

# L'analyse de scénario clinique: un nouvel outil de gestion du risque

C Le Niger<sup>1</sup>. S Jourdain<sup>2</sup>. L Daniel<sup>3</sup>.

1. Hémovigilance - 2. ARLIN Bretagne – 3. EOH

XII<sup>e</sup> Congrès National d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle  
LYON 23, 24 et 25 Novembre 2016

# Déclaration de conflits d'intérêts

Je n'ai pas de conflit d'intérêt

# L'analyse de scénario clinique (ASC)

- Décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les EI associés aux soins:
  - ... mettre en œuvre des actions de formation des personnels permettant de développer la culture de sécurité dans l'ES
- Décret du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux:
  - ... obligation individuelle. Le programme doit comporter une des méthodes validées par la HAS ***dont l'ASC.***

# L'analyse de scénario clinique?

- Méthode de gestion des risques *à priori* développée par le CCECQA (Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine)
- Méthode validée par la HAS
- Application à la gestion du risque infectieux développée par le CCLIN Sud ouest et utilisée depuis régulièrement par les CCLIN.

# L'analyse de scénario clinique?

- Démarche effectuée en plusieurs temps:
  - Présentation à une équipe de soins d'un cas anonyme décrivant un incident ou accident réellement survenu dans un autre établissement
  - Réflexion sur ce qu'il s'est passé
  - Questionnement sur la possibilité de survenue d'un tel évènement dans l'unité de soins:
    - principales barrières de sécurité existantes
    - principales défaillances.
  - Propositions d'actions d'amélioration
  - Séance d'1 heure au maximum

# L'analyse de scénario clinique

- Notre objectif:
  - tester cette méthode de gestion du risque *à priori* au risque transfusionnel.
- Intégration de l'ASC dans la journée de formation transfusionnelle validante pour le DPC.

En pratique  
→ 6 étapes

# Etape 1: les animateurs présentent un scénario

- Animation des séances par 2 professionnels: S Jourdain cadre de santé à l'ARLIN Bretagne formée à la méthode et le CH
- Professionnels présents lors de la formation issus d'unités différentes
- Construction du scénario en amont
  - en choisissant un EIR grave survenu ailleurs: accident ABO
  - cas ayant fait l'objet d'une analyse des causes profondes dans l'établissement d'origine



# Etape 1: les animateurs présentent un scénario

Introduction : tour de table / présentation de la méthode

Lecture du scénario



- Mr HORTENSIA Pascal, né le 11/02/1952 est suivi pour un cancer colique métastasé traité par chimiothérapie.
- La dernière numération retrouve un taux d'Hb à 7 g/dl. Le patient est hospitalisé en médecine interne pour transfusion de 2 CGR prescrits par le médecin du service.

La transfusion du 1er CGR est débutée à 12 h. A 12h30, l'état du patient s'aggrave brutalement avec apparition d'un état de choc qui va entrainer le décès du patient malgré les mesures de réanimation mises en place.

-  Le médecin évoque la survenue d'une incompatibilité immunologique ABO transfusionnelle responsable du décès.

## Etape 2 : les professionnels analysent l'évènement survenu **ailleurs**



- Les professionnels émettent des hypothèses sur les causes de l'accident ABO sous forme de remue-méninges
- Répartition des rôles
  - - 1 animateur et 1 secrétaire
- Outil d'aide à l'animation
  - Relevé des échanges sur un paper board



# Etape 3 : les animateurs lisent les résultats de l'analyse des causes faite **ailleurs**

## Principaux défauts de soin :

- mauvaise réalisation et interprétation de l'étape contrôle ultime au lit du malade : contrôle ultime de concordance et contrôle ultime de compatibilité.



## Autres défauts de soin :

- non ou mauvaise vérification de l'identité du patient tout au long de sa prise en charge.
- non vérification de l'identité du patient et de la concordance des documents par le personnel du dépôt de délivrance
- non vérification de l'étape réception

## Facteurs contributifs :

- manque de formation du personnel du dépôt de délivrance
- manque de sensibilisation sur l'importance des règles d'identitovigilance
- défaillance dans la réalisation et l'interprétation du CULM
- manque de formation du personnel IDE
- absence de procédure validée et actualisée des règles de bonnes pratiques transfusionnelles.
- Excès de confiance dans les pratiques des autres personnels
- Banalisation du geste

# Etape 4 : les professionnels évaluent le risque de survenue de cet évènement dans leur unité



- Probable
- Extrêmement improbable
- Rare
- Extrêmement rare

# Etape 5 : les professionnels identifient leurs points forts et leurs défaillances **ici**

- Les professionnels analysent leur propre situation:
  - quelles défenses existent chez nous?
  - quelles sont nos vulnérabilités?
  - que faire pour éviter un tel incident?  
en s'appuyant sur les causes citées précédemment
- Synthèse des échanges faite par 1 animateur



Etape 6 : ils définissent de manière collégiale des actions d'amélioration qui seront réévaluées à distance



# Evaluation de la méthode

- 10 questionnaires de satisfaction analysés sur 23:
- tous sont satisfaits de la séance,
  - jugent la méthode de travail simple,
  - que le groupe émanant de plusieurs unités, richesse pour les échanges

# En conclusion, l'ASC est

- Méthode Simple, Attrayante et Efficiente qui en 1 heure permet aux professionnels d'analyser leurs pratiques, d'identifier leurs défaillances et de proposer des solutions.
- Enjeux
  - Echanges d'information
  - Participation concrète à l'analyse
  - Prise de conscience des EI
- Outil d'évaluation complémentaire
- Méthode applicable à d'autres vigilances
  - Hémovigilance, etc.



- **Remerciements**

- Sylvie Jourdain cadre de santé hygiéniste à l'ARLIN Bretagne
- Lénaïg Daniel, IDE hygiéniste à l'EOH

# Merci pour votre attention

New York

Brest

Saint Pierre et Miquelon

Ouessant