



Evaluation des risques *a priori*

Analyses de scénario en hémodialyse



Réseau des hygiénistes de Nouvelle Aquitaine
Cpias Nouvelle Aquitaine, 23 novembre 2017

1

Les principales méthodes d'évaluation *a priori*



- **APR** : Analyse Préliminaire des Risques
- **HAZOP** : HAZard and OPerability study
- **HACCP** : Hazard Analysis Critical Control Point
- **AMDEC** : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité
- **Analyse des barrières**
- **Visite de risques, contrôle de sécurité**
- **Analyse de scénarios**
- **Simulation**
- **Validation technique**

Une réponse à plusieurs priorités

Circulaire N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 (application du Décret de 2010 sur la LIAS en ES)

- ❑ “Impulser et coordonner la gestion a priori du risque infectieux nosocomial dans ses différentes dimensions (environnement, acte de soin, état de santé du patient) ;”

Programme national sécurité du patient 2013-2017

- ❑ Faire du retour d'expérience le socle de l'apprentissage de la sécurité
- ❑ S'appuyer sur la pluriprofessionnalité et « l'équipe » pour construire une culture de sécurité
- ❑ Faire de la simulation en santé sous ses différentes formes une méthode prioritaire, en formation initiale et continue, pour faire progresser la sécurité

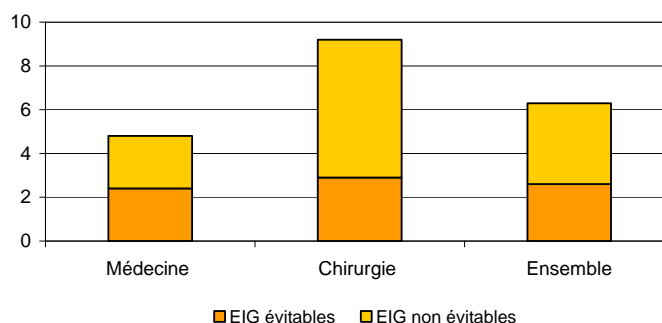
Semaine nationale sécurité du patient



Densité d'incidence

(pour 1000 jours d'hospitalisation)

Nombre d'EIG pour 1000 jours d'hospitalisation



ENEIS, 2009



Analyse de scénario clinique

Principe

- Approche par problème :
 - Abord de l'EPP par la survenue d'évènements indésirables dans le but d'éviter leur répétition (différence entre une situation existante et une situation attendue)
 - **Analyse d'un évènement survenu dans une autre structure de soins**
- Analyse *a priori*, démarche anticipative,
- Démarche participative et peu contraignante en terme de disponibilité

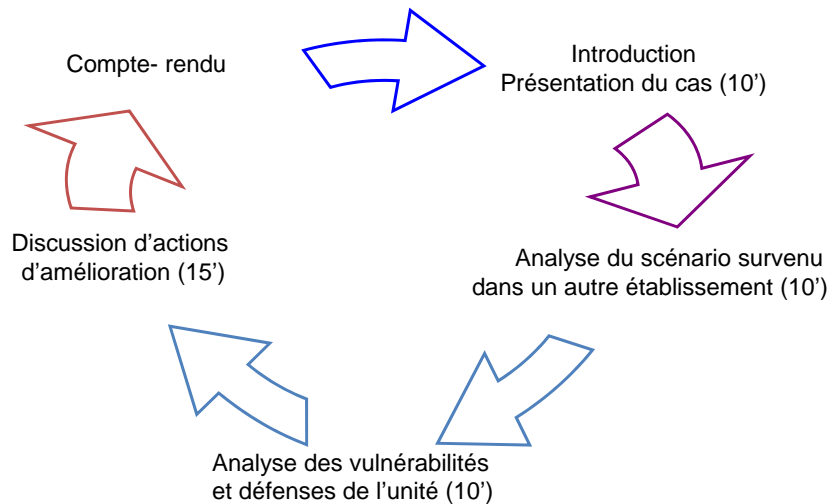


Analyse de scénario clinique

Objectifs de l'évaluation

- Analyser avec des professionnels d'un service, les défenses présentes et possibles concernant la thématique de prévention choisie (BMR, prévention des infections sur CVC, gale, GEA, ISO, CCI, hémodialyse ...)
- Comprendre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la stratégie de maîtrise
- **Mettre en place des actions d'amélioration**

Analyse de scénario clinique Déroulement de l'analyse



QUI SOMMES-NOUS ?

Le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins de Nouvelle Aquitaine, usuellement appelé CPIAS NA, est une structure publique basée au CHU de Bordeaux avec deux sites associés dans les CHU de Limoges et de Poitiers.

Le CPIAS a pour mission de mettre en œuvre les politiques nationale et régionale de prévention des infections associées aux soins et d'apporter son expertise aux établissements et professionnels de sa région. Le code de la santé publique fixe trois missions principales aux CPIAS à savoir : l'expertise et l'appui aux professionnels de santé, la coordination ou l'animation de réseaux et enfin l'investigation et le suivi des déclarations.

CPias Nouvelle-Aquitaine

QUI SOMMES-NOUS? | SIGNALEMENT & RETOURS D'EXPÉRIENCE | SURVEILLANCES & ÉVALUATION | NOS ÉVÉNEMENTS | TOUTE L'ACTUALITÉ | ANNUAIRE NATIONAL | **OUTILS**

OUTILS > GESTION DES RISQUES

Nos autres catégories d'outils : Serious Game Vidéo Evaluation Recommandation

Une démarche de gestion des risques (GDR) a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables associés aux soins. Les professionnels de l'hygiène ont depuis quelques années intégré cette approche, confortés dans cette mission par la circulaire du 18 novembre 2011. Afin de les accompagner dans l'appropriation de cette démarche, le réseau CClin/Arlin propose ci-dessous des outils de gestion des risques adaptés à la maîtrise du risque infectieux associé aux soins.

VISITE DE RISQUE

Méthode de GDR a priori, elle permet au contact du terrain d'effectuer un constat argumenté des...

[en savoir plus](#)

CHECK-LIST

Méthode de GDR a priori, elle permet de sécuriser une activité à risque en se reposant sur une...

[en savoir plus](#)

ANALYSE DE SCÉNARIO

Méthode de GDR a posteriori, elle permet, en s'appuyant sur le déroulé d'un épisode survenu...

[en savoir plus](#)

ANALYSE APPROFONDIE DES CAUSES (AAC)

Méthode de gestion des risques a posteriori, elle permet face à la survenue d'un événement...

[en savoir plus](#)

[Analyse de processus et certification](#)

CClin/Arlin

Actualités | Alertes | **Outils-GDR** | Grand Public | Agenda | Campagnes | Formation | Emploi

Analyse de scénario

L'analyse de scénario permet, en s'appuyant sur le déroulé d'un épisode survenu ailleurs, d'évaluer le niveau de maîtrise d'un risque dans un temps court et de façon collégiale et participative. Elle permet aussi d'identifier collectivement les points forts et de définir les pistes de progrès. La mise en œuvre de cette méthode d'évaluation des pratiques nécessite une formation. Pour en savoir plus, contactez votre Arlin !

Sommaire :

Abord vasculaire / Cathéter	Gale
Anesthésie / Réanimation	Gastro-enterite
Bloc opératoire / Chirurgie	Maternité
BMR / BHR	Néonatalogie
Clostridium difficile	Tuberculose
EHPAD / Gériatrie	
Infection respiratoire	

Abord vasculaire / Cathéter

Evaluation de la prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantable - août 2014

Evaluation du risque infectieux lié à la prise en charge des cathéters centraux en néonatalogie - mai 2013

Evaluation du risque infectieux lié à l'utilisation des cathéters sous cutanés - février 2013

Evaluation du risque infectieux lié à l'utilisation des cathéters veineux centraux par analyse d'un scénario clinique - mars 2010

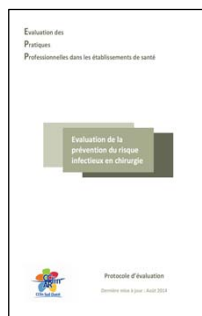
Bloc opératoire / Chirurgie

Evaluation de la prévention du risque infectieux en chirurgie - août 2014

Evaluation de la prévention des infections du site opératoire - octobre 2014

BMR / BHR

Evaluation de la maîtrise de la diffusion des bactéries résistances aux antibiotiques (BMR) : gestion des excreta - novembre 2013



Exemple de scénario :

Scénario ISO n° 4 Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2011

Cinq cas d'infections post-opératoires à streptocoque A ont été relevés en 4 jours au sein d'un établissement. Ces infections sont survenues entre 3 et 7 jours après intervention chez des patients opérés dans la même salle, par une même équipe chirurgicale. La cellule de crise a décidé l'arrêt immédiat des activités de chirurgie le temps que les investigations et que l'analyse des pratiques au bloc soient conduites. Celles-ci ont permis d'affirmer l'origine épidémique des cas et identifié plusieurs axes d'amélioration. Au décours des actions correctives, l'activité a repris progressivement. Un an après cet évènement, aucune autre infection à streptocoque A n'a été signalée.

Exemple de scénario :

ANALYSE

Principal défaut de soins :

- ❖ Défaillances dans l'application des précautions standard au bloc opératoire :
 - port du masque chirurgical : masque absent ou mal positionné, pas de changement entre 2 interventions,
 - port des gants en cours d'intervention : absence de double gantage et faute d'asepsie lors du changement de gant avec absence de désinfection des mains.

Autres défauts de soins :

- ❖ Protocole de désinfection chirurgicale des mains non suivi par tous les professionnels du bloc,
- ❖ Port de bijoux au bloc opératoire,
- ❖ Préparation cutanée des patients non harmonisée pour la chirurgie concernée (chirurgie plastique),
- ❖ Non respect du temps de bionettoyage des salles par les équipes (salle réinvestie avant séchage des sols).

Facteurs contributifs :

- ❖ Défaut d'aménagement du poste d'hygiène des mains (auge encombrée, absence de minuteur, support de savon vétuste) et défaut d'implantation des distributeurs de PHA (entrée de bloc, salle de détente, local déchet),
- ❖ Accès aux masques chirurgicaux perfectible,
- ❖ Manque de perception du risque par les professionnels,
- ❖ Supports d'information relatifs aux règles d'hygiène insuffisamment explicites (hygiène des mains, port du masque),
- ❖ Absence de protocole de préparation cutanée harmonisé pour la chirurgie concernée,
- ❖ Portage du streptocoque A par des professionnels de l'équipe.

Défenses existantes :

- ❖ Signalement interne et externe fonctionnels dans un contexte d'alerte survenant le week-end,
- ❖ Organisation immédiate d'une cellule de crise aboutissant à l'arrêt complet de l'activité chirurgicale et à l'initiation des investigations (recherche d'autres cas, rappel des patients, recherche d'un portage professionnel...),
- ❖ Transparence quant à la gestion de l'évènement et sollicitation immédiate d'une aide extérieure (ARLIN/CCLIN et ARS),
- ❖ Contexte architectural favorable : bloc opératoire récent et circuits bien identifiés.

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- ❖ Meilleure sensibilisation/information quant au respect des précautions standard au bloc opératoire (hygiène des mains et port du masque) : formation, supports visuels adaptés,
- ❖ Réalisation régulière d'évaluation des pratiques,
- ❖ Développement de l'implantation des distributeurs de PHA et meilleur positionnement des distributeurs de masques pour faciliter leur changement.

Evènement évitable

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/StreptoA.pdf

Fichier Edition Atteindre Favoris ?

Google Recherche Autres >> Connexion

Rex - Retours d'expérience http://www.cclin-arlin.fr/...

Enregistrer une copie Rechercher Sélectionner 121% Recherche Web

CCLIN Sud-Ouest

**Retour d'EXpérience :
Signalement d'infections nosocomiales**

Objectif : A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, apprendre et faire partager les connaissances concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, pour éviter la survenue d'évènements comparables. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Cas groupés d'infections post-opératoires à Streptocoque A

MOTS CLES

Streptococcus pyogenes, cas groupés, chirurgie plastique, post-opératoire

CCLIN SUD-OUEST **Période de survenue : 2011**

POINT D'INFORMATION - Message clé

La maîtrise de cas groupés d'infections post-opératoires à Streptocoque A repose sur la réactivité de l'équipe de soins et de l'équipe opérationnelle d'hygiène et sur la constitution d'une cellule de crise pour identifier les cas, appliquer les mesures de prévention immédiates et définir les investigations et actions à mener telles que la recherche active d'autres cas, la prise en charge et l'information des patients, la mise en place des mesures de prévention adaptées aux cas, la recherche d'un portage par les professionnels et la communication en interne et en externe.

1 sur 2

Zone Inconnue

CONTEXTE**Description chronologique de l'événement**

Survenue en 4 jours de 5 cas d'infections post-opératoires à Streptocoque du groupe A (SGA) parmi des patientes ayant eu un acte de chirurgie plastique (survenue entre 3 et 7 jours post-opératoires). Ces patientes ont été opérées dans la même salle, en présence du même chirurgien et d'une même aide-opératoire et pour 3 patientes sur 5, la technique de Coleman (tissus adipeux prélevés sur le patient, centrifugés et réinjectés dans le même temps opératoire) a été utilisée. La cellule de crise constituée dès l'apparition du troisième cas décide l'arrêt de toute activité chirurgicale, la conduite d'investigations, le rappel des patients opérés dans la même période par la même équipe chirurgicale, la recherche de cas additionnels et la recherche d'un portage oro-pharyngé et périméal parmi les 27 professionnels de santé en contact avec les cas. Le CCLIN et l'ARLIN participent aux investigations et aux évaluations de pratiques. Devant l'absence de nouveau cas, la reprise progressive d'activité au bloc opératoire est décidée, à l'exclusion de la chirurgie plastique qui sera reprise après la fin des investigations et après mise en place de mesures d'amélioration. Le bilan final, après typage des souches, est de 4 cas d'infections à SGA certains et 1 cas probable (pas d'isolement de SGA mais clinique évocatrice) : la souche isolée des patientes est identique à celle d'un professionnel qui s'est révélé porteur au niveau pharyngé et cutané. L'évolution des patientes a été favorable et aucun autre cas n'a été diagnostiqué 1an après cet épisode.

Investigations

- Description et analyse des cas pour identifier le mécanisme de transmission et recherche active de cas additionnels
- Observations des pratiques par l'EOH de l'établissement de santé, l'ARLIN et le CCLIN et enquête environnementale
- Prélèvement des professionnels porteurs et génotypage des souches par le Centre National de Référence.

Hypothèse et mécanisme de transmission

Mécanismes de transmission possibles : Transmission directe par un professionnel porteur ou indirecte (ex : environnement, matériel ou via une technique opératoire spécifique) et /ou transmission croisée entre patients (manipulée ou via un matériel partagé) et/ou infection endogène à partir de la flore oropharyngée du patient lors de l'acte chirurgical.

Hypothèse pour cet épisode : transmission directe à partir d'un soignant porteur de SGA.

Événements similaires

En France, les signalements de cas groupés d'infections à SGA concernent essentiellement des services de maternité ; un signalement a néanmoins concerné 2 patients infectés en orthopédie, sans hypothèse privilégiée. Strus et coll. ont décrit en 2010 des cas groupés d'infections du site opératoire liés à un porteur asymptomatique au sein de l'équipe chirurgicale.

Circonstances et causes immédiates

- Défaut de suivi des précautions standard et des mesures de prévention au bloc opératoire parmi les professionnels de santé
- Changement de gants en cours d'intervention de l'équipe opératoire sans désinfection des mains lors du changement (pas de double gantage).
 - Protocole de friction chirurgicale des mains non suivi par tous les professionnels de santé
 - Masque chirurgical absent ou mal positionné
 - Port de bijoux au bloc opératoire

Causes latentes

- Supports d'information relatifs aux règles d'hygiène (hygiène des mains et port de masque) insuffisamment explicites
- Absence de protocoles harmonisés pour la préparation cutanée du visage
- Implantation de distributeurs de SHA en nombre insuffisant dans des endroits clés tels que entrée du bloc, salle de détente, local à déchet.
- Pas de prise en compte de la cinétique de décontamination particulière des salles opératoires dans le temps de bionettoyage entre deux interventions.

ACTIONS MENEES **Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT ; Tutelles)**

Facteurs	Observations	Axe d'amélioration
Etablissement de santé		
Pratiques	Hygiène des mains :	
	- Protocole de friction chirurgicale non suivi par tous	- Formation pratique des professionnels de santé à l'hygiène des mains
	- Certains locaux ne sont pas équipés en distributeurs de SHA	- Amélioration de la visibilité du protocole et installation de pendules avec trotteuses au niveau des auges
	- Ports de bijoux pour certains professionnels	- Implantation de distributeurs de SHA
Pratiques	Port des gants :	- Lettre aux professionnels rappelant la règle « zéro bijou » au bloc opératoire
	- Absence de friction lors du changement de gants en cours d'intervention et pas de double gantage	- Rappel de l'intérêt du double gantage et application de cette mesure par l'équipe opératoire
	Port du masque :	- Rappel de la nécessité de réaliser une friction au retrait des gants
	- Absence de port du masque par certains professionnels en salle d'intervention	- Re-sensibilisation par des formations professionnelles au port du masque et évaluations ultérieures
Protocole de soins Procédure. Organisation	- Repositionnement sous le nez voire sous le menton	
	- Le masque n'est pas changé systématiquement entre 2 interventions	- Renforcement de la mise à disposition des masques pour faciliter le changement autant de fois que nécessaire
Protocole de soins Procédure. Organisation	- Pas de formalisation du protocole de préparation cutanée concernant le visage	- Elaboration, diffusion, évaluation d'un protocole harmonisé de préparation cutanée du visage en chirurgie plastique
	- Bio nettoyage : temps de pause (cinétique de décontamination) non respecté entre deux interventions	- Organisation permettant le respect de la cinétique de décontamination entre deux interventions

Analyse de scénario en hémodialyse



Evaluation du risque infectieux
en Hémodialyse par analyse
d'un scénario clinique



Scénario n° 1

D'après un signalement d'infection nosocomiale investigué en 2010

Un signalement de séroconversion VHC chez un patient dialysé a été effectué au CCLIN et à l'ARS. La séroconversion concerne un patient récemment accueilli dans le service (3 mois). La sérologie a permis d'identifier un génotype de VHC rare (3a) commun à un des 6 autres patients connus porteur du VHC dans le service. Le porteur connu et le patient ont été dialysés dans la même salle mais jamais sur le même poste. L'EOH a réalisé un audit des pratiques. Un dépistage de tous les patients du service est décidé et ne retrouve aucune autres séroconversion.

17

Analyse de scénario en hémodialyse



Evaluation du risque infectieux
en Hémodialyse par analyse
d'un scénario clinique



Scénario n° 2

D'après un signalement d'infection nosocomiale investigué en 2015

En hémodialyse, au cours du même mois, six bactériémies à staphylocoque doré (dont un SARM) sont survenues chez des patients porteurs de cathéters centraux (1 fémoral et 5 jugulaires). Trois de ces 6 patients sont décédés de leur bactériémie. Ce centre lourd accueille environ 170 patients dont près de 70 sont porteurs d'un cathéter central. L'incidence des bactériémies dans ce service est en fait très supérieure aux données nationales depuis de nombreux mois. Une analyse approfondie des causes de ces derniers événements, associée à des audits internes et externes ont permis de réajuster certaines pratiques. Un an après ce signalement, la fréquence des complications a significativement diminué.

18

En conclusion



- Une méthode d'analyse a priori intéressante
- Pluri professionnelle, participative, rapide pour la mise en œuvre d'actions
- Bonne applicabilité
- Utilisable dans différents contextes : EPP, gestion des risques, recherche
- Valorisation possible dans différents dispositifs : lutte contre les infections, sécurité de la prise en charge médicamenteuse, certification, retours d'expérience

19

En conclusion



- Craintes vis à vis de l'animation
- Difficultés à se réunir
- Difficultés à transposer certains scénarios à l'activité du service
- Etude des attitudes et pratiques déclarées...
- Difficultés à passer des intentions à l'action pour les solutions proposées

20

Evaluation des risques *a priori*

Visites de risque



Réseau des hygiénistes de Nouvelle Aquitaine
Cpias Nouvelle Aquitaine, 23 novembre 2017

21

https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/gdr/






CPIAS Nouvelle-Aquitaine

QUI SOMMES-NOUS? | SIGNALEMENT & RETOURS D'EXPERIENCE | SURVEILLANCES & EVALUATION | NOS EVENEMENTS | TOUTE L'ACTUALITE | ANNUAIRE NATIONAL | OUTILS

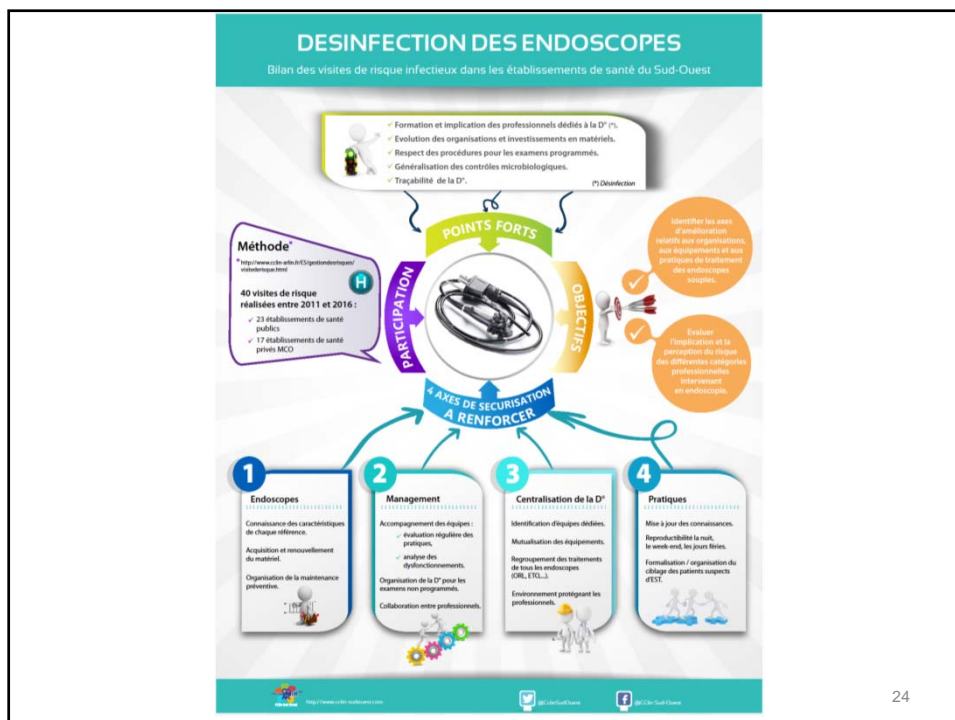
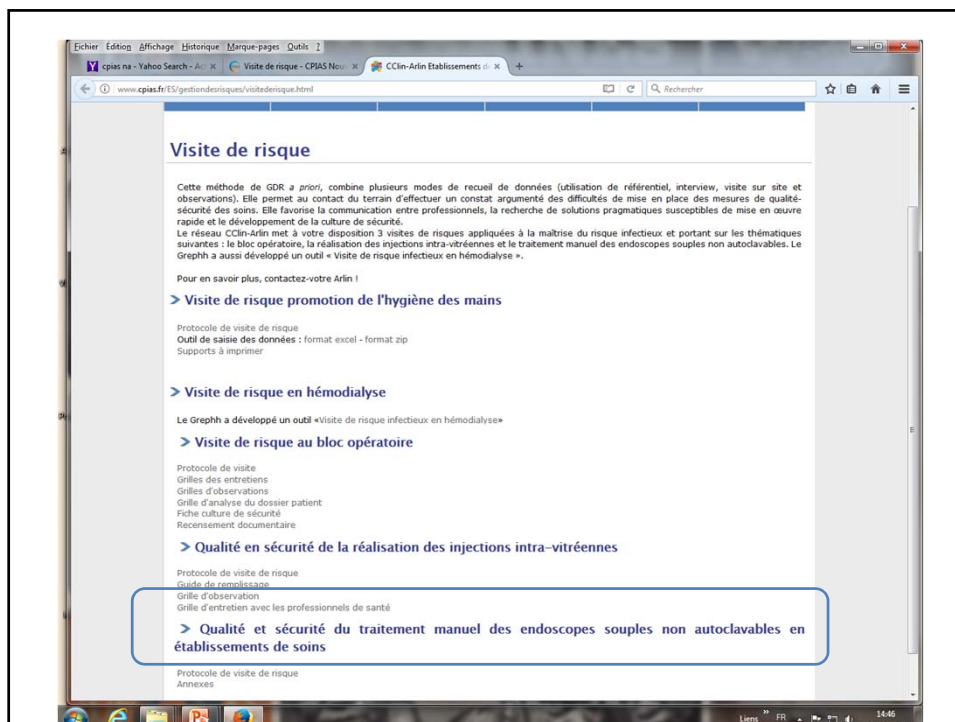
OUTILS > GESTION DES RISQUES

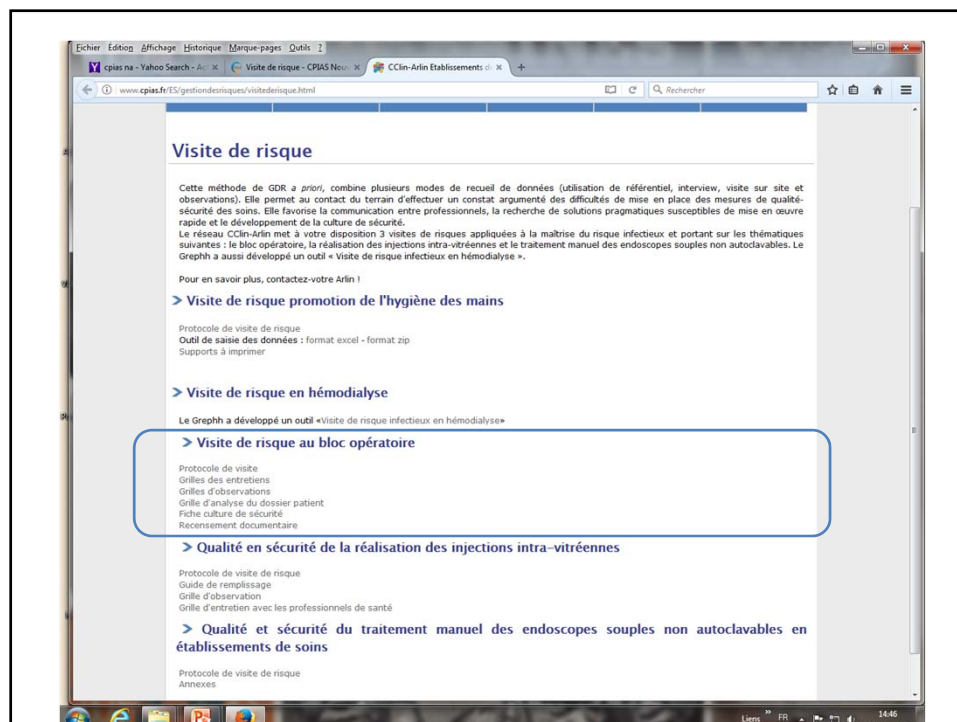
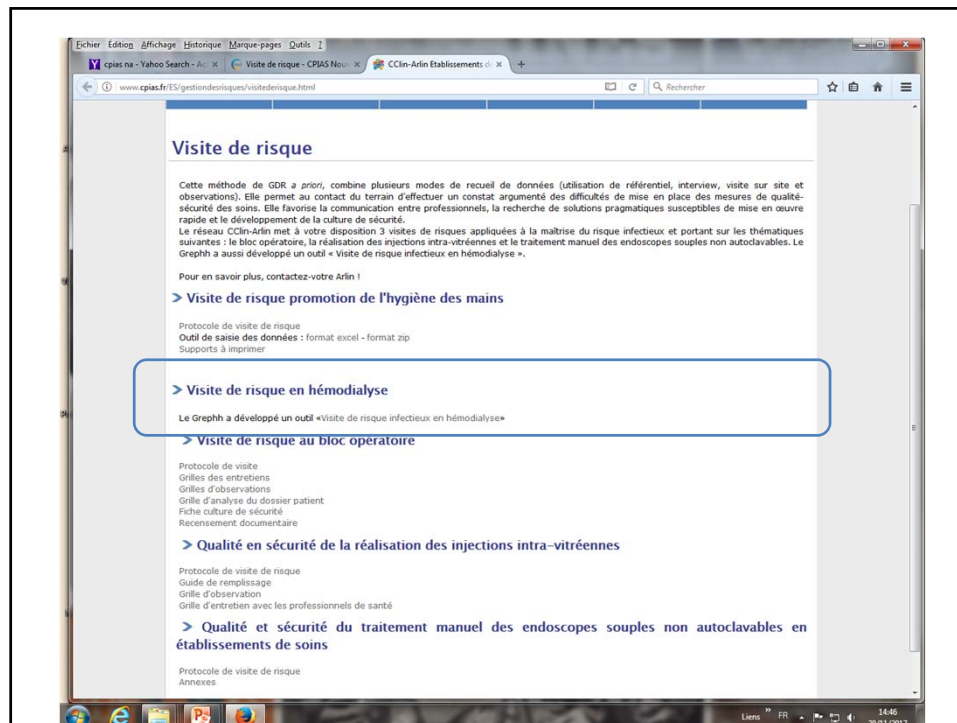
Nos autres catégories d'outils : Serious Game Vidéo Evaluation Recommandation

Une démarche de gestion des risques (GDR) a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables associés aux soins. Les professionnels de l'hygiène ont depuis quelques années intégré cette approche, confortés dans cette mission par la circulaire du 18 novembre 2011. Afin de les accompagner dans l'appropriation de cette démarche, le réseau CClin/ArIn propose ci-dessous des outils de gestion des risques adaptés à la maîtrise du risque infectieux associé aux soins.

 <p>2017</p> <p>VISITE DE RISQUE</p> <p>Méthode de GDR a priori, elle permet au contact du terrain d'effectuer un constat argumenté des...</p> <p>en savoir plus</p>	 <p>2017</p> <p>CHECK-LIST</p> <p>Méthode de GDR a priori, elle permet de sécuriser une activité à risque en se reposant sur une...</p> <p>en savoir plus</p>	 <p>2017</p> <p>ANALYSE DE SCÉNARIO</p> <p>Méthode de GDR a priori, elle permet, en s'appuyant sur le déroulé d'un épisode survenu...</p> <p>en savoir plus</p>	 <p>2017</p> <p>ANALYSE APPROFONDIE DES CAUSES (AAC)</p> <p>Méthode de gestion des risques a posteriori, elle permet face à la survenue d'un événement...</p> <p>en savoir plus</p>
 <p>2017</p> <p>ANALYSE DE PROCESSUS ET CERTIFICATION</p>			

Liens FR 15:57 20/09/2017








Guide méthodologique

- Le principe des VdR est issu de domaine de l'industrie et de l'assurance.



 Visite de risque en milieu de soin appliquée à la prévention du risque infectieux.

- Référentiel HAS

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf



- Justification

- Depuis 2005, le Grepvh met à disposition des outils d'évaluation des pratiques d'hygiène utilisables par les EOH.
- Elargir l'offre des outils d'évaluation en répondant aux exigences de gestion des risques *a priori* dans le cadre du PNSP (2013-2017) et du PROPIAS.
- Conformément aux exigences de la HAS, chaque établissement est tenu de mettre en œuvre la gestion coordonnée des risques associés aux soins.

27



Objectifs

- **Principal**
 - Rédiger un guide méthodologique destiné aux équipes d'hygiène et aux professionnels de soins, constituant un référentiel d'harmonisation pour l'élaboration d'une visite de risques.
- **Secondaire**
 - Contribuer au développement d'une culture de sécurité au sein des établissements de soins
 - Prévenir la survenue d'évènements indésirables
- En pratique, la VdR doit permettre de développer l'implication des professionnels de la gestion des risques et de structurer une démarche conjointe entre l'EOH, l'équipe GDR et les équipes de soins.



28



Contenu

- Approche comparative
 - Audit clinique/patient traceur/VdR
 - Guide HAS en préparation : Rencontres sécurité des patients (Patient safety walkrounds)
- Méthode
- Liens vers les outils existants en 2017
- En annexe
 - Repères conceptuels
 - huit dimensions de la qualité des soins
 - approche par processus
 - concept de barrière de sécurité
 - approche produit/système
 - Fiches pratiques / étapes de la VdR

29

Conclusion

- Des outils de VdR qui peuvent être déclinés par secteur d'activité (endoscopie, hémodialyse, BO...) ou par activité/processus (PS, IVT, HdM...)
- Nécessite la présence d'experts du domaine et de la méthode mais favorise la collaboration interprofessionnelle (correspondants, gestionnaire risques, pharmacien...)
- Besoin d'un nombre variable de personnes pour la conduite du projet
- Permet la recherche des causes des situations porteuses de risques
- Implication des professionnels à la réunion de restitution
- Bonne perception des professionnels par la prise en compte de leur parole

30