

Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les établissements de santé

**Prévention des épidémies
d'infections respiratoires
aiguës dans les établissements
de santé et dans les EHPAD**



Protocole d'évaluation

Document : Novembre 2015

SOMMAIRE

Introduction	3
Objectif général	4
Objectifs spécifiques	4
Contexte réglementaire	4
Recommandations utilisées	5
Documentation fournie	5
Méthode	6
Organisation	6
Lieu de mise en oeuvre	7
Déroulement de la démarche	7
Support de collecte des données	9
Où ?	9
Quand ?	9
Durée ?	10
A faire	10
A éviter	10
Analyse des données	10
Retour d'information	11
Evaluation <i>a posteriori</i>	11
Références	11
Annexe 1 : Grille de recueil	12
Annexe 2 : Exemples de scénarios	19

Composition du groupe de travail

Véronique DELANNOY, ARLIN Aquitaine, Bordeaux

Rachel DUTRECH, ARLIN Aquitaine, Bordeaux

Dr Christophe GAUTIER, ARLIN Aquitaine, Bordeaux

Dr Catherine DUMARTIN, CCLIN Sud-Ouest, Bordeaux

Introduction

Les infections respiratoires sont parmi les plus fréquentes des infections acquises en établissement de santé. Des épisodes de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) sont régulièrement signalés dans les collectivités. L'impact des récentes épidémies de grippe saisonnière en France constitue le meilleur témoin de cette problématique. Comme pour les GEA, ces épisodes peuvent toucher en quelques jours un grand nombre de personnes parmi les patients ou les résidents. Les professionnels peuvent également être concernés avec un impact non négligeable sur l'organisation de la prise en charge des patients et des résidents. Dans les EHPAD, l'IRA est la première cause de mortalité d'origine infectieuse et la première cause de transfert vers l'hôpital [1, 2]. La fragilité de la population accueillie et la promiscuité au sein d'un « lieu de vie » contribuent à une diffusion importante dans ces secteurs.

Au-delà du risque de complication sévère et de la problématique de prise en charge individuels des malades, la survenue d'une épidémie d'IRA dans un établissement doit conduire à une analyse approfondie des causes visant à identifier les mesures réduisant l'impact d'un tel évènement. Le respect des mesures d'hygiène susceptibles de limiter la diffusion du micro-organisme à l'origine des cas d'IRA est évidemment essentiel (précautions standard, précautions complémentaires gouttelettes) [3, 4]. Cependant, la capacité de l'établissement à détecter, alerter, communiquer, et organiser rapidement la prise en charge des premiers cas constitue probablement la clé de la gestion d'une épidémie. En termes de prévention, l'instauration et le suivi d'une politique vaccinale au sein de l'établissement contribue largement à limiter la diffusion et l'impact d'une épidémie d'IRA.

Une fois l'épidémie d'IRA constituée, l'identification du micro-organisme en cause et le choix ou non d'une thérapeutique médicamenteuse adaptée contribuent également à atténuer les conséquences de cet évènement [5, 6].

La prévention des IRA est une priorité de santé publique et plusieurs guides de recommandations, avis et documents d'informations ont été rédigés pour orienter les structures dans la prévention et la gestion de ces événements indésirables [1, 2, 5, 6].

C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail du CCLIN Sud-Ouest a élaboré cet outil d'évaluation des pratiques « Prévention des épidémies d'infections respiratoires aiguës dans les établissements de santé et les EHPAD ». Il repose sur une méthode de gestion des risques reposant sur l'analyse de scénarios cliniques. Cette méthode a déjà été développée dans l'interrégion par le CCECQA et le CCLIN Sud-Ouest, puis par le réseau national CCLIN-ARLIN sur plusieurs thématiques : BMR, cathéters veineux centraux, cathéters veineux périphériques, rachianesthésie, gale, GEA... http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Analyse_scenario/analyse_scenario.html

Objectif général

Tester à partir de l'analyse d'un problème, la capacité d'un service ou d'un établissement à mettre en œuvre la stratégie de gestion d'une crise de type épidémie, et à appliquer les mesures de prévention adaptées.

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 diffusion des infections respiratoires aigües au sein d'un service ou d'un établissement ;
- ❖ Comprendre les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des recommandations en matière de gestion d'une épidémie tant sur le plan organisationnel, que sur le respect des bonnes pratiques d'hygiène ;
- ❖ Mettre en place des actions d'amélioration.

Contexte réglementaire

Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)

<http://www.sante.gouv.fr/programme-national-d-actions-de-prevention-des-infections-associees-aux-soins-proprias.html>

Recommandations utilisées

- ❖ Instruction N°DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées [1]
- ❖ Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. HCSP, juillet 2012 [2]
- ❖ Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Consensus formalisé d'experts. SF2H, 2009 [3]
- ❖ Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique. SF2H, 2013 [4]
- ❖ Repères pour la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique de la grippe. DGS, 2014 [5]
- ❖ Avis relatif à la priorisation de l'utilisation des antiviraux en situation d'épidémie de grippe saisonnière. HCSP, 3 mars 2015 [6]
- ❖ Les bonnes pratiques de soins en EHPAD. DGS - DGAS - SFGG, 2007
- ❖ Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Programme Priam, SF2H – ORIG, 2009
- ❖ Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. SF2H, 2010

Documentation fournie

❖ **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

Méthode

L'approche méthodologique retenue est celle de l'analyse de scénarios relatifs à des épidémies d'IRA.

Il s'agit d'une approche par problème [7, 8] 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. 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 [9].

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 adviendront dans le futur.

Organisation

Le projet est placé sous la responsabilité du CLIN local (ou de l'instance équivalente) pour un établissement de santé, ou du médecin coordonnateur pour un EHPAD, qui désignera un responsable de l'évaluation. L'animation de l'analyse de scénario sera conduite par le responsable lui-même, un de ses collaborateurs ou un professionnel extérieur à l'établissement (membre d'une ARLIN par exemple).

Lieu de mise en œuvre

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

- lieu 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

❖ 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 ou le résident (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 peut être 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. De même, exceptionnellement, dans la mesure où la gestion d'une épidémie d'IRA ne relève pas de la seule organisation du service, mais aussi de la coordination de la cellule de crise, des **professionnels extérieurs au service** doivent être conviés à l'analyse (membre de la cellule « gestion des risques » ou tout professionnel en charge de coordonner un plan local de maîtrise d'une épidémie, médecin coordonnateur et directeur pour les EHPAD, médecin du travail, ...).

❖ **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 (mesures de prévention) présentes,
- Identification des défenses présentes et opérationnelles,
- Identification des défenses absentes,
- Evaluation des vulnérabilités dans le service,
- Identification de solutions pour maîtriser une éventuelle épidémie d'IRA.

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 à l'origine de la diffusion de l'épidémie d'IRA dans l'établissement concerné »...

Prévention au quotidien

Surveillance et signalement des infections

Plan local de maîtrise d'une épidémie

Mise en place des mesures en cas d'épidémie d'IRA

Information

Evaluation

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 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 clôt la séance en remerciant les participants et en rappelant les leçons tirées de ce scénario. Par exemple :

« *Conformément aux dispositions de l'instruction de novembre 2012, il est indispensable de signaler une épidémie d'IRA* ».

« *La réalisation d'un test de diagnostic rapide auprès de plusieurs patients symptomatiques contribue à affiner le diagnostic* ».

« *La direction de l'établissement doit porter la politique vaccinale auprès des professionnels de l'établissement* ».

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 tous les professionnels concernés par la stratégie de maîtrise de l'épidémie : encadrement, médecins, infirmiers, etc.

Durée ?

45 minutes pour un scénario.

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.

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

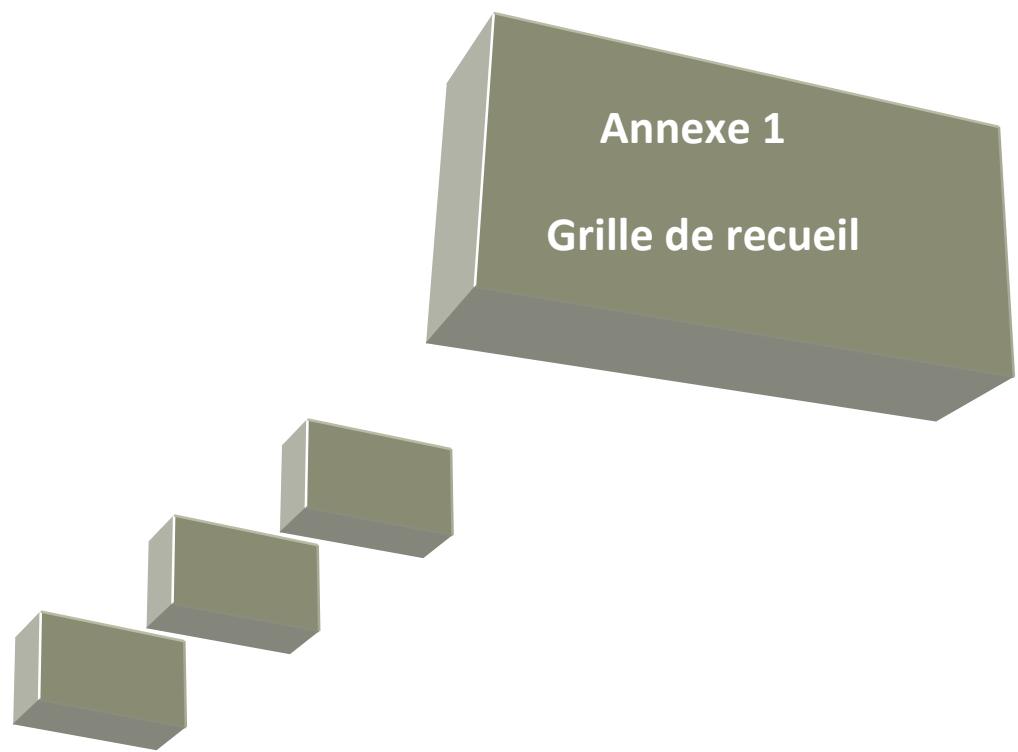
Un retour d'information, sous la forme d'un rapport écrit standardisé et/ou d'une présentation orale, vers l'ensemble des professionnels impliqués dans cette thématique doit être envisagé par le responsable de l'évaluation.

Evaluation a posteriori

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. Instruction N°DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastroentérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées [1]
2. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. HCSP, juillet 2012 [2]
3. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Consensus formalisé d'experts. SF2H, 2009 [3]
4. Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique. SF2H, 2013 [4]
5. Repères pour la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique de la grippe. DGS, 2014
6. Avis relatif à la priorisation de l'utilisation des antiviraux en situation d'épidémie de grippe saisonnière. HCSP, 3 mars 2015
7. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation. HAS, juin 2005.
8. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES, 2000.
9. La culture de sécurité des services de soins : un regard sociologique (Projet DECLICS). B. Castets-Fontaine et coll. Risques et Qualité 2012 ; IX (2) : 92-98



Date de l'analyse : _____ / _____ / _____

A 1

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 ?

- ❖
- ❖
- ❖

13

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 ?

- ❖
- ❖
- ❖
- ❖
- ❖

14

IDENTIFICATION DES DEFENSES	Ailleurs		Ici	
	oui	non	oui	non
Prévention au quotidien				
Les précautions standard sont appliquées au quotidien dans les soins courants dispensés à tous les patients/résidents.				
Les produits hydro-alcooliques sont largement utilisés				
Les professionnels portent un masque en cas de toux				
Les patients/résidents sont sensibilisés à l'hygiène des mains				
Une politique de promotion de la vaccination est conduite auprès des professionnels				
Une politique vaccinale est conduite auprès des patients/résidents				
L'établissement s'est organisé pour disposer rapidement de tests rapides de diagnostic de la grippe				
L'entretien de l'environnement fait l'objet de protocoles.				
L'entretien des dispositifs médicaux à risque fait l'objet de protocoles (aérosolthérapie, oxygénothérapie,...)				
La prévention du risque infectieux lié à l'eau est organisée dans l'établissement (carnet sanitaire, surveillance, ...)				
Surveillance et signalement des infections				
Le signalement interne des infections est organisé				
Une surveillance continue des symptomatologies évocatrices d'IRA est mise en place dans l'établissement				
Des fiches de surveillance des infections et de signalement des cas groupés sont utilisées.				
Chaque cas d'IRA fait l'objet d'un signalement interne auprès d'un responsable identifié				
Procédure de gestion d'une épidémie				
Il existe une procédure précisant la conduite à tenir en cas d'épidémie d'IRA.				
Une cellule de crise peut être rapidement constituée.				
Un professionnel est identifié pour coordonner la gestion de l'épidémie (personnel de direction, praticien, cadre de santé, médecin coordonnateur,...),				
Une information de l'ensemble des professionnels de l'établissement est prévue en cas d'épidémie				
Les coordonnées des personnes ressources sont facilement accessibles (EOHH, DT, ARLIN, CIRE...).				

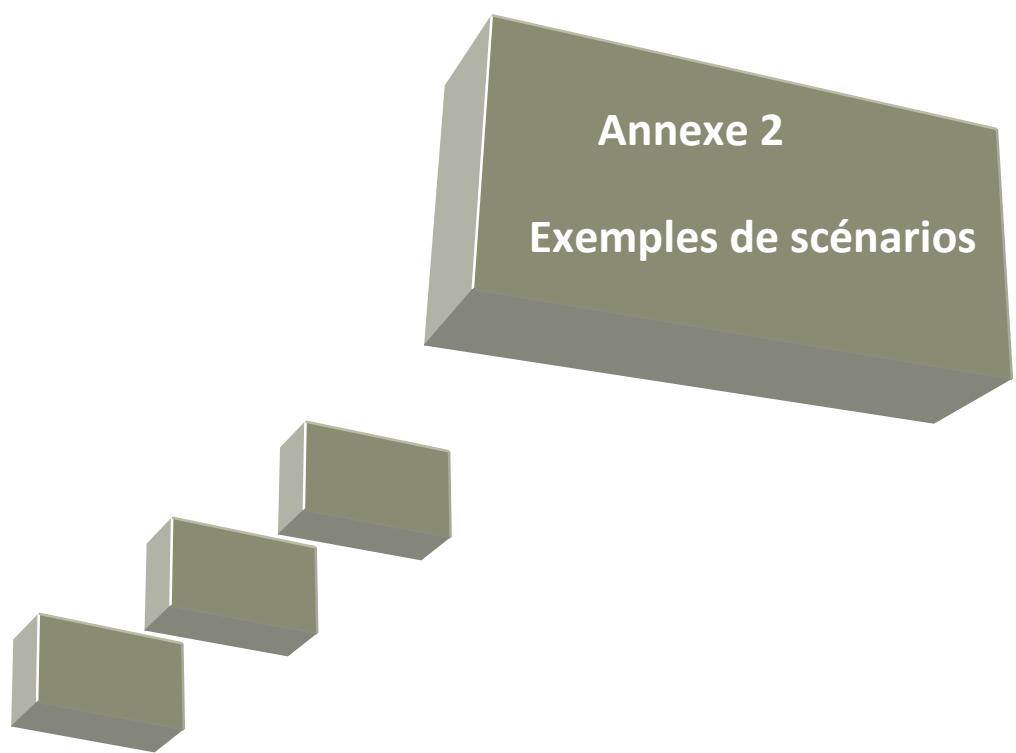
Mise en place des mesures en cas d'épidémie d'IRA				
L'établissement est en capacité d'organiser et mettre en place les mesures de contrôle de l'épidémie :				
• identification des cas et suivi épidémiologique				
• recherche étiologique des cas afin d'orienter le diagnostic (TDR disponibles dès l'apparition des premiers cas)				
• approvisionnement en produits et matériels utiles à l'application des précautions « gouttelettes »,				
• limitation des déplacements du/des malades				
• limitation ou arrêt des activités collectives				
• instauration de traitements sur la base de la symptomatologie, des tests diagnostiques, des facteurs de risque des malades				
• mobilisation de personnel pour faire face à l'augmentation de la charge de travail liée à l'épidémie,				
• mobilisation de personnel pour remplacer les professionnels atteints eux-mêmes d'IRA				
• entretien de l'environnement renforcé				
• vérifications de la mise en place des mesures de contrôle				
Information				
Des documents ont été rédigés et sont utilisés pour informer les professionnels en cas d'épidémie d'IRA dans l'établissement.				
Des documents ont été rédigés et sont utilisés pour informer les patients (résidents) en cas d'épidémie d'IRA dans l'établissement.				
Des documents ont été rédigés et sont utilisés pour informer les visiteurs en cas d'épidémie d'IRA dans l'établissement.				
Evaluation				
Des évaluations sont régulièrement réalisées sur les précautions standard				
Des évaluations sont régulièrement réalisées sur les précautions complémentaires				
La dernière épidémie a fait l'objet d'une analyse et d'un retour d'expérience pour identifier les pistes d'amélioration				

Commentaires sur le déroulement de l'analyse

A 1

Liste des participants

A 1



Scénario n° 1

Investigation de signalement d'infections nosocomiales - 2015

A 2

Fin janvier, un établissement de santé est confronté à la survenue de plusieurs cas d'IRA en services de SSR et d'USLD. Le diagnostic de grippe A est rapidement posé suite à la réalisation de TDR. Malgré la mise en place des mesures barrières l'épidémie va largement diffuser au cours du mois de février : 16 des 30 patients de SSR et 49 des 90 patients de l'USLD seront touchés. 40 professionnels seront également concernés par cette épidémie de grippe.

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

- ❖ Défaillance concernant le port du masque par les professionnels (positionnement, fréquence de changement, manipulation au cours des soins)
- ❖ Faible couverture vaccinale des professionnels

Facteurs contributifs :

- ❖ Pas d'évaluation régulière de l'EOH sur les fondamentaux en hygiène et notamment sur le port du masque (méconnaissance non perçue par l'EOH)
- ❖ Freins individuels des professionnels à la vaccination (30 des 40 professionnels touchés étaient vaccinés contre la grippe)
 - Couverture vaccinale des patients de SSR non estimable (vaccination par les médecins libéraux et information non disponible/non tracée)
 - Vaccin ne couvrant pas la souche de grippe A circulante au niveau communautaire
- ❖ Difficultés de confinement de certains patients déambulants
- ❖ Fragilité des patients

Défenses existantes :

- ❖ Protocole précautions gouttelettes mis à jour en 2013
- ❖ Formation régulière des professionnels (en interne et par le Cclin/Arlin)
- ❖ Politique d'établissement de promotion de la vaccination auprès des professionnels (suite à circulaire ministérielle publiée en novembre décision de port du masque en période de circulation virale pour les professionnels non vaccinés)
- ❖ Suite à information ARS de diffusion communautaire du virus de la grippe fin janvier, mise en place immédiate des mesures de prévention :
 - Visiteurs : affichage et mise à disposition de masques
 - Professionnels : rappel de la conduite à tenir
 - Patients : repas en chambre, arrêt des activités communes
- ❖ 90% des patients d'USLD vaccinés (quelques refus)
- ❖ Sollicitation référent infectiologue concernant la prescription d'oseltamivir.
- ❖ Matériel de prévention disponible en quantité suffisante
- ❖ Bionettoyage quotidien

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- ❖ Formations ciblées sur le port du masque
- ❖ Mise en place d'évaluations plus régulières sur les fondamentaux en hygiène (quick audit)
- ❖ Renforcement de la sensibilisation des professionnels à la vaccination
- ❖ Intégrer les informations sur les vaccins au dossier pharmaceutique (DP) des patients

Evènement évitable

- ❖ L'ampleur de l'épidémie aurait probablement pu être réduite

20

Scénario n° 2

Investigation de signalement d'infections nosocomiales/associées aux soins 2012

A 2

En pleine épidémie de grippe communautaire, 79 cas d'infections respiratoires aiguës sont recensés dans un EHPAD : 61 résidents (38%) et 18 professionnels (18%) sont touchés. Les premiers cas sont survenus un vendredi et 30 personnes sont déjà concernées lorsque l'alerte est donnée par l'équipe d'hygiène le lundi.

Les mesures barrières sont alors mises en place et des traitements prophylactiques sont prescrits pour juguler l'épidémie. Celle-ci durera 12 jours.

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

- ❖ Retard au port du masque chez les professionnels symptomatiques
- ❖ Retard à la mise en place des précautions complémentaires gouttelettes

Autres défauts de soins :

- ❖ Retard d'alerte/de signalement interne
- ❖ Absence de TDR (utilisation par erreur d'écouvillons sur milieu de transport mis à disposition pour la pandémie grippale) et méconnaissance d'utilisation des TDR
- ❖ Méconnaissance de l'existence d'un protocole de prise en charge médicale d'un syndrome grippal chez un résident

Facteurs contributifs :

- ❖ Absence d'évocation de la grippe chez des résidents vaccinés (sous-estimation du diagnostic de grippe)
- ❖ Vaccin ne prenant pas en compte la souche à l'origine de l'épidémie communautaire (A(H3N2))
- ❖ Absence d'alerte nationale concernant la circulation communautaire d'un virus non intégré au vaccin
- ❖ Retard à la mise en place d'une chimioprophylaxie
- ❖ Sous-effectif professionnel conduisant à une mutualisation sur plusieurs secteurs (accélération de la diffusion via les professionnels)
- ❖ Lieu de vie de résidents déments et déambulants

Défenses existantes :

- ❖ Bonne couverture vaccinale des résidents
- ❖ Existence d'un protocole « grippe » (identifiant un référent « grippe » et détaillant la conduite à tenir en cas de suspicion de grippe)

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- ❖ Re-sensibiliser les professionnels aux précautions standard (port du masque si toux) et complémentaires
- ❖ Sensibilisation au signalement interne et à l'alerte
- ❖ En période pré-hivernale, informer les services de l'existence du protocole « grippe »
- ❖ Disposer de TDR et former les professionnels à leur utilisation
- ❖ Améliorer la permanence des soins et la gestion des personnels en période épidémique
- ❖ Améliorer le dispositif d'alerte national (information des ES et EMS sur la circulation d'un virus non pris en charge par le vaccin)

Évènement évitable

- ❖ L'ampleur de l'épidémie aurait probablement pu être réduite

Scénario n° 3

Investigation de signalement d'infections nosocomiales/associées aux soins 2015

Début février, en 6 jours, le médecin coordonnateur d'un EHPAD recense une infection respiratoire chez 13 résidents.

Quelques jours après, des mesures barrières organisationnelles sont mises en place. Les résidents atteints sont mis sous aérosols et traitement antibiotique. Le décès de deux des quatre résidents hospitalisés sera partiellement imputé à cet épisode infectieux. Au total, l'épidémie aura duré 24 jours et aura touché 62 des 115 résidents de l'EHPAD et plus d'une dizaine de soignants.

A 2

ANALYSE

Principaux défauts de soins :

- ❖ Retard à la mise en place des précautions complémentaires gouttelettes
- ❖ Défaut de gestion du masque chez les professionnels symptomatiques

Autres défauts de soins :

- ❖ Absence de TDR et méconnaissance d'utilisation des TDR
- ❖ Méconnaissance du protocole de « gestion d'une épidémie d'IRA » (la définition d'une épidémie d'IRA mentionnée est erronée : 3 cas en 8 jours)
- ❖ Retard d'alerte/de signalement interne (plus de 2 semaines après le début de l'épisode)

Facteurs contributifs :

- ❖ Absence d'évocation de la grippe chez des résidents vaccinés (attention des professionnels focalisée sur l'empoussièrement des locaux lié à la dépose des cloisons en fin de chantier)
- ❖ Vaccin ne prenant pas en compte la souche à l'origine de l'épidémie communautaire (A(H3N2))
- ❖ Mauvaise couverture vaccinale chez les professionnels
- ❖ Défaut d'application du protocole d'aérosolthérapie (délégation du soin aux AS et ASHQ, défaut de gestion des DM)
- ❖ Levée prématuée des PCG et signalétique non exhaustive sur la porte des chambres
- ❖ Bionettoyage quotidien des points de contact non systématique
- ❖ Information des visiteurs tardive et trop peu visible

Défenses existantes :

- ❖ Bonne couverture vaccinale des résidents (95%)
- ❖ Arrêt des activités collectives

Défenses qui auraient pu éviter cet évènement :

- ❖ Mise à disposition de TDR et formation des professionnels à leur utilisation
- ❖ Re-sensibilisation des professionnels aux précautions standard (port du masque si toux) et complémentaires
- ❖ Evaluation de la mise en œuvre des précautions complémentaires
- ❖ Rédaction et diffusion d'un protocole « grippe » institutionnel
- ❖ Sensibilisation au signalement interne et à l'alerte
- ❖ Amélioration de la communication entre médecin coordonnateur, pharmacien et hygiéniste (EHPAD rattachée à un établissement de santé)

Évènement évitable

- ❖ L'ampleur et la gravité de l'épidémie auraient probablement pu être limitées