

L'analyse de scénario clinique : un nouvel outil de gestion du risque infectieux

Sylvie JOURDAIN
Cadre de santé



Lénaïg DANIEL
Infirmière hygiéniste



1

Missions des EOH

Circulaire du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la LIN dans les établissements de santé

- Elaboration de recommandations de bonnes pratiques et diffusion
- Evaluations des pratiques
- Formation des professionnels
- Investigation et intervention lors de la survenue d'évènements inhabituels

2

Evolution du contexte réglementaire

De la Lutte contre les infections nosocomiales (IN) à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins

– **ICALIN.2 : Indicateur composite des activités de lutte contre les IN**

- Critère O21 (2 points/100) : Programme de gestion du risque infectieux fait en lien avec le coordinateur de la gestion des risques.
- Critère O22 (2/100) : Formalisation des modalités de travail du coordinateur et de l'EOH.
- Critère A81 (4/100) : "Il existe une démarche d'analyse des causes en cas d'évènement infectieux".

3

Evolution du contexte réglementaire

De la Lutte contre les infections nosocomiales (IN) à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins

– **Décret du 12 novembre 2010 et Circulaire du 18 novembre 2011 relatifs à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé**

- "La mission des EOH est d'impulser et de coordonner la gestion *a priori* du risque infectieux nosocomial" en utilisant les méthodes et les outils validés par la HAS.

– **Décret du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé paramédicaux**

- Les formateurs ont l'obligation d'utiliser les méthodes validées par la HAS.

4

Comment améliorer la gestion du risque infectieux pour les patients en étant attrayants et efficaces pour les professionnels et en répondant aux exigences réglementaires ?

5

L'analyse de scénario clinique ?

- Méthode au service d'une démarche Qualité :
 - Méthode de gestion des risques *a priori* développée par le CCECQA
 - Méthode validée par la HAS
 - Son application à la gestion du risque infectieux a été développée par le CCLIN Sud-Ouest

6

L'analyse de scénario clinique ?

- Approche par problème :
 1. Les animateurs présentent un scénario
 2. Les professionnels d'une unité de soins analysent l'évènement survenu **ailleurs**
 3. Ils évaluent le risque de survenue de cet évènement **dans leur unité**
 4. Ils identifient leurs points forts et leurs défaillances
 5. Ils définissent de manière collégiale des mesures de prévention

7

L'analyse de scénario clinique ?

- séance d'1 heure maximum
- par 2 professionnels formés à la méthode
- experts du thème étudié, garants des recommandations de bonnes pratiques

8

De la théorie à la pratique...

- Néonatalogie, CHRU de Brest
 - Participation aux différentes formations proposées par l'EOH
 - Difficultés signalées par l'encadrement pour motiver les professionnels à participer aux formations

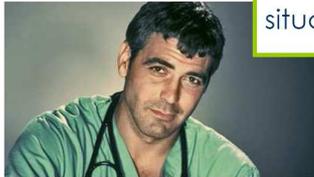
9

Etapes	Réalisation
Quoi	<ul style="list-style-type: none">• Scénario : épidémie d'infections à SASM sur cathéter central dans une unité de Néonatalogie
Qui	<ul style="list-style-type: none">• 2 experts en gestion du risque infectieux, formés à la méthode
Avec qui	<ul style="list-style-type: none">• 11 professionnels de Néonatalogie : 2 AP, 7 IDE, 1 CS, 1 PH
Où	<ul style="list-style-type: none">• Salle équipée à proximité de l'unité• Disposition des participants et des animateurs en O
Quand	<ul style="list-style-type: none">• Jour et horaire adaptés aux contraintes des équipes
Comment	<ul style="list-style-type: none">• Communication aux équipes : diffusion de 2 affiches• Etapes et temps de l'animation respectés• Envoi du compte-rendu au cadre de santé
Combien	<ul style="list-style-type: none">• Temps de formation enregistré par le service de Formation continue : transmission de la feuille d'émargement à la Formation continue• Projet DPC

10

Analyse de scénario clinique en Néonatalogie

Briefing ! Echangeons sur une
situation qui peut arriver...



le 21 mars 2013
de 14h30 à 15h30
Salle du 6^{ème} étage

Analyse de scénario clinique en Néonatalogie

Briefing ! Echangeons sur une
situation qui peut arriver...



le 21 mars 2013
de 14h30 à 15h30
Salle du 6^{ème} étage

Etapes	Réalisation
Quoi	<ul style="list-style-type: none"> • Scénario construit par les experts d'après une situation réelle • Epidémie d'infections à SASM sur cathéter central dans une unité de Néonatalogie
Qui	<ul style="list-style-type: none"> • 2 experts en gestion du risque infectieux, formés à la méthode • Sylvie et Lénéig
Avec qui	<ul style="list-style-type: none"> • 11 professionnels de Néonatalogie : 2 AP, 7 IDE, 1 CS, 1 PH
Où	<ul style="list-style-type: none"> • Salle équipée à proximité de l'unité • Disposition des participants et des animateurs en O
Quand	<ul style="list-style-type: none"> • Jour et horaire adaptés aux contraintes des équipes
Comment	<ul style="list-style-type: none"> • Communication aux équipes : diffusion de 2 affiches • Etapes et temps de l'animation respectés • Envoi du compte-rendu au cadre de santé
Combien	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de formation enregistré par le service de Formation continue : transmission de la feuille d'émargement à la Formation continue • Projet DPC

13

Sur le terrain...

1. Les animateurs présentent un scénario
2. Les professionnels d'une unité de soins analysent l'évènement survenu **ailleurs**
3. Ils évaluent le risque de survenue de cet évènement **dans leur unité**
4. Ils identifient leurs points forts et leurs défaillances
5. Ils définissent de manière collégiale des mesures de prévention

14

1. Les animateurs présentent un scénario

- Objectifs et présentation de la méthode
- Lecture du scénario
 - Histoire réelle publiée ou ayant fait l'objet d'une analyse approfondie des causes
 - Thème pertinent par rapport à l'activité de l'unité
 - Scénario construit par les experts d'après une situation réelle
 - Epidémie d'infections à SASM sur cathéter central dans une unité de Néonatalogie



15

Quatre sepsis sur cathéter central (KTVO, KTEC) ont été diagnostiqués en un mois et demi dans un service de Néonatalogie. Ces infections à *Staphylococcus aureus* sensible à la méthiciline ont concerné quatre nouveau-nés entraînant le décès de l'un d'eux. Le signalement interne et externe a été fait.

Ces complications ont été rapportées d'une part, à la transmission croisée à partir du premier cas et d'autre part, aux cathéters.

Les professionnels ont l'habitude d'utiliser et de manipuler ce matériel pour assurer la réanimation des enfants.

16

2. Les professionnels de l'unité de soins analysent l'évènement survenu **ailleurs**

- Les professionnels émettent des **hypothèses** sur les causes de l'épidémie
- Répartition des rôles
 - 1 animateur et 1 secrétaire
- Outils d'aide à l'animation
 - Relevé des échanges sur un paper board
 - Grille d' "identification des défenses et des vulnérabilités"



17

	AILLEURS		ICI	
	Oui	Non	Oui	Non
<p>Les Précautions standard</p> <p>Hygiène des mains : observance</p> <p>Hygiène des mains : efficacité</p> <p>Port de gants</p> <p>EPI</p> <p>Circuits logistiques : déchets, linge, matériels</p>				
<p>Le traitement</p> <p>Il existe un protocole de prise en charge antibiotique de l'infection</p> <p>Le protocole répond aux critères de bonnes pratiques d'antibiothérapie</p> <p>L'infection est documentée (cathéter mis en culture, hémocultures, ...)</p>				
<p>La pose du CVC</p> <p>Il existe un protocole de pose des cathéters centraux mis à jour</p> <p>La pose est effectuée dans des conditions d'asepsie chirurgicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - respect d'une hygiène des mains (friction chirurgicale, lavage chirurgical) - tenue (coiffe, masque chirurgical, casaque stérile, gants stériles) <p>La préparation cutanée se fait en 4 temps</p> <p>L'antiseptie est réalisée avec un ATS adapté</p>				
<p>L'entretien et l'utilisation du CVC et de la ligne veineuse</p> <p>Il existe un protocole précisant les modalités d'entretien et d'utilisation de la ligne veineuse</p> <p>Une friction avec PHA est réalisée avant et après chaque manipulation</p> <p>Les manipulations se font avec des compresses stériles imprégnées d'antiseptique alcoolique</p> <p>Le changement de ligne veineuse est effectué après chaque perfusion de dérivés sanguins et dans les 24h pour les produits lipidiques</p> <p>Les robinets et les valves sont désinfectés avant chaque usage</p> <p>Les bouchons sur les robinets ou les rampes sont changés à chaque usage</p> <p>Le changement de ligne veineuse est effectué au maximum toutes les 96h</p>				
<p>La réfection du pansement</p> <p>La réfection du pansement fait l'objet d'un protocole : KTVO, KTEC</p> <p>Le pansement est changé dès qu'il est humide, souillé ou décollé</p>				
<p>Surveillance du cathéter</p> <ul style="list-style-type: none"> - du point d'insertion - signalement de toute complication au médecin <p>Tracabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - du nom d'opérateur, de la date et l'heure de la pose et type du cathéter dans le dossier du patient - de la surveillance quotidienne dans le dossier patient - de la réfection du pansement dans le dossier patient - de l'ablation du cathéter central <p>Formation des professionnels</p> <p>Les professionnels participent aux formations sur l'hygiène des mains et sur les Précautions standard</p> <p>Les professionnels sont informés de l'actualisation des procédures</p> <p>Evaluations</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la pose des cathéters - de l'entretien des CVC et de la manipulation des lignes veineuses - des pratiques de changement du pansement - de l'hygiène des mains 				

18

2. Les professionnels de l'unité de soins analysent l'évènement survenu **ailleurs**

- Les professionnels émettent des **hypothèses** sur les causes de l'épidémie
- Répartition des rôles
 - 1 animateur et 1 secrétaire
- Outils d'aide à l'animation
 - Relevé des échanges sur un paper board
 - Grille d' "*identification des défenses et des vulnérabilités*"
- Lecture de l'analyse faite **ailleurs**



19



Analyse

Equipe
Opérationnelle
Hygiène

Principaux défauts de soin :

- Mauvaise hygiène des mains (observance et efficacité) entre les soins à plusieurs enfants et aussi pour les manipulations des lignes de perfusion

Autres défauts de soin :

- Mauvaise préparation cutanée lors de la pose des cathéters
- Manque d'asepsie lors des procédures de maintenance et d'utilisation des accès veineux centraux
- Mauvaise gestion des lignes veineuses : fréquence de changement des lignes
- Mauvaise réalisation des pansements de cathéter
- Mauvais usage des antiseptiques
- Mauvaise gestion de l'habillage et du déshabillage des soignants
- Absence de traitement de dispositifs médicaux utilisés pour plusieurs enfants

Facteurs contributifs :

- Fragilité de la population
- Défaillance dans la prise en charge antibiotique de l'infection
- Absence de protocole validé et actualisé pour la gestion des cathéters centraux
- Absence de protocole d'usage actualisé des antiseptiques
- Pas d'harmonisation des pratiques dans l'équipe
- Méconnaissance des Précautions standard
- Banalisation du geste

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- Protocole de prise en charge antibiotique de l'infection et information des médecins
- Harmonisation des protocoles de gestion des cathéters centraux et information dans les services auprès des équipes soignantes
- Formation des professionnels aux Précautions standard : médical et paramédical
- Evaluation régulière des pratiques dans le service

20

3. Les professionnels évaluent le risque de survenue de cet évènement dans leur unité.

- “Quelle est la probabilité de survenue de ce scénario dans votre unité ?”
 - Probable
 - Extrêmement improbable
 - Rare
 - Extrêmement rare

21

4. Les professionnels identifient leurs points forts et leurs défaillances.

- Les professionnels analysent leur propre situation
- Outil d'aide à l'animation
 - Le relevé des défauts de soins notés
- Synthèse des échanges faite par 1 animateur



22

5. Les professionnels définissent de manière collégiale les mesures de prévention.

- Choix des actions d'amélioration par consensus
 - En Néonatalogie
 - Pose de CVC : Préparation cutanée avec un antiseptique adapté et arrêt des entrées et sorties pendant le temps de pose
 - Création d'un support unique de suivi des soins sur CVC
 - Améliorer la transmission des informations entre professionnels, notamment ceux travaillant à temps partiel
- A distance, envoi du compte rendu de séance



23

 Compte-rendu de la séance "Analyse de scénario clinique" en Néonatalogie Le 21 mars 2013	Equipe Opérationnelle Hygiène
Date de l'analyse : 21 mars 2013 Scénario retenu : Sepsis sur cathéter veineux central (CVC)	
Unité : HC Néonatalogie	
Participants : A. Berthoulioux, CS, R. Leaute, PDE, H. Pailletier, IDE, N. Risquier, IDE, B. Kerleroux, IDE, I. Gromaire, PDE, AH, Mèdeac, IDE, G. Cloarec, AS, H. Fouasseur, AP, C. Boucher, PDE, D. Giroux, PH.	
Animateurs : Sylvie JOURDAIN et Lénalg DANIEL	
Analyse de ce qui s'est déjà passé dans un autre établissement	
Principal défaut de soins ? - observance à l'hygiène des mains	Principales vulnérabilités existantes : <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène des mains : efficacité de la friction hydro-alcoolique ? - Non respect de la préparation cutanée en 4 temps - Entrées et sorties dans la chambre pendant la pose du cathéter - Absence de surveillance du point d'insertion du cathéter : le pansement est opaque - Pas traçabilité dans le dossier du patient et existence de supports multiples de <ul style="list-style-type: none"> + la surveillance quotidienne - la réfection du pansement - du changement de ligne - pas d'information formalisée des professionnels sur les changements de procédures
Autres défauts de soins ? <ul style="list-style-type: none"> - mauvaise préparation cutanée lors de la pose - mauvaise gestion de l'habillement et du déshabillage des soignants - manque d'asepsie lors des manipulations et des accès aux cathéters centraux - pas de changement de ligne veineuse après les dérivés sanguins et les produits lipidiques - pas de protocole de réfection de pansement - pas de changement de ligne veineuse toutes les 96 h - pas de surveillance du point d'insertion - absence de procédures d'entretien des incubateurs 	Actions d'amélioration retenues : <ul style="list-style-type: none"> - POSE DU CVC : préparation cutanée en 4 temps avec un antiseptique adapté pas d'interruption du soin (entrées et sorties intempestives dans la chambre) - TRACABILITE : création d'un support unique, convenant à l'ensemble des professionnels pour le suivi du CVC (pose, surveillance quotidienne, changement de ligne et réfection de pansement) - TRANSMISSION DE L'INFORMATION : formaliser la transmission notamment pour les professionnels travaillant à temps partiel
Facteurs contributifs ? <ul style="list-style-type: none"> - absence de protocole de pose des cathéters centraux - enfants partageant la même chambre - absence de vérification de la stérilité des emballages - méconnaissance des précautions standard - tenues non-conformes - absence de protocole d'usage actualisés des antibiotiques 	
Défenses qui auraient pu éviter cet événement ? <ul style="list-style-type: none"> - protocole d'usage actualisés des antibiotiques - harmonisation des protocoles de gestion des cathéters centraux - formations des professionnels aux recommandations - évaluation régulière des pratiques 	
Analyse de ce qui pourrait se passer dans l'unité de soins	
Probabilité de survenue d'un tel scénario ? <input checked="" type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Extrêmement improbable <input type="checkbox"/> Rare <input type="checkbox"/> Extrêmement rare	
Evénement qui s'est déjà produit dans l'unité	
Principales défenses existantes : <ul style="list-style-type: none"> - Hygiène des mains : observance - Traitement : Protocole de prise en charge antibiotique de l'infection - Pose et gestion de CVC : Protocole de pose mis à jour Pose dans des conditions d'asepsie chirurgicale, tenue et hygiène des mains - Protocole d'entretien et de gestion de la ligne veineuse - Evaluation des Pratiques Professionnelles : Audit d'opportunités de l'hygiène des mains 	

24

Méthode

accommodée à la façon brestoïse

- Création du scénario
- Outil proposé par le CCLIN Sud-Ouest détourné
 - Grille de recueil transformée en modèle de compte-rendu de séance
 - Grille à compléter en séance avec la fiche d'identification des défenses et des vulnérabilités :
 - la transcription des propos interfère avec l'animation
 - application laborieuse
- Support facilitateur : paper board
 - Affichage des propos des participants au moment de l'analyse "ailleurs"
 - Utilisé au moment de l'analyse "ici"

25

Quelle satisfaction ?

- Evaluation des professionnels
 - par questionnaire auto-administré
 - 2 semaines après la séance
- Taux de retour : 82% (9/11)
- Quelques résultats:
 - 9/9 jugent la méthode de travail simple.
 - 9/9 sont satisfaits de la formation.
 - 7/9 sont capables d'énoncer les actions d'amélioration 2 à 4 semaines après la séance.

26

En conclusion...

- Méthode simple, attrayante et efficace
- Formation complémentaire
- Méthode participant au développement de la culture de sécurité des soins
 - Prise de conscience des EI
- Méthode applicable à d'autres vigilances

27



Merci
de votre
attention !

28