujours en cours) + OAP lésionnel.

Etat à l'arrivée : Sous oxygène avec une voie veineuse périphérique, début d'escarre sacrée.

Installation en chambre seule, patient apyrétique mais dyspnée modérée. Le médecin prescrit un bilan sanguin, une radiographie pulmonaire pour le lendemain.

L'ECG est normal, Gaz du sang : spO2 satisfaisante sous oxygène sans acidose

Poursuite de l'oxygénothérapie et des antibiotiques, prescription de perfalgan + pansement hydrocolloïde pour l'escarre + rééducation pour son hémiplégié.





# Ecart? Causes?

---

Pas de PCC dès l'admission ni dépistage à la recherche de BMR/ BHR malgré ATCD d'hospit à l'étranger

- Non appropriation par l'équipe du protocole de CAT en cas d'hospitalisation à l'étranger (validé, disponible sur l'intranet, connu par le cadre qui était en RTT cette semaine)
- méconnaissance ou sous-estimation du risque BHR
- Contexte d'arrivée du patient dans une situation de désorganisation : arrivée plus tard que prévu et un autre patient en cours de gestion pour une décompensation cardiaque
- ARS non informée du rapatriement

La VVP posée dans des conditions inconnues et à une date inconnue n'a pas été changée

- Protocole existant mais sous-estimation du risque et désorganisation contextuelle





# Histoire clinique – phase de prévention

---

**J1 Samedi** bilan biologique sans particularité, CRP 5.

9h Patient pâle, détresse respiratoire. **9h15 transfert en Soins intensifs** embolie pulmonaire.

**J2 Dimanche** Patient peu communicant ayant des difficultés à s'alimenter. Amélioration dyspnée, apyrétique, pansement escarre tracé, CRP 6

**J3 Lundi** Patient stable, apyrétique, peu communicant, arrêt des antibiotiques après avis infectio

**J4 Mardi** 10h Amélioration clinique, Arrêt ventilation, apyrétique. **17h Retour en médecine** en chambre seule. Toujours perfusion pour hydratation

**J5 Mercredi**

9h Veinite au niveau de la perfusion. Retrait perfusion, pansement alcoolique et perfusion de l'autre côté. Traçabilité de la pose de la VVP sur le logiciel informatique. Pansement d'escarre tracé.

16h30 Fièvre 39°1, patient abattu, prescription et réalisation d'hémocultures. Traitement par antibiothérapie probabiliste





# Ecarts? Causes?

---

Pas de traçabilité de la surveillance de la VVP

Surveillance théoriquement faite mais pas la traçabilité car logiciel patient peu pratique pour les dispositifs invasifs (autre onglet)

Pas de changement VVP à 96h

Transfert d'un service à l'autre sans traçabilité de la date de pose. Protocole de changement systématique pas toujours suivi car banalisation du risque





# Histoire clinique – Phase d'atténuation

---

**J6 Jeudi** Patient 38°C sous perfalgan, mutique, abattu , kiné en chambre difficile.

**J7 Vendredi** Patient 38°C sous perfalgan , mutique, mange peu.

11h Le labo appelle le service : hémocultures positives à *K pneumoniae* multi-résistante avec suspicion BHR. Envoi souche au CHU le plus proche pour PCR.

17h Patient mis en PCC. Médecin fait appel au référent antibiotique pour adapter l'antibiothérapie.

**J8 – J9 Samedi** Patient apyrétique, fatigué.





# Écarts? Causes?

---

Six heures entre la suspicion de BHR et la mise en place de PCC: le labo a eu au téléphone un étudiant qui n'a pas prévenu le médecin (noté dans le dossier)  
Résultats connus lors de la contre-visite

Etudiant non briefé, Laboratoire n'ayant pas pris l'habitude de parler directement aux médecins difficilement joignables  
Système informatique permettant en temps réel de consulter les résultats mais sans alerte particulière

EOH non prévenue de la suspicion de BHR

Partage d'informations entre laboratoire et EOH mal formalisé





## Histoire clinique – Phase d'atténuation

---

**J10 Lundi** Patient apyrétique, va mieux.

Confirmation par CHU *K pneumoniae* OXA 48.

Service appelle EOH.

Point avec l'équipe : ICSHA 60%, lave-bassin opérationnel et bien géré, patient concerné par l'EPC continent et non déambulant.

Cellule de crise, recensement des contacts de médecine et SI (n= 46), dépistages de ceux encore hospitalisés (n= 20).

Information du patient et de sa famille + dépistage rectal du patient.

Alerte informatique mise en place pour les contacts sortis.

**J11-J17** Evolution favorable du patient qui s'est avéré également colonisé digestif, transfert en SSR à J17. Pas de cas secondaires.





# Ecarts? Causes?

---

Hygiène des mains perfectible

Banalisation de l'hygiène des mains, port de bijoux, difficultés à cerner les moments clés de l'hygiène des mains





- 
- ◆ **A vous de choisir avec l'équipe 3 actions d'amélioration**





## Actions d'amélioration – Phase de prévention

Comment est-ce arrivé? Cause immédiate	Pourquoi? Causes profondes	Action corrective proposée	Fréquence de survenue	Influence sur l'évènement	Action priorisée Oui/Non
Pas de PCC dès l'admission ni dépistage à la recherche de BMR/ BHR malgré ATCD d'hospit à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- non appropriation par l'équipe du protocole de CAT en cas d'hospitalisation à l'étranger (validé, disponible sur l'intranet, connu par le cadre qui était en RTT cette semaine)</li> <li>- méconnaissance ou sous-estimation du risque BHR</li> <li>- Contexte d'arrivée du patient dans une situation de désorganisation : arrivée plus tard que prévu et un autre patient en cours de gestion pour une décompensation cardiaque</li> <li>- ARS non informée du rapatriement</li> </ul>	Resensibilisation et engagement des équipes à la recherche des antécédents d'hospitalisation à l'étranger			
La VVP posée dans des conditions inconnues et à une date inconnue n'a pas été changée	Protocole existant mais peu suivi car sous-estimation du risque	Resensibilisation et engagement des équipes à changer les VVP posées dans des conditions inconnues ou dégradées			
Pas de traçabilité de la surveillance de la VVP	Surveillance théoriquement faite mais pas la traçabilité car logiciel patient peu pratique pour les dispositifs invasifs à aller chercher dans un autre onglet	Travail avec le service informatique et dans l'attente, utilisation d'une feuille de suivi			
Pas de changement VVP à 96h	Transfert d'un service à l'autre sans traçabilité de la date de pose. Protocole de changement systématique pas toujours suivi car banalisation du risque	Améliorer les transmissions et rappeler le protocole concernant la gestion des VVP			



## Actions d'amélioration – Phase de prévention

Comment est-ce arrivé? Cause immédiate	Pourquoi? Causes profondes	Action corrective proposée	Fréquence de survenue	Influence sur l'évènement	Action priorisée Oui/Non
Pas de PCC dès l'admission ni dépistage à la recherche de BMR/ BHR malgré ATCD d'hospit à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- non appropriation par l'équipe du protocole de CAT en cas d'hospitalisation à l'étranger (validé, disponible sur l'intranet, connu par le cadre qui était en RTT cette semaine)</li> <li>- méconnaissance ou sous-estimation du risque BHR</li> <li>- Contexte d'arrivée du patient dans une situation de désorganisation : arrivée plus tard que prévu et un autre patient en cours de gestion pour une décompensation cardiaque</li> <li>- ARS non informée du rapatriement</li> </ul>	Resensibilisation et engagement des équipes à la recherche des antécédents d'hospitalisation à l'étranger	Occasionnelle	Moyenne	
La VVP posée dans des conditions inconnues et à une date inconnue n'a pas été changée	Protocole existant mais peu suivi car sous-estimation du risque	Resensibilisation et engagement des équipes à changer les VVP posées dans des conditions inconnues ou dégradées	Fréquent	Forte	
Pas de traçabilité de la surveillance de la VVP	Surveillance théoriquement faite mais pas la traçabilité car logiciel patient peu pratique pour les dispositifs invasifs à aller chercher dans un autre onglet	Travail avec le service informatique et dans l'attente, utilisation d'une feuille de suivi	Fréquent	Faible	
Pas de changement VVP à 96h	Transfert d'un service à l'autre sans traçabilité de la date de pose. Protocole de changement systématique pas toujours suivi car banalisation du risque	Améliorer les transmissions et rappeler le protocole concernant la gestion des VVP	Fréquent	Faible	



# C'est le moment de choisir deux actions de prévention avec l'équipe de soins

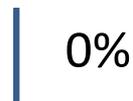
- 1 - Rechercher les antécédents d'hospitalisation à l'étranger
- 2 - Changer les VVP posées dans des conditions inconnues ou dégradées
- 3 - Travailler avec le service informatique pour suivi VVP
- 4 - Rappeler le protocole concernant la gestion des VVP

# C'est le moment de choisir deux actions de prévention avec l'équipe de soins

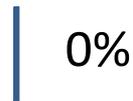
1 - Rechercher les antécédents d'hospitalisation à l'étranger



2 - Changer les VVP posées dans des conditions inconnues ou dégradées



3 - Travailler avec le service informatique pour suivi VVP



4 - Rappeler le protocole concernant la gestion des VVP





## Actions d'amélioration – Phase de prévention

Comment est-ce arrivé? Cause immédiate	Pourquoi? Causes profondes	Action corrective proposée	Fréquence de survenue	Influence sur l'évènement	Action priorisée Oui/Non
Pas de PCC dès l'admission ni dépistage à la recherche de BMR/ BHR malgré ATCD d'hospit à l'étranger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- non appropriation par l'équipe du protocole de CAT en cas d'hospitalisation à l'étranger (validé, disponible sur l'intranet, connu par le cadre qui était en RTT cette semaine)</li> <li>- méconnaissance ou sous-estimation du risque BHR</li> <li>- Contexte d'arrivée du patient dans une situation de désorganisation : arrivée plus tard que prévu et un autre patient en cours de gestion pour une décompensation cardiaque</li> <li>- ARS non informée du rapatriement</li> </ul>	Resensibilisation et engagement des équipes à la recherche des antécédents d'hospitalisation à l'étranger	Occasionnelle	Moyenne	OUI car aurait pu causer une épidémie
La VVP posée dans des conditions inconnues et à une date inconnue n'a pas été changée	Protocole existant mais peu suivi car sous-estimation du risque	Resensibilisation et engagement des équipes à changer les VVP posées dans des conditions inconnues ou dégradées	Fréquent	Forte	OUI
Pas de traçabilité de la surveillance de la VVP	Surveillance théoriquement faite mais pas la traçabilité car logiciel patient peu pratique pour les dispositifs invasifs à aller chercher dans un autre onglet	Travail avec le service informatique et dans l'attente, utilisation d'une feuille de suivi	Fréquent	Faible	NON
Pas de changement VVP à 96h	Transfert d'un service à l'autre sans traçabilité de la date de pose. Protocole de changement systématique pas toujours suivi car banalisation du risque	Améliorer les transmissions et rappeler le protocole concernant la gestion des VVP	Fréquent	Faible	NON



## Actions d'amélioration – Phase d'atténuation

Comment est-ce arrivé? Cause immédiate	Pourquoi? Causes profondes	Action corrective proposée	Fréquence de survenue	Influence sur l'évènement	Action priorisée Oui/Non
Six heures entre la suspicion de BHR et la mise en place de PCC: le labo a eu au téléphone étudiant qui n'a pas prévenu le médecin : noté dans le dossier. Résultats connus lors de la contre-visite	Etudiant non briefé, Laboratoire n'ayant pas pris l'habitude de parler directement aux médecins difficilement joignables système informatique permettant en temps réel de consulter les résultats mais sans alerte particulière	Ré-organisation de la transmission des résultats sensibles (hémocultures, BMR et BHR) entre laboratoire et service via appel du numéro du portable médical	Fréquent	Forte	
EOH non prévenue de la suspicion de BHR	Partage d'informations entre laboratoire et EOH mal formalisé	Organisation à trouver pour une transmission en temps réel des suspicions de BHR à l'EOH (mail?)	Fréquent	Faible	
Hygiène des mains perfectible	Banalisation de l'hygiène des mains, port de bijoux, difficultés à cerner les moments clés de l'hygiène des mains	Zéro bijou + Hygiène des mains avant toute manipulation d'un dispositif invasif	Fréquent	Moyenne	





# C'est le moment de choisir une action sur l'atténuation avec l'équipe de soins

## ◆ En choisir une seule

1 - Réorganiser la transmission des résultats sensibles (hémocultures, BMR et BHR) entre laboratoire et service

2 - Trouver une organisation pour une transmission en temps réel des suspicions de BHR à l'EOH

3 - Zéro bijou + Hygiène des mains avant toute manipulation d'un dispositif invasif

# C'est le moment de choisir une action sur l'atténuation avec l'équipe de soins

## ◆ En choisir une seule

1 - Réorganiser la transmission des résultats sensibles (hémocultures, BMR et BHR) entre laboratoire et service

| 0%

2 - Trouver une organisation pour une transmission en temps réel des suspicions de BHR à l'EOH



3 - Zéro bijou + Hygiène des mains avant toute manipulation d'un dispositif invasif

| 0%



## Actions d'amélioration – Phase d'atténuation

Comment est-ce arrivé? Cause immédiate	Pourquoi? Causes profondes	Action corrective proposée	Fréquence de survenue	Influence sur l'évènement	Action priorisée Oui/Non
Six heures entre la suspicion de BHR et la mise en place de PCC: le labo a eu au téléphone étudiant qui n'a pas prévenu le médecin : noté dans le dossier. Résultats connus lors de la contre-visite	Etudiant non briefé, Laboratoire n'ayant pas pris l'habitude de parler directement aux médecins difficilement joignables système informatique permettant en temps réel de consulter les résultats mais sans alerte particulière	Ré-organisation de la transmission des résultats sensibles (hémocultures, BMR et BHR) entre laboratoire et service via appel du numéro du portable médical	Fréquent	Forte	Oui
EOH non prévenue de la suspicion de BHR	Partage d'informations entre laboratoire et EOH mal formalisé	Organisation à trouver pour une transmission en temps réel des suspicions de BHR à l'EOH (mail?)	Fréquent	Faible	Non
Hygiène des mains perfectible	Banalisation de l'hygiène des mains, port de bijoux, difficultés à cerner les moments clés de l'hygiène des mains	Zéro bijou + Hygiène des mains avant toute manipulation d'un dispositif invasif	Fréquent	Moyenne	Non





# Merci pour votre attention

---

