

EPP

Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé

Evaluation du risque infectieux
lié aux pratiques de rachianesthésie
par analyse d'un scénario clinique



Protocole d'évaluation

Mars 2010

SOMMAIRE

Introduction	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
Contexte réglementaire	4
Recommandations utilisées	4
Documentations fournies	4
Composition du groupe de travail	4
Méthode	5
Lieu de mise en œuvre	5
Déroulement de la démarche	6
Support de collecte des données ?.....	8
Où ?.....	8
Quand ?	8
Durée ?	8
A faire	8
A éviter :	9
Analyse des données	9
Retour d'information	9
Organisation	9
Références	10
Annexe 1 : Grille de recueil	11
Annexe 2 : Exemples de scénarios.....	18

Introduction

Le programme national 2009–2013 de prévention des infections nosocomiales a identifié comme axe prioritaire la maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs médicaux invasifs [1].

Parallèlement, ce programme mentionne également la nécessité de développer, dans les établissements de santé, l'usage d'outils d'aide à l'observance des pratiques, ainsi qu'à l'évaluation de celles-ci.

Pour remplir cet objectif, des méthodologies d'audit sont mises à disposition au niveau national : pour 2009–2010, un audit national concernant le bon usage des cathéters veineux périphériques a été proposé par le GREPHH et promu par voie de circulaire [2,3].

Dans le cadre de cette démarche évaluative, une réflexion a été conduite au CCLIN Sud–Ouest afin de proposer des outils complémentaires permettant d'atteindre les objectifs du programme national.

Ce projet d'évaluation est ciblé sur les mesures de prévention du risque infectieux lié aux pratiques de rachianesthésie. La méthodologie repose sur l'analyse d'un scénario clinique.

Objectif général

- Tester à partir de l'analyse d'un problème, la capacité du service à mettre en œuvre la stratégie de prévention et d'appliquer les mesures de prévention.

Objectifs spécifiques

- Analyser, avec des professionnels d'un service, les défenses mises en place et leur caractère opérationnel ainsi que les défenses possibles afin d'empêcher la survenue d'un scénario d'infection après rachianesthésie.
- Comprendre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des mesures de prévention
- Mettre en place des actions d'amélioration.

Contexte réglementaire

Programme national 2009–2013 de prévention des infections nosocomiales.

Recommandations utilisées

- Le cathétérisme veineux – Guide de bonnes pratiques – Recommandations pour l'élaboration de protocoles de soins sur les voies veineuses – CCLIN Paris–Nord, 2001 [4].

Documentations fournies

→ Outil

Document complet présentant la justification, les objectifs, la méthodologie, 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.

→ Conduite d'évaluation

Document général présentant les étapes d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Composition du groupe de travail

- Dr **Catherine DUMARTIN**, CCLIN Sud–Ouest, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux
- Dr **Christophe GAUTIER**, ARLIN Aquitaine du CCLIN Sud–Ouest, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux.
- Dr **Catherine LALAND**, ARLIN Poitou–Charentes du CCLIN Sud–Ouest, CHU de Poitiers
- Mme **Chantal LEGER**, ARLIN Poitou–Charentes du CCLIN Sud–Ouest, CHU de Poitiers

Méthode

L'approche méthodologique retenue est celle de l'analyse d'un scénario relatif à une infection grave consécutive à une rachianesthésie.

Il s'agit d'une approche par problème [5,6] 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.

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

Lieu de mise en œuvre

Dans chaque établissement de santé volontaire, dans 1 à 5 unités de soins volontaires sélectionnées par le CLIN 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.).

Déroulement de la démarche

Comment ?

→ 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 sont de gravité différente, 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 membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Sont invités à participer à l'étude des scénarios 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 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.

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 prévenir le risque infectieux après rachianesthésie.

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. 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 afin d'apporter des actions correctives efficaces : *« La recherche des causes doit être méthodique, elle doit permettre d'identifier les différents dysfonctionnements dans la pratique d'une rachianesthésie ».*

Organisation des soins

Préparation cutanée

Tenue

Hygiène des mains

Matériel et préparation des produits d'injection

Pose de l'aiguille

Pansement

Evaluation des pratiques

Traçabilité

Les différents types de 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.

→ 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 ? » 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 clôt la séance en remerciant les participants et en rappelant les leçons tirées de ce scénario.

« Le protocole de rachianesthésie doit être rapidement formalisé ».

« Les modalités de la préparation cutanée avant rachianesthésie doivent être connues de tous ».

« la traçabilité des différentes étapes de réalisation de la rachianesthésie doivent être effectuée »

Support de collecte des 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 (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 les différents professionnels concernés par la stratégie de maîtrise du risque infectieux lié aux rachianesthésies : encadrement, médecins, internes, infirmiers, etc.

Durée ?

45 minutes pour un scénario, réparties en 10 minutes de présentation, 10 minutes d'analyse du scénario survenu dans un autre établissement, 10 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.

A faire

- 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,
- Rechercher des détails inutiles pour l'analyse du scénario, se disperser,
- Questionner de façon directive et trop précise,
- Laisser un leader monopoliser la parole,
- Eviter de rechercher des responsables, des coupables,
- Discussion de cas du service différents de celui du scénario,
- Recherche de solutions sans analyse des erreurs et des facteurs contributifs,
- Faire des commentaires négatifs sur les situations à risques identifiées dans le service.

Analyse des données

Cette étape doit permettre d'examiner les résultats obtenus et de guider la réflexion vers la recherche d'améliorations possibles.

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 et le CLIN de l'établissement.

Organisation

Le projet est placé sous la responsabilité du CLIN local, qui désignera le responsable du projet d'évaluation. L'animation de l'analyse de scénarios sera conduite par le responsable lui-même ou un de ses collaborateurs.

Références

1. 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.
2. Circulaire N°DHOS/E2/2009/302 du 26 septembre 2009 relative à la stratégie nationale d'audit en hygiène hospitalière : thème « cathéters veineux périphériques »
3. GREPHH : Audit cathéters veineux périphériques 2009/2010.
http://www.grephh.fr/telechargement/ktv_guidemethodologique.pdf.
4. CCLIN Paris-Nord. Le cathétérisme veineux – Guide de bonnes pratiques – Recommandations pour l'élaboration de protocoles de soins sur les voies veineuses – 2^{ème} version, octobre 2001
5. HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation, juin 2005.
6. ANAES. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris : ANAES,

Annexe 1 :
Grille de recueil

Date de l'analyse :

Participants

(remplir la liste de présence)

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*

Principales défenses existantes ?

→

→

→

→

→

Principales vulnérabilités existantes ?

→

→

→

→

→

Propositions d'améliorations ?

→

→

→

→

→

Identification des défenses

	Ailleurs		Ici	
	oui	non	oui	non
ORGANISATION DES SOINS				
<ul style="list-style-type: none"> Il existe un protocole de rachi anesthésie conforme aux recommandations 				
<ul style="list-style-type: none"> Rachianesthésie effectuée au bloc opératoire 				
PREPARATION CUTANEE				
Douche				
<ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'au moins une douche la veille et/ou le matin de l'intervention, dos compris 				
<ul style="list-style-type: none"> En ambulatoire, le patient est informé des modalités de réalisation de la douche 				
<ul style="list-style-type: none"> Absence de dépilation de la zone d'insertion de l'aiguille 				
Détersion				
<ul style="list-style-type: none"> Si utilisation crème anesthésique locale, celle-ci est enlevée avant réalisation de la détersion 				
<ul style="list-style-type: none"> Détersion avec un savon antiseptique de la zone d'insertion de l'aiguille 				
<ul style="list-style-type: none"> Rinçage et séchage réalisés avec eau et compresses stériles 				
Désinfection				
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'un antiseptique alcoolique de gamme identique au savon 				
<ul style="list-style-type: none"> Respect du temps de séchage de l'antiseptique 				
TENUE				
<ul style="list-style-type: none"> L'anesthésiste porte un masque (menton et nez couverts, liens attachés) 				
<ul style="list-style-type: none"> L'aide opératoire porte un masque (menton et nez couverts, liens attachés) 				
HYGIENE DES MAINS/PORT DES GANTS				
<ul style="list-style-type: none"> Il existe un protocole sur l'hygiène des mains 				
<ul style="list-style-type: none"> La rachianesthésie est effectuée avec des gants stériles 				

	Ailleurs		Ici	
	oui	non	oui	non
MATERIEL ET PREPARATION DES PRODUITS D'INJECTION				
• Le matériel est déconditionné au moment de l'utilisation; respect de l'usage unique				
• La désinfection des bouchons de produits est réalisée avec un ATS (alcool 70°, Bétadine alcoolique®, Bétadine dermique®, Chlorexidine alcoolique®)				
• Les produits sont à patient unique (unidoses), reconstitués et maintenus dans leur conditionnement stérile selon le mode d'emploi du produit				
POSE DE L'AIGUILLE				
• Le choix du dispositif (type d'aiguille) limite le risque d'infection				
PANSEMENT				
• Application d'un pansement stérile après ablation				
TRAÇABILITE				
• de la préparation cutanée				
• de l'acte de rachianesthésie				
EVALUATIONS				
• de la préparation cutanée avant rachianesthésie				
• de la pose d'une rachianesthésie (tenue, port du masque, pratiques, hygiène des mains)				

Commentaires sur le déroulement de l'analyse

A large rectangular area containing numerous horizontal dotted lines, intended for handwritten notes or comments.

Liste des participants

nom	prénom	fonction	unité	signature

Annexe 2 :
Exemple de scénario

Scénario 1

Investigation de signalement d'infections nosocomiales – Mois Année

Madame X, 73 ans est hospitalisée en service de chirurgie pour pose de prothèse de genou. Cette patiente présente des facteurs de risque d'infection. L'intervention est réalisée sous rachianesthésie. Le lendemain de l'intervention elle présente des nausées accompagnées de céphalées. L'antibiotique mis au départ en prophylaxie est poursuivi. A J 5 elle fait un pic fébrile. La ponction lombaire réalisée à J 6 montre un LCR trouble avec 62% de polynucléophiles. Une hémoculture montre la présence de *Streptococcus salivarius*. Les signes méningés régressent après adaptation de l'antibiothérapie.

ANALYSE

Principal défaut de soins :

- Défaut dans la réalisation de la préparation cutanée :
 - douche préopératoire dans le service (douche de la veille faite 24 heures avant l'intervention, absence d'analyse des besoins d'aide pour une patiente âgée et obèse, absence de consignes, méconnaissance de la technique, absence de traçabilité de la douche avant intervention)
 - absence de détersion avant l'acte (application d'EMLA non suivie de détersion avant application de l'antiseptique)
- absence du port du masque lors de la rachianesthésie (pas d'évaluation, pas de traçabilité)
- absence de traçabilité de l'acte

Autres défauts de soins : -

Facteurs contributifs : Méconnaissance du protocole (diffusion du protocole en cours), défaut d'information des patients (affiche d'information du patient en cours de réalisation), dispositif médical inadapté (aiguille favorisant l'introduction d'un lambeau cutané), facteurs de risque patient (obésité, diabète, personne âgée), non respect du port du masque (absence d'évaluation)

Evènement évitable

Défenses existantes :

- Pose au bloc opératoire
- Protocole d'antibioprophylaxie connu et respecté
- Utilisation d'un antiseptique alcoolique
- Respect du temps de contact de l'antiseptique

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement

- Respect du protocole de préparation cutanée de l'opéré
- Existence d'un protocole sur la pose d'un cathéter de rachi ou péri-anesthésie
- Analyse des besoins d'aide à la douche pré opératoire
- Evaluation des pratiques concernant ces actes
- Formation sur le port du masque