

# Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé

Evaluation du risque infectieux lié à la prise en charge d'un cas de  
tuberculose pulmonaire multirésistante (incluant la mise en œuvre des  
précautions complémentaires type Air)

Analyse d'un scénario clinique



Avril 2015

### Composition du groupe de travail :

Dr Nicolas ROUZIC	Praticien hygiéniste	Arlin Bretagne, Brest
Mme Sylvie JOURDAIN	Cadre hygiéniste	Arlin Bretagne, Brest
EOH de l'établissement concerné		Bretagne

### Relecture :

Dr Anne CANIVET	Praticien hygiéniste	Cclin Ouest, Rennes
Dr Pierre PARNEIX	Praticien hygiéniste	Cclin Sud-Ouest, Bordeaux

## Sommaire

Sigles et acronymes.....	4
Introduction .....	5
Objectifs .....	5
Documentation fournie.....	5
Méthode.....	6
Analyse des données et retour d'information .....	8
Modalités pratiques .....	8
Références .....	9
Annexe 1 : scénario .....	10
Annexe 2 : grille de recueil.....	12

## Sigles et acronymes

**Arlin** : Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales

**CCECQA** : Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine

**Cclin** : Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales

## Introduction

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

Ce projet est ciblé sur les mesures de prévention liées à la prise en charge d'une patiente porteuse d'une tuberculose multi résistante. 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

### Objectif général

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

### Objectifs spécifiques

Analyser, avec les professionnels d'un service, les barrières mises en place et leur caractère opérationnel ainsi que les barrières possibles pour limiter la transmission croisée, en particulier en maternité ;

Identifier les vulnérabilités (défauts d'organisation, de procédure...);

Comprendre les difficultés et les freins rencontrés dans la mise en œuvre des mesures connues de prévention ;

Identifier et mettre en place collectivement des actions d'amélioration.

## Documentation fournie

### Outil

Document complet présentant la justification, les objectifs, la méthodologie, l'organisation du recueil, la grille de recueil et les consignes de remplissage et les supports 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'analyse de scénario clinique.

# Méthode

## Principe

L'approche méthodologique est celle de l'analyse de scénario clinique relatant la prise en charge d'un cas de tuberculose pulmonaire multirésistante.

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 une situation existante et la situation attendue.

Cette méthode déductive permet d'analyser des problèmes complexes. Toutes les causes 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 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. Elle 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.

Elle a cependant 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.

## 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 (binôme indispensable).

## Mise en œuvre de la démarche

### A qui proposer une analyse de scénario ?

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

### 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 issu d'un cas clinique réel issu d'un signalement d'infections nosocomiales.

Le cas est présenté selon le modèle suivant :

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

## Participants

L'analyse de scénario est dirigée par un animateur de réunion formé à la méthode et membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Sont invités à participer à l'analyse de scénario les professionnels du service présents et disponibles avec, si possible, un représentant de l'encadrement, 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'analyse de scénario

L'analyse de scénario dure **60 minutes maximum**, réparties en 15 minutes de présentation et 45 minutes de questions et discussion :

### 1. Introduction (5 minutes)

L'animateur présente les objectifs de l'analyse de scénario :

- Dans le service où s'est déroulé le scénario (ailleurs) :
  - Identifier les défauts de soins dans le scénario étudié et les facteurs ayant contribué à la survenue de ces défauts (défauts de système) ;
  - Identifier les défenses présentes ;
  - Identifier les défenses présentes et opérationnelles ;
  - Identifier les défenses absentes.
- Dans l'unité de soins participante (ici) :
  - Evaluer les vulnérabilités dans le service. -
  - Identifier des solutions pour renforcer la maîtrise de ce risque infectieux

L'animateur rappelle 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 (10 minutes)

L'animateur présente le scénario aux participants. Il souligne l'importance d'une analyse précise des causes afin de mettre en place des actions correctives

### 3. Questions – discussion (45 minutes maximum)

- Analyse du scénario survenu dans un autre établissement (ailleurs) (10 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 maîtrise de la transmission croisée »*

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 posera les questions suivantes aux participants :

- Que s'est-il passé dans l'évènement exposé ?
- Quelles ont été les défaillances ?
- Quelles étaient les barrières en place ?
- Quelles autres défenses auraient permis d'éviter l'incident ?

- Analyse des vulnérabilités et des défenses de l'unité de soins (ici) pour la survenue d'un tel scénario (15 minutes) :

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

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

- Proposition d'actions d'amélioration (20 minutes) :

Le groupe se pose les questions suivantes :

- Quelles sont les défenses supplémentaires qui pourraient renforcer la sécurité ?
- Est-il possible de les mettre en œuvre ?

puis il choisit les actions à mettre en œuvre parmi celles possibles (2 à 3 actions).

L'animateur clôture la séance en remerciant les participants et en rappelant les conclusions tirées de cette analyse de scénario (c'est-à-dire les actions d'amélioration décidées).

## Analyse des données et retour d'information

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

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 chef de projet et le Clin ou l'instance équivalente.

### Important :

Il convient de s'assurer que les axes d'amélioration identifiés au cours de l'analyse ont fait l'objet d'un plan d'actions avec calendrier et suivi de la mise en œuvre (intégration de ce plan d'actions dans le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement).

## Modalités pratiques

### Support de collecte des données

Les données collectées pendant l'analyse de scénario sont notées sur une grille de recueil appropriée par un collaborateur de l'animateur à qui l'outil aura été présenté au préalable.

### Quand et où ?

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 : encadrement, médecins, internes, infirmiers, aides-soignants, brancardiers...

Elle a lieu dans une salle réservée facile d'accès pour l'ensemble des participants (ex : salle de réunion du service).

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

### A faire :

- Retenir un scénario pertinent pour l'activité du service ;
- Laisser s'exprimer chaque participant ;
- Guider la recherche des défauts de soins, en reprenant chaque point clef 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 du 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 de scénario ;
- Donner le choix du scénario aux professionnels du service ;
- Rechercher des détails inutiles pour l'analyse du scénario, se disperser ;
- Questionner de façon trop directive et trop précise ;
- Laisser un leader monopoliser la parole ;
- Rechercher des responsables ou 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 risque identifiées dans le service.

## Références

- Circulaire DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- 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 .Hygiènes 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.
- SF2H, Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire: Air ou Gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC), mars 2013. 60 pages.
- HCSP. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques, 2013, 95 pages.
- HCSP. Tuberculoses à bacilles résistants : diagnostic et prise en charge -Lignes directrices. Rapport, 2014, 60 pages.

## Annexe 1 : scénario

### Scénario d'après un signalement investigué en septembre 2013

Une jeune femme béninoise, ancien médecin dans un centre anti-tuberculeux, accouche par voie basse, sans complication. Elle reste hospitalisée du fait de complications chez son enfant. A J7, suite à un épisode fébrile, elle est placée en chambre seule, sous précautions « gouttelettes », l'interne évoquant une tuberculose, compte tenu du terrain de cette jeune femme.

Elle sort à J11, totalement asymptomatique.

Revue par la sage-femme à J16, elle est hospitalisée pour ictère de son nouveau-né. L'EOHH est appelée à J17 pour un « résultat de tuberculose positif » et recommande la mise en œuvre immédiate des précautions « air ».

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire bacillifère est confirmé à J21.

La souche est identifiée ultérieurement comme multirésistante. La patiente sera transférée plusieurs semaines au CHU pour prise en charge en chambre à pression négative.

Après enquête, 91 professionnels de santé sont recensés comme sujets contacts.

## Analyse du scénario

### Principaux défauts de soins

- Méconnaissance des précautions complémentaires respiratoires (indication et mise en œuvre).

### Autres défauts

- Levée trop précoce des précautions respiratoires,
- Non prise en compte des facteurs de risque de tuberculose pulmonaire multirésistante.

### Facteurs contributifs (causes profondes)

- Tableau clinique trompeur,
- Service exceptionnellement confronté à la prise en charge de cas de tuberculose pulmonaire,
- Conduite à tenir en cas de tuberculose pulmonaire non actualisée (et absence de notion de facteurs de risque de multi résistance dans celle existante),
- Appel tardif de l'EOHH,
- Défaut de formation sur les précautions complémentaires respiratoires,
- Insuffisances de moyens du service de santé au travail pour cibler les professionnels à risque.

### Défenses qui auraient pu éviter cet événement

- Mise à jour de la conduite à tenir en cas de prise en charge d'un cas suspect ou atteint de tuberculose pulmonaire,
- Large campagne d'information sur la diffusion du protocole,
- Formation actualisée de l'ensemble des professionnels du pôle femme-mère-enfant aux précautions complémentaires,
- Evaluation régulière des pratiques sur la mise en œuvre des précautions complémentaires respiratoires.

## Annexe 2 : grille de recueil

Date de l'analyse : .....

**Participants** (cf feuille d'émargement)

Scénario retenu :

### Analyse de ce qui s'est passé dans un autre établissement :

**Principaux défauts de soins :**

**Autres défauts de soins :**

.....  
.....  
.....

▶ .....  
▶ .....  
▶ .....

**Facteurs contributifs :**

▶ .....  
▶ .....  
▶ .....  
▶ .....  
▶ .....  
▶ .....

**Défenses qui auraient pu éviter cet événement :**

▶ .....  
▶ .....  
▶ .....  
▶ .....  
▶ .....  
▶ .....

## Analyse de ce qui pourrait se passer dans cette 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 nécessaires	Ailleurs		Ici	
	oui	non	oui	non
<b>Protocoles</b>				
Il existe un protocole actualisé en tenant compte des recommandations de décembre 2013 du HCSP sur la prise en charge d'un cas de tuberculose				
Ce protocole mentionne les facteurs de risque de tuberculose multi résistante cités par le HCSP dans son avis de 2014				
Ce protocole est accessible				
Il existe un protocole actualisé prenant en compte les recommandations de la SF2H de 2013 sur la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : « air ou gouttelettes »				
Ce protocole est accessible				
<b>Prescription médicale</b>				
Il existe une prescription médicale des précautions complémentaires respiratoires dès la suspicion d'un cas de tuberculose pulmonaire				
Les précautions complémentaires sont de type « air »				
Les précautions complémentaires ne sont levées que si le diagnostic est formellement écarté				
<b>Signalement</b>				
Les médecins connaissent les critères de notification de la tuberculose en tant que maladie à déclaration obligatoire				
Les professionnels connaissent les critères d'alerte de l'EOHH en cas de tuberculose ou suspicion de tuberculose				
<b>Culture sécurité / communication</b>				
Les médecins connaissent les indications des précautions complémentaires respiratoires				
Les professionnels sont formés à la mise en œuvre des précautions complémentaires de type « air »				
Les professionnels font bien la différence entre les précautions complémentaires de type « air » et « gouttelettes »				
Les connaissances sur les indications et la mise en œuvre des précautions complémentaires de type « air » sont auditées				
<b>Moyens matériels</b>				
Le patient est placé en chambre seule				
La porte de la chambre est maintenue fermée				
La chambre du patient est en dépression dans le cas de la prise en charge initiale de tuberculose multirésistante				
Les masques utilisés sont des appareils de protection respiratoire – APR, de type FFP2				
L'APR est correctement positionné en vérifiant sa bonne étanchéité avant d'entrer dans la chambre				
L'APR est enlevé après avoir quitté la chambre, et fermé la porte				

L'APR est porté même en l'absence du patient				
En cas de déplacement du patient sous précautions complémentaires de type AIR hors de sa chambre, celui-ci porte un masque chirurgical anti projections				
En dehors du port de l'APR, il n'y a pas lieu de prendre d'autres mesures en dehors du respect des précautions standard en cas de mise en œuvre des précautions complémentaires de type « air »				



