

Evaluation des

Pratiques

Professionnelles dans les établissements de santé

et les établissements d'hébergement de
personnes âgées dépendantes

**Prévention du risque infectieux
lié à l'utilisation des cathéters
veineux périphériques par
analyse d'un scénario clinique**



Protocole d'évaluation

Novembre 2016

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 3 |
| Objectif général | 4 |
| Objectifs spécifiques | 4 |
| Méthode | 4 |
| Principe | 4 |
| Organisation | 5 |
| Documentation fournie | 5 |
| Mise en œuvre de la démarche | 5 |
| Modalités pratiques | 8 |
| Retour d'information | 9 |
| Suivi des actions d'amélioration | 9 |
| Références | 10 |
| Annexe 1 : Grille de recueil | 11 |
| Annexe 2 : Exemples de scénarios | 17 |

Composition du groupe de travail

Yolande ARJOUNIN, ARLIN Guadeloupe, Pointe à Pitre

Dr Catherine DUMARTIN, CCLIN Sud-Ouest, Bordeaux

Rachel DUTRECH, ARLIN Aquitaine, Bordeaux

Dr Christophe GAUTIER, ARLIN Aquitaine, Bordeaux

Dr Bruno JARRIGE, ARLIN Guadeloupe, Pointe à Pitre

Dr Cécile MOURLAN, ARLIN Languedoc-Roussillon, Montpellier

Raymond NASSO, ARLIN Guadeloupe, Pointe à Pitre

Dr Isabelle NOYON, ARLIN Guadeloupe, Pointe à Pitre

Dr Sophie VANDESTEENE, ARLIN Midi-Pyrénées, Toulouse

Dr Anne-Gaëlle VENIER, CCLIN Sud-Ouest, Bordeaux

Introduction

Le risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques (CVP) est considéré comme faible comparativement à celui des cathéters veineux centraux (CVC) mais compte-tenu de la fréquence d'utilisation des CVP et de la diversité des circonstances d'utilisation (urgences, bloc, service de soins...), la prévention des risques liés à l'utilisation de ces dispositifs invasifs est un enjeu majeur de la sécurité des soins. De plus, des cas graves d'infections sont rapportés, certains issus du signalement des infections nosocomiales (IN), par exemple des endocardites voire des septicémies ayant conduit au décès.

Ces épisodes sont généralement évitables par la mise en œuvre de mesures de prévention et de prise en charge des événements infectieux et des recommandations ont été diffusées sur ce thème, notamment depuis 2005 [1-6].

L'audit national mené dans le cadre du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) en 2009 a révélé des pratiques perfectibles en ce qui concernait notamment :

- la préparation cutanée avant l'insertion du cathéter et les produits utilisés,
- le port de gants et l'hygiène des mains,
- la mise en place de documents de traçabilité mieux adaptés à la surveillance clinique quotidienne.

Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 mettait également en avant la nécessaire prévention des risques associés à l'utilisation de dispositifs invasifs et fixait un objectif d'amélioration concernant l'utilisation d'« outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des voies veineuses périphériques » [7]. Enfin, le programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 préconise de « généraliser la surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs, dont les bactériémies à *Staphylococcus aureus* sur dispositif intra-vasculaire (cathéter périphérique, CVC, CCI, Picc...) avec un objectif de réduction » [8].

C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail du CCLIN Sud-Ouest a élaboré cet outil d'évaluation des pratiques « Prévention du risque infectieux lié à l'utilisation des cathéters veineux périphériques ». Il repose sur une méthode de gestion des risques originale : l'analyse de scénarios cliniques. Cette méthode a déjà été développée dans l'interrégion par le CCECQA et/ou le CCLIN Sud-Ouest sur plusieurs thématiques : BMR, cathéters veineux centraux, gastro-entérites aiguës, rachianesthésie, chirurgie et gale.

Objectif général

Tester à partir de l'analyse d'un problème, la capacité d'un service ou d'un établissement à prévenir le risque infectieux lié à l'utilisation de CVP.

Objectifs spécifiques

- ❖ Analyser, avec les professionnels d'un service ou d'un établissement, les défenses possibles et/ou mises en place et leur caractère opérationnel, afin de limiter le risque de survenue d'une infection sur CVP au sein d'un service ou d'un établissement ;
- ❖ Comprendre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des recommandations en matière de gestion du risque infectieux lié à l'utilisation de CVP tant sur le plan organisationnel, que sur le respect des bonnes pratiques d'hygiène ;
- ❖ Mettre en place des actions d'amélioration.

Méthode

Principe

L'approche méthodologique retenue est celle de l'analyse de scénarios relatifs à des infections sur CVP.

L'analyse de scénario permet une identification *a priori* des principales vulnérabilités d'un service dans la réalisation d'une pratique de soins, à partir de l'analyse d'un événement indésirable grave réellement survenu dans un autre établissement et à travers une auto-évaluation collective des pratiques.

Il s'agit d'une approche par problème [9-10] 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 explicitées. 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. Elle est peu contraignante pour les professionnels en termes de disponibilité. Contrairement à d'autres méthodes d'évaluation des pratiques, 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.

Elle permet de développer une culture de la sécurité chez les professionnels, de faciliter la communication entre les différents acteurs d'un même programme de prévention, et enfin d'avoir une bonne réactivité.

En revanche, elle a pour inconvénient d'étudier et de se préparer à un nombre limité de scénarios prévisibles, mais pas forcément à ceux qui adviendront dans le futur.

Organisation

Le projet est placé sous la responsabilité du CLIN local (ou de l'instance équivalente) ou du médecin coordonateur (dans les établissements médico-sociaux) qui désignera un responsable de l'évaluation. L'animation de l'analyse de scénarios sera conduite par le responsable lui-même, un de ses collaborateurs ou un professionnel extérieur à l'établissement (membre d'une ARLIN par exemple).

Documentation fournie

❖ Outil

Document complet présentant la justification, les objectifs, la méthodologie (principe et déroulement), l'organisation du recueil, la grille de recueil et les supports nécessaires pour la réalisation de l'évaluation.

❖ Grille de recueil

Support de collecte des données.

❖ Scénarios

Différents scénarios à adapter au profil des services ou professionnels évalués.

Mise en œuvre de la démarche

❖ Lieu de mise en œuvre

La méthode peut être proposée dans les unités de soins, secteurs ou services volontaires sélectionnés par le CLIN (sur proposition de l'équipe opérationnelle d'hygiène), par choix raisonné :

- 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...

❖ Sélection et présentation des scénarios

Les scénarios proposés concernent tous des défauts dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention et dans l'application des mesures recommandées. Ils sont issus de cas cliniques réels issus de la littérature ou de signalements d'infections nosocomiales (annexe 2).

Les cas sélectionnés peuvent être de gravité et d'ampleur différentes, certains sans conséquences pour le patient (incidents), d'autres avec des conséquences cliniques ou paracliniques (cas d'infections, épidémies). Certains cas peuvent être des « presque accidents », c'est-à-dire des incidents où l'accident est évité de justesse soit par récupération des erreurs, soit par chance.

Tous les cas sont présentés selon le même modèle :

- description des circonstances de survenue des défauts de soins (patient, soins et professionnels de santé concernés, environnement, etc.),
- description des conséquences des défauts de soins,
- enseignements tirés dans un but de prévention.

❖ **Participants**

L'étude de scénario est dirigée par un professionnel (animateur) formé à la méthode (membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène, médecin coordonnateur, ou professionnel extérieur à l'établissement). Il est assisté par un collaborateur qui sera chargé du recueil de données.

Sont invités à participer à l'étude des scénarios les **professionnels du service** présents et disponibles avec un représentant de l'encadrement et de chaque catégorie professionnelle (par exemple : médecin, infirmier, aide-soignant, agent de service hospitalier, kinésithérapeute, brancardier, etc.) et de chaque équipe (matin, après-midi, nuit). La présence du ou des correspondants en hygiène de l'unité de soins est souhaitable.

❖ **Déroulement de l'étude des scénarios**

Le déroulement proposé est le suivant :

1. Introduction [5 minutes]

L'animateur présentera les objectifs de cette analyse de scénario :

- 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 (mesures de prévention) présentes,
- Identification des défenses présentes et opérationnelles,
- Identification des défenses absentes,
- Evaluation des vulnérabilités dans le service,
- Identification de solutions pour prévenir et prendre en charge une éventuelle infection sur CVP.

2. Présentation du cas [5 minutes]

Le cas le plus adapté au contexte local et le plus intéressant en matière d'apport d'informations pour l'action sera sélectionné par l'animateur.

3. Questions - Discussion [35 minutes]

Après la présentation du cas, l'animateur soulignera l'importance d'une analyse précise des causes des défauts identifiés dans de la stratégie de prévention et dans l'application des mesures recommandées afin d'apporter des actions correctives efficaces.

« La recherche des causes doit être méthodique, elle doit permettre d'identifier les différents dysfonctionnements à l'origine de la survenue d'une infection sur CVP, et le cas échéant, à l'origine de son aggravation, dans l'établissement concerné »...

Prévention au quotidien

Signalement des infections

Prise en charge des infections

Information/communication

Evaluation – Culture de sécurité

❖ Les différents types de défauts de soins et de défenses possibles pour ce scénario devront être recherchés par « remue-méninges ». **L'animateur posera les questions suivantes aux participants :**

- Un problème est-il survenu dans la prise en charge de ce(s) patient(s) ?
- Y a t'il eu des défauts de soins ? Si oui, quel est le défaut de soins principal ?
- Quels sont les autres défauts de soins ?
- Quels sont les dysfonctionnements qui ont contribué à ces défauts ?
- Des facteurs liés au patient peuvent-ils être en cause ?
- Cette situation était-elle évitable ?
- Quelles sont les défenses qui ont permis d'éviter la survenue d'autres complications ?
- Quelles sont les défenses qui n'existaient pas et qui auraient pu éviter cette situation ?

L'animateur peut aider les participants à identifier les erreurs ou les défenses, s'il le juge nécessaire. Il présentera les données de l'analyse approfondie des causes réellement réalisées.

❖ **L'animateur proposera ensuite aux participants d'étudier la possibilité de survenue d'un tel scénario dans le service, en posant les questions suivantes :**

- « Ce type de scénario est-il déjà survenu dans le service ou dans votre établissement ? »
Si c'est le cas, « Quelles actions correctrices 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 ? »
- 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 ?

❖ **L'animateur guidera la discussion** pour que cette phase d'analyse permette de **rechercher des actions d'améliorations possibles**, en identifiant des **mesures prioritaires** et en définissant les ressources éventuellement nécessaires et le calendrier de mise en œuvre.

❖ **L'animateur clôt la séance en remerciant les participants et en rappelant les leçons tirées de ce scénario, par exemple :**

- « *La surveillance effective de tout dispositif intravasculaire est un élément clé de la maîtrise du risque infectieux.* »

Modalités pratiques

❖ Support de collecte des données

Les données collectées pendant l'analyse de scénario seront notées par un collaborateur sur une grille de recueil appropriée (annexe 1).

❖ Où ?

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

❖ Quand ?

L'analyse doit être programmée :

- à l'avance pour que chaque professionnel puisse se rendre disponible,
- à un horaire favorable pour tous les professionnels concernés par la stratégie de maîtrise du risque infectieux lié aux CVP : encadrement, médecins, infirmiers, etc.

❖ Durée ?

45 minutes pour un scénario.

❖ Précautions dans la réalisation de l'évaluation et l'analyse des données

A faire :

- Retenir le scénario le plus pertinent pour l'activité ou le service concerné ;
- 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 faite lors de l'investigation ;
- Insister sur la pluralité des dysfonctionnements et leur enchaînement ;
- Donner assez rapidement les résultats de la recherche de solutions faites à l'issue de l'investigation ;
- Faire une synthèse des enseignements issus de l'analyse de ce scénario ;
- Conclure en rappelant l'intérêt du partage d'expériences ;
- Proposer aux participants de leur laisser d'autres scénarios pour renouveler ce type d'analyse des risques.

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 de 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.

Retour d'information

Un retour d'information, sous la forme d'un rapport écrit standardisé et/ou d'une présentation orale, vers l'ensemble des professionnels impliqués dans cette thématique doit être envisagé par le responsable de l'évaluation. Pour ce faire, dans les jours qui suivent : envoi au cadre et au responsable de service de la fiche de synthèse récapitulant :

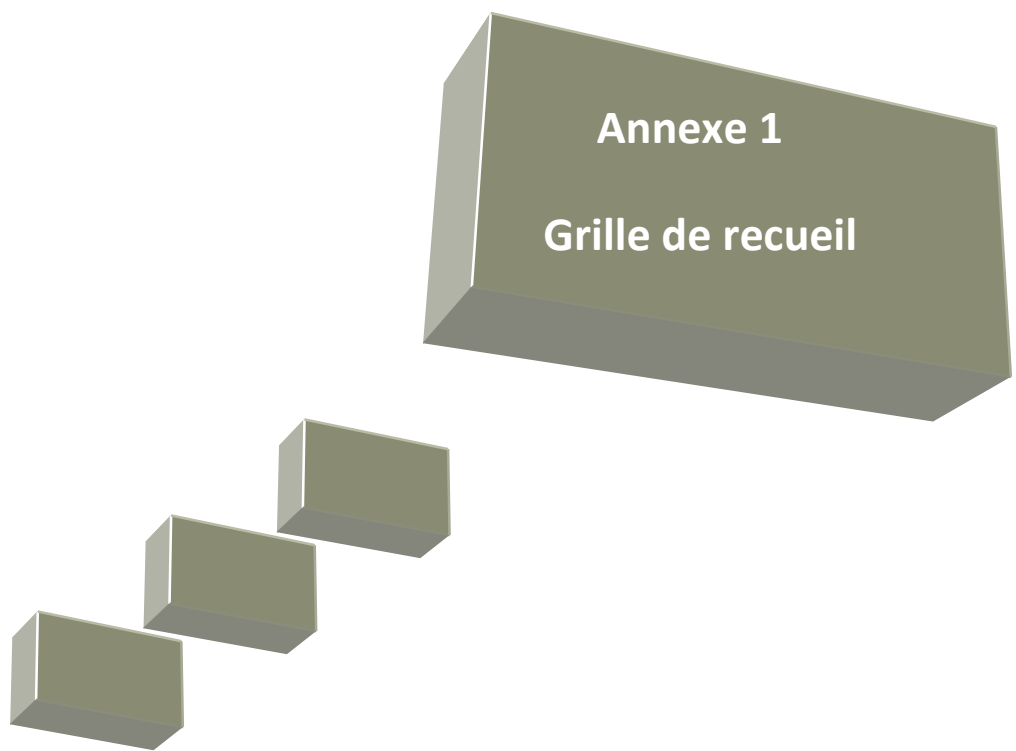
- les défenses existantes,
- les vulnérabilités relevées,
- les propositions d'action d'amélioration : type d'actions, pilotage, ressources, calendrier...

Suivi des actions d'amélioration

Il convient de s'assurer que les axes d'amélioration identifiés au cours de l'analyse ont fait l'objet d'un plan d'action, avec calendrier et suivi de la mise en œuvre.

Références

1. SFHH-HAS. Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques. Rapport, Recommandations et Fiche de synthèse. 2005.
2. SFHH. Pose et entretien des cathéters veineux périphériques, critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. 2007.
3. SFHH. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins (R99 à R117), 2010.
4. SF2H. Antisepsie de la peau saine pour la mise en place de cathéters vasculaires, la réalisation d'actes chirurgicaux et les soins du cordon chez le nouveau-né âgé de moins de trente jours et le prématuré. 2011.
5. CCLIN Sud-Ouest. Le bon usage des antiseptiques pour la prévention du risque infectieux chez l'adulte. 2013.
6. SF2H. Antisepsie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. 2016.
7. Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
8. Instruction N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015
9. HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation. 2005.
10. ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. 2000

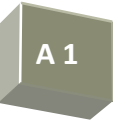


Annexe 1
Grille de recueil

Date de l'analyse : _____ / _____ / _____

Participants ?
(remplir la liste de présence)

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |



N° du scénario retenu | _____ | _____ |

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 événement ?

❖

❖

❖

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

A 1

Principales défenses existantes ?

- ❖
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖

Principales vulnérabilités existantes ?

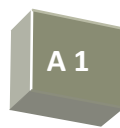
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖

Propositions d'améliorations ?

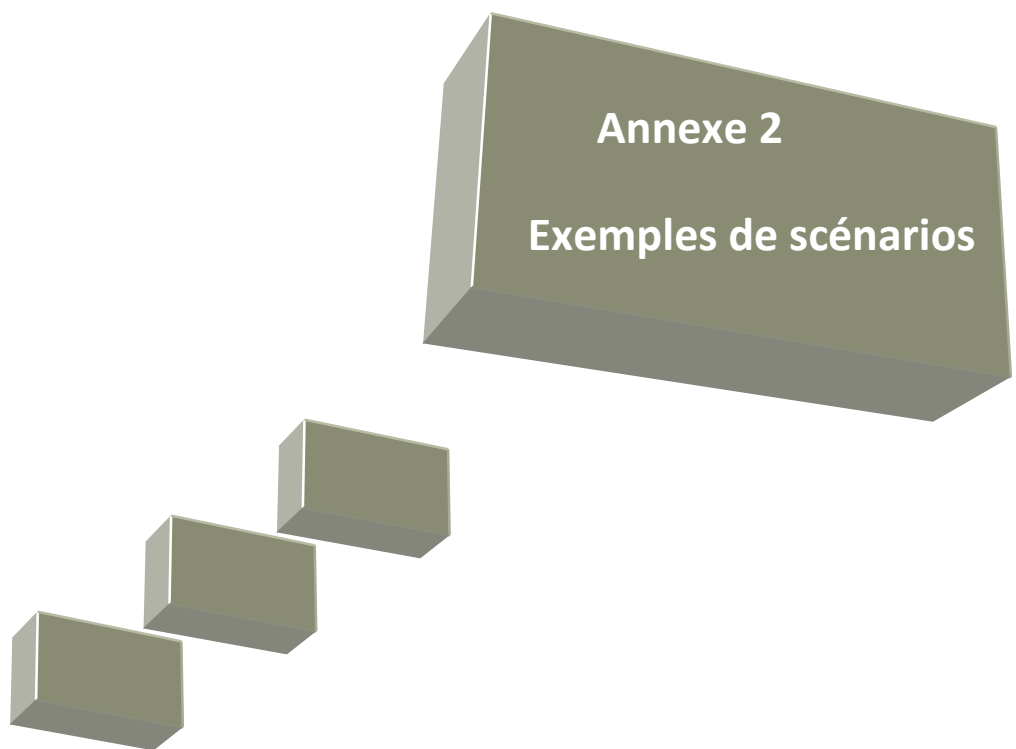
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖

| IDENTIFICATION DES DEFENSES | Ailleurs | | Ici | |
|--|----------|-----|-----|-----|
| | oui | non | oui | non |
| Prescription du CVP | | | | |
| Pertinence de l'indication | | | | |
| Pertinence du maintien | | | | |
| Matériel | | | | |
| Protocole de préparation cutanée | | | | |
| Protocole accessible | | | | |
| Antiseptique adéquat disponible | | | | |
| Tâches / Pratiques | | | | |
| Pose/entretien | | | | |
| <i>Technique de préparation cutanée conforme :</i> Hygiène des mains | | | | |
| <i>Technique de préparation cutanée conforme :</i> Port de gants | | | | |
| <i>Technique de préparation cutanée conforme :</i> Détersion systématique ou détersion si appréciation d'une peau souillée | | | | |
| <i>Technique de préparation cutanée conforme :</i> Antiseptie avec ATS alcoolique et respect du temps de séchage | | | | |
| Un pansement stérile est utilisé | | | | |
| Manipulation des embouts de robinets avec compresses stériles + antiseptique alcoolique | | | | |
| Surveillance / notification | | | | |
| Surveillance pluriquotidienne du site (signes locaux, pansement) | | | | |
| Surveillance clinique du patient | | | | |
| Changement du cathéter dès que possible si conditions de pose douteuses | | | | |
| Changement du cathéter si pose > à 96 h | | | | |
| Ablation immédiate du cathéter en cas de complications | | | | |
| Information / communication | | | | |
| Information du patient sur les signes locaux à signaler | | | | |
| Information du patient sur les mesures de prévention à respecter | | | | |
| Dossier de soins adapté pour assurer la traçabilité | | | | |
| Traçabilité de la surveillance | | | | |
| Traçabilité de la pose | | | | |
| Lors du transfert du patient : transmission des informations nécessaires au médecin traitant et aux IDE libérales (notamment si événement indésirable survenu ou suspicion d'ILC...) | | | | |
| Culture de sécurité | | | | |
| Professionnels formés régulièrement | | | | |
| Information / nouveaux protocoles | | | | |
| Analyse des pratiques régulière | | | | |

Commentaires sur le déroulement de l'analyse



A large rectangular area with a black border, containing 25 horizontal dotted lines for writing comments.



Annexe 2
Exemples de scénarios

Scénario n° 1

D'après un signalement d'infection nosocomiale investigué en 2008



Dans un service hospitalier, un cathéter veineux périphérique (CVP) est posé chez un patient pour lequel on ne peut utiliser la PVP iodée. Ce CVP est maintenu en place pendant plusieurs jours. Durant cette période, ce patient est pris en charge par les différents IDE des 3 équipes du service. Au bout du 6^e jour, une IDE finit par réagir devant les signes évolutifs d'infection chez le patient. Le diagnostic médical montre une infection grave avec sepsis. Cette infection semble liée au CVP, l'ablation du CVP est aussitôt réalisée. L'état du patient s'aggravant, décision est prise de le transférer vers un CHU, en service de réanimation. La prise en charge en réanimation aboutit à un début d'amélioration de l'état du patient au bout de 8 jours.

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

- ❖ Mauvaise préparation cutanée lors de la pose
- ❖ Utilisation d'un produit n'ayant pas d'activité antiseptique

Autres défauts de soins :

- ❖ Absence d'une liste des antiseptiques à utiliser dans l'établissement
- ❖ Problème de surveillance du CVP posé
- ❖ Absence d'un protocole de pose et suivi du CVP
- ❖ Report de tâche sur le collègue suivant
- ❖ Absence de traçabilité (pose, changement CVP, surveillance)

Facteurs contributifs :

- ❖ Méconnaissance de l'équipe sur les antiseptiques
- ❖ Absence de réaction des jeunes IDE qui se sont pliés aux habitudes du service alors qu'ils savaient que « l'Hibidil » n'était pas un antiseptique
- ❖ Mauvaise observance de la désinfection des mains juste avant l'application de l'antiseptique

Défenses qui auraient pu permettre d'éviter l'évènement :

- ❖ Dossier de soins adapté
- ❖ Ecoute des nouveaux professionnels
- ❖ Conduite à tenir en cas d'allergie à la PVPI
- ❖ Formation des professionnels sur les antiseptiques

Evènement évitable

Scénario n° 2

D'après un signalement d'infection nosocomiale investigué en 2011



Samedi 30 Juillet, un patient de 81 ans est admis au service des urgences d'un établissement pour une épistaxis. Un cathéter veineux périphérique est mis en place. Un traitement médicamenteux oral et intraveineux est prescrit. Le patient est transféré dans la soirée dans le service de chirurgie. Il sort le mercredi suivant pour son domicile, l'ablation du cathéter ayant été réalisée un ou deux jours auparavant. Huit jours plus tard, le patient est hospitalisé aux urgences suite à un début d'insuffisance rénale. Un œdème aigu du poumon et un érysipèle du bras droit sont diagnostiqués. Il est transféré en réanimation dans un contexte de choc septique grave. Deux hémocultures sont positives à *S. aureus*. Le patient décède après 3 jours d'hospitalisation. Le compte-rendu médical évoque deux origines possibles : soit le CVP, soit une origine pulmonaire mais qui semble moins probable.

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

- ❖ Préparation cutanée lors de la pose du CVP non conforme (idem audit 2010)
- ❖ Absence de réévaluation de l'indication du CVP

Autres défauts de soins :

- ❖ Problème de surveillance du CVP posé :
- ❖ Absence de traçabilité (pose, changement ou ablation, surveillance)
- ❖ Absence de traçabilité de l'observation clinique
- ❖ Absence de traçabilité des prescriptions

Facteurs contributifs :

- ❖ Mauvaise observance de la désinfection des mains juste avant la pose du CVP
- ❖ Support de traçabilité inapproprié

Défenses existantes :

- ❖ Existence d'un protocole de pose et de gestion du CVP
- ❖ EOH présente et active
- ❖ Réalisation quelques mois auparavant d'un audit CVP

Défenses qui auraient pu permettre d'éviter l'évènement :

- ❖ Mise en œuvre d'actions correctives suite à l'audit CVP antérieur
- ❖ Evaluation quotidienne de la pertinence du maintien du CVP
- ❖ Information des professionnels libéraux à la sortie

Evènement évitable