

## **EPP**

*Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé*

**Evaluation du risque infectieux lié à la prise en charge  
des cathéters centraux en néonatalogie**

**Analyse d'un scénario clinique**



**MAI 2013**

## **Sommaire**

Sommaire.....	2
Introduction .....	3
Objectifs .....	3
Documents fournis.....	3
Composition du groupe de travail .....	3
Méthode .....	4
Références .....	7
Annexe 1 – Scénario clinique d’après un signalement investigué en 2013.....	7

## Introduction

Dans le cadre de la mise en place du décret n° 2010-1408 du 12 novembre relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, le développement des retours d'expérience sur ces événements est engagé afin de développer la culture sécurité et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

L'analyse de scénario est une méthode de travail en équipe qui permet l'introduction d'actions pertinentes dans les programmes d'actions d'amélioration continue de la qualité. Ce projet cible les mesures de prévention liées à la pose et à la gestion des cathéters centraux. Il repose sur une méthode développée par le CCLIN Sud Ouest avec le Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) : l'analyse de scénario clinique.

## Objectifs

- **Général**

Tester à partir de l'analyse d'un problème, la capacité des professionnels d'une unité de soins à mettre en œuvre une stratégie de prévention et à appliquer les mesures ad hoc afin de limiter le risque décrit dans le scénario.

- **Spécifiques**

Analyser avec les professionnels d'un service, les barrières mises en place et leur caractère opérationnel ainsi que les défenses possibles.

Identifier les vulnérabilités (défaut d'organisation, de procédures, etc.)

Comprendre les difficultés et les freins rencontrés dans la mise en œuvre des bonnes pratiques.

Identifier et mettre en place des actions d'amélioration de façon collective.

## Documents fournis

- **Outil**

Document complet présentant la justification, les objectifs, la méthodologie, l'organisation du recueil, la grille de recueil et les consignes de remplissage, les supports nécessaires pour la réalisation de l'évaluation.

- **Grille de recueil**

Support de collecte des données.

- **Conduite de l'évaluation**

Document général présentant les étapes d'une démarche d'analyse de scénario clinique.

## Composition du groupe de travail

Dr Nicolas ROUZIC, ARLIN Bretagne, Brest (29)

Dr Philippe SALIOU, EOH, CHRU Brest (29)

Madame Lénaïg DANIEL, EOH, CHRU Brest (29)

Madame Sylvie JOURDAIN, ARLIN Bretagne, Brest (29)

## Méthode

L'approche méthodologique retenue est celle de l'analyse de scénario clinique relative à la gestion des cathéters centraux.

- **Présentation de la méthode**

Il s'agit **d'une approche par problème** qui consiste à analyser un problème ou un dysfonctionnement afin de mettre en place des actions visant à éviter sa répétition. Un problème est défini comme la différence entre la situation existante et la situation attendue.

Cette méthode déductive permet d'analyser des problèmes complexes. Toutes les causes du problème doivent être soigneusement envisagées et analysées. Les causes principales (absence de certaines barrières ou barrières non opérationnelles) doivent être identifiées et prouvées. Des solutions ciblées sur les causes principales peuvent alors être envisagées, testées puis mises en œuvre. Un suivi permet de s'assurer de la disparition du problème.

Cette approche méthodologique comporte plusieurs avantages. Elle permet d'analyser des situations à risque peu fréquentes. C'est une démarche participative, anticipative, déculpabilisante puisqu'elle consiste à analyser un problème survenu dans un autre établissement, et est peu contraignante pour les professionnels en terme de disponibilité. Cette approche a le mérite d'aller à la rencontre des professionnels, d'être à leur écoute, de les impliquer dans une démarche de gestion des risques, d'introduire une culture de la sécurité, de faciliter la communication entre les différents acteurs d'un même programme de prévention et enfin d'avoir une bonne réactivité.

Cette approche a pour inconvénient de n'étudier et de ne se préparer qu'à un nombre limité de scénarios prévisibles, qui ne seront pas forcément ceux qui se réaliseront dans le futur.

- **Mise en œuvre**

Dans chaque établissement de santé volontaire, dans des unités de soins volontaires sélectionnées sur proposition de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, par choix raisonné (lieux d'épidémies, lieu de survenue d'un cas d'infection grave, services à risque, situations dangereuses déjà identifiées et faisant ou pas l'objet d'un plan d'amélioration, etc.).

- **Organisation**

Le projet est placé sous la responsabilité de l'équipe opérationnelle d'hygiène et/ou de la structure en charge de la gestion des risques, qui désignera un responsable extérieur au service concerné par l'exercice. L'animation de l'analyse de scénario sera conduite par un animateur formé à la méthode et un expert du risque infectieux

- **Déroulement de la démarche**

### **Quand**

L'analyse doit être programmée :

- à l'avance pour que chaque professionnel puisse se rendre disponible,
- à un horaire favorable pour les différents professionnels concernés par la stratégie de maîtrise du risque infectieux lié à la pose et à la gestion des cathéters centraux: encadrement, médecins, internes, infirmiers, etc.

### **Comment**

Sélection et présentation du scénario.

Le scénario proposé concerne des défauts dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention et dans l'application des mesures recommandées.

Il est tiré d'un cas clinique réel issu du système de signalements d'infections nosocomiales. Ce cas est présenté selon un modèle type :

- description des conséquences des défauts de soins,
- enseignements tirés dans un but de prévention.

### **Qui**

L'analyse de scénario est dirigée par un animateur et un co-animateur de l'équipe opérationnelle d'hygiène et/ou de la structure de gestion des risques formés à la méthode. Sont invités à participer à l'analyse de scénario les professionnels du service présents et disponibles avec, si possible, un représentant de l'encadrement, et de chaque catégorie professionnelle (par exemple : médecin, infirmier, interne, aide-soignant, kinésithérapeute, brancardier, etc.) et de chaque équipe (matin, après-midi, nuit). La présence du ou des correspondant(s) en hygiène de l'unité de soin est souhaitable.

Dans ce cas particulier, la représentation du corps médical, de l'encadrement s'avère indispensable, ainsi qu'un représentant de chaque catégorie de professionnels amenés à prendre en charge le patient dans le service concerné.

### **Où**

Dans une salle réservée (par exemple : salle de réunion à proximité du service).

### **Quoi**

#### **Support de collecte de données**

Les données collectées pendant l'analyse de scénario seront notées par l'animateur ou mieux par un de ses proches collaborateurs sur une grille de recueil appropriée (en annexe).

### **Durée**

**60 minutes au maximum pour un scénario**, réparties en 15 minutes de présentation, 15 minutes d'analyse du scénario survenu dans un autre établissement, 15 minutes d'analyse des vulnérabilités et des défenses de l'unité de soins pour la survenue d'un tel scénario et 15 minutes pour proposer des actions d'amélioration.

#### **• Déroulement de l'analyse de scénario**

Le déroulement proposé est le suivant :

#### **1. Introduction [5 minutes]**

L'animateur présentera les objectifs et la méthode.

Les objectifs :

- Identification des défauts de soins dans le scénario étudié et des facteurs ayant contribué à la survenue de ces défauts (défauts de système).
- Identification des défenses présentes.
- Identification des défenses présentes et opérationnelles.
- Identification des défenses absentes.
- Evaluation des vulnérabilités dans le service.
- Identification de solutions pour renforcer la maîtrise du risque infectieux lié à la pose et à la gestion des cathéters centraux dans l'unité de soins.
- L'animateur rappellera l'importance des défauts dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention et dans l'application des mesures recommandées et de leurs conséquences.

#### **2. lecture du scénario [10 minutes]**

L'animateur lit le scénario. S'il est recommandé de ne pas distribuer le scénario aux participants, en revanche il peut être utile de le projeter sur écran le temps de la lecture.

### **3. Questions - Discussion [45 minutes]**

Après la présentation du cas, l'animateur soulignera l'importance d'une analyse précise des causes afin d'apporter des actions correctives efficaces. « La recherche des causes doit être méthodique, elle doit permettre d'identifier les différents dysfonctionnements dans la prise en charge » :

- Existence de protocoles actualisés accessibles
- Signalement et alerte
- Culture sécurité/communisation...

Les différents défauts de soins et de défenses possibles pour ce scénario devront être recherchés par « remue-méninges ». L'animateur peut aider les participants à identifier les erreurs ou les défenses, s'il le juge nécessaire.

Le co-animateur joue le rôle de secrétaire. Il peut être utile de s'aider d'un paper-board pour le relevé des échanges, lors de l'analyse « ailleurs », qui va être utilisé pour la réflexion sur le « ici ».

L'animateur proposera les questions suivantes aux participants :

Que s'est-il passé dans l'histoire racontée ?

Quelles ont été les défaillances ?

Quelles étaient les barrières en place ?

Quelles autres défenses auraient permis d'éviter l'incident ?

L'animateur proposera ensuite aux participants d'évaluer le risque de survenue de cet événement dans leur unité :

Ce type de scénario est-il déjà survenu dans le service ? Si c'est le cas, quelles actions d'amélioration ont été proposées ?

Si ce type de scénario ne s'est pas déjà produit, le risque de survenue dans le service est-il probable, rare, extrêmement rare ou extrêmement improbable ?

Les professionnels étudient ensuite la possibilité de survenue d'un tel scénario dans leur service, en identifiant leurs points forts et leurs défaillances. L'animateur pose les questions suivantes, en s'aidant du relevé des défauts de soins sur le paper-board :

Quelles sont les défenses actuelles susceptibles d'éviter la survenue d'un tel scénario ?

Quelles sont les défenses supplémentaires qui pourraient renforcer la sécurité ?

Est-il possible de les mettre en œuvre ?

Les professionnels définissent de manière collégiale les mesures de prévention : choix des actions d'amélioration par consensus (pas plus de 2 ou 3).

L'animateur clôture la séance en remerciant les participants et en rappelant les leçons tirées de ce scénario.

Par exemple : respecter la procédure de préparation cutanée en 4 temps pour la pose du cathéter central, améliorer la traçabilité de la gestion des cathéters, favoriser la transmission de l'information pour les personnels à temps partiel, etc.

A distance, l'animateur assure l'envoi du compte rendu de séance à l'ensemble des membres présents lors de l'analyse de scénario.

## Références

Circulaire N°DHOS / E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013

SF2H, Ministère de la santé et des sports, HCSP. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Hygiène 2010 ; XVIII(4) :1-75

Décret n° 2010-1048 du 12 novembre relatif la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

### **A faire (règles générales des analyses de scénario)**

Retenir le scénario le plus pertinent pour l'activité ou le service.

Laisser s'exprimer chaque participant.

Guider la recherche des défauts de soins, en reprenant chaque point clé de la prévention et les actions successives des différents acteurs.

Donner assez rapidement les résultats de l'analyse des causes et la recherche de solutions faite lors de l'investigation.

Insister sur la pluralité des dysfonctionnements et leur enchaînement.

Faire une synthèse des enseignements issus de l'analyse de ce scénario.

Conclure en rappelant l'intérêt du partage d'expériences.

### **A éviter**

Avoir un nombre de participants supérieur à 15.

Débuter la lecture du scénario sans rappeler les objectifs et le déroulement de l'analyse des scénarios.

Donner le choix du scénario aux professionnels du service.

Rechercher des détails inutiles pour l'analyse du scénario, se disperser.

Questionner de façon directive et trop précise.

Laisser un leader monopoliser la parole.

Rechercher des responsables, des coupables.

Discuter des cas du service différents de celui du scénario.

Rechercher des solutions sans analyse des erreurs et des facteurs contributifs.

Faire des commentaires négatifs sur les situations à risques identifiées dans le service.

## **Annexe 1 – Scénario clinique d'après un signalement investigué en 2013**

### **Scénario**

Quatre sepsis sur cathéter central (cathéter par voie ombilicale, cathéter epicutanéocave) 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 et sont suspectés d'avoir conduit au décès de l'un d'entre 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.

## Analyse

### **Principaux défauts de soins :**

- 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 des dispositifs médicaux utilisés pour plusieurs enfants

### **Facteurs contributifs (causes profondes) :**

- 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 des antiseptiques actualisé
- 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 et information auprès des équipes soignantes
- Formation des professionnels aux Précautions standard : médical et paramédical
- Evaluation régulière des pratiques dans l'unité



## Annexe 2 : Grille de recueil des données

Date de l'analyse :                      Unité :

Participants (cf. feuille émargement) :

**Analyse de ce qui s'est déjà passé dans un autre établissement**

**Principal défaut de soins ?**

**Autres défauts de soins ?**

**Facteurs contributifs ?**

**Défenses qui auraient pu éviter cet évènement ?**

**Analyse de ce qui pourrait se passer dans l'unité de soins**

**Probabilité de survenue d'un tel scénario ?**

Probable       Rare       Extrêmement rare       Extrêmement improbable

**Principales défenses existantes ?**

**Principales vulnérabilités existantes ?**

**Propositions d'amélioration ?**

## Identification des défenses et des vulnérabilités

	AILLEURS	ICI
<p><b>Les précautions standard</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène des mains : observance</li> <li>- Hygiène des mains : efficacité</li> <li>- Port de gants</li> <li>- Equipements de protection individuelle</li> <li>- Circuits logistiques : déchets, linge, matériels</li> </ul>		
<p><b>Le traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe un protocole de prise en charge antibiotique de l'infection</li> <li>- Le protocole répond aux critères de bonnes pratiques d'antibiothérapie</li> <li>- L'infection est documentée (cathéter mis en culture, hémocultures, etc.)</li> </ul>		
<p><b>La pose du CVC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe un protocole de pose des cathéters centraux mis à jour <ul style="list-style-type: none"> <li>- La pose est effectuée dans de conditions d'asepsie chirurgicale : <ul style="list-style-type: none"> <li>- respect d'une hygiène des mains (friction chirurgicale, lavage chirurgical),</li> <li>- tenue (coiffe, masque chirurgical, casaque stérile, gants stériles)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- La préparation cutanée se fait en 4 temps : déterSION, rinçage, séchage, désinfection.</li> <li>- L'antisepsie est réalisée avec un antiseptique adapté.</li> </ul>		
<p><b>L'entretien et l'utilisation du CVC et de la ligne veineuse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il existe un protocole précisant les modalités d'entretien et d'utilisation de la ligne veineuse.</li> <li>- Une friction avec PHA est réalisée avant et après chaque manipulation.</li> <li>- Les manipulations se font avec des compresses stériles imprégnées d'antiseptiques alcoolique.</li> <li>- Le changement de ligne veineuse est effectué après chaque perfusion de dérivés sanguins et dans les 24 h pour les produits lipidiques.</li> <li>- Les robinets et les valves sont désinfectés avant chaque usage.</li> <li>- Les bouchons sur les robinets ou les rampes sont changés après chaque usage.</li> <li>- Le changement de ligne veineuse est effectué au maximum toutes les 96h.</li> </ul>		

	<b>AILLEURS</b>	<b>ICI</b>
<b>La réfection du pansement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La réfection du pansement fait l'objet d'un protocole.</li> <li>- Le pansement est changé dès qu'il est humide, souillé ou décollé.</li> </ul>		
<b>Surveillance du cathéter</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- point d'insertion.</li> <li>- signalement de toute complication au médecin.</li> </ul>		
<b>Traçabilité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du nom d'opérateur, de la date et l'heure de la pose et type de cathéter dans le dossier du patient.</li> <li>- de la surveillance quotidienne dans le dossier patient.</li> <li>- de la réfection du pansement dans le dossier du patient.</li> <li>- de l'ablation du cathéter central.</li> </ul>		
<b>Formation des professionnels</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels participent aux formations sur l'hygiène des mains et sur les Précautions standard.</li> <li>- Les professionnels sont informés de l'actualisation des procédures.</li> </ul>		
<b>Evaluations</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la pose de cathéters</li> <li>- de l'entretien des CVC et de la manipulation des lignes veineuses</li> <li>- des pratiques de changement du pansement</li> <li>- de l'hygiène des mains</li> </ul>		

**Liste des participants**

<b>Nom, Prénom</b>	<b>Fonction</b>	<b>Service</b>	<b>Signature</b>