



IDENTIFICATION DES PRELEVEMENTS SANGUINS ANALYSE D'INCIDENT ET AUDIT DES PRATIQUES

Dr Isabelle SALIMBENI

Biologiste

Dr Françoise CARMAGNOL

Biologiste

Dominique TONELLOT

Cadre du Pôle Parents-Femme-Enfant

Danielle GILLI

Cadre du Pôle Médico-Technique

Emmanuelle PARGNY

Cadre référent - Cellule Hémovigilance

Stéphanie VAZILLE

Ingénieur Qualité

Béatrice FINET

Cadre référent identitovigilance

Cette étude s'inscrit dans un plan global d'amélioration, mis en place consécutivement aux erreurs d'étiquetage remontées par l'Etablissement Français du Sang (EFS).

Ces événements indésirables ont donné lieu à un travail commun d'analyse des risques a posteriori (selon la méthode « ALARM ») afin de déterminer ensemble les dispositions nécessaires à la maîtrise des risques liés à cette activité, en collaboration avec la Direction Qualité et en concertation avec le Coordonnateur Régional d'Hémovigilance / ARS PACA.



1. Les faits / Analyse

- Lors du CSTH du 21/01/2010 le cadre de l'EFS signale un incident grave récent (18 janvier) : fait n° 1.
- Deux prélèvements pour une même patiente arrivés en même temps à l'EFS avec 2 préleveurs différents sur les feuilles de prescription.
- Les prélèvements et les documents sont identifiés comme étant ceux d'un nouveau-né de 4 jours et ne réagissent pas comme tel (Simonin positif). De plus, une RAI a été demandée et pas un test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) ...

Le technicien appelle le service

- Le nouveau-né est déjà sorti et n'a pas été prélevé, On ignore qui a été prélevé.

Différentes non conformités

- 2 Prélèvements par la même personne et 2 préleveurs différents identifiés sur la feuille de prescription.
- Les étiquettes ne sont pas vérifiées lors des prélèvements ni la correspondance avec l'identité du patient.
- Etiquetage avant ou après le prélèvement et pas au lit de la patiente ?
- Les étiquettes d'un patient sorti ont été éditées et utilisées sans vérifier.
- La patiente Rh étant Rhésus négatif cela aurait pu provoquer un défaut de prévention de l'allo-immunisation anti-D.



1. Les faits / Analyse (suite)

Après enquête auprès du service

- Il y a un problème informatique régulièrement signalé par le service : passage de l'écran maman à l'écran bébé lors de l'édition des étiquettes. L'erreur aurait, bien sur, due être évitée en vérifiant l'identité sur les étiquettes - Bonnes Pratiques de prélèvements (cf. classeur Hémovigilance).
- Rapidement la patiente est identifiée et des prélèvements conformes effectués.
- 1 seule détermination de groupe sanguin correctement prélevée et identifiée était utile puisque la patiente était déjà connue de l'EFS.
- Par la suite 2 autres incidents sont signalés par l'EFS concernant le même service puis un 4ème en pédiatrie en 4 mois.
- Il est décidé de réaliser une enquête plus poussée puisqu'il ne s'agit plus d'un incident isolé et de mettre en place un plan d'action pour éviter ces presque accidents.
- Les méthodes ALARM et ORION développées en gestion de risques sont des méthodes visant à faire ressortir les facteurs favorisant des dysfonctionnements. Il est décidé d'utiliser la méthode ALARM préconisée par l'AFSSAPS dans ce type d'incident



1. Les faits / Analyse (suite)

Déroulement de la méthode

- Les documents d'analyse systémique d'un évènement ont été renseignés par le personnel d'obstétrique concerné et par le personnel de pédiatrie.
- Le fait n° 1 a été repris et complété.

Les points marquants

- Non application des procédures :
 - - le protocole de sécurité transfusionnelle n'est pas appliqué et les étapes du prélèvement ne sont pas réalisées dans l'ordre chronologique : vérification de l'identité, prélèvement, collage des étiquettes au chevet du patient ;
 - - absence de vérification d'une précédente détermination, même dans un laboratoire privé et tracée sur ERA et connue de l'EFS.
- Dérive de pratiques professionnelles : 2 déterminations lors d'un même prélèvement avec identification de 2 préleveurs
- Contrôles :
 - - absence de contrôle de l'étiquette/ identité patient,
 - - le bon de prescription ne mentionne pas le nom du patient de façon manuscrite.
- Paramétrage de logiciels :
 - - bascule d'écran générant des erreurs d'édition d'étiquettes
- Distinction à faire entre non programmé et urgence : dans le cas précis, la femme n'était pas en travail et ce n'était pas une urgence vitale.



2. Actions correctives et préventives

Cause latente	Action corrective	Effet attendu	Ordre	Pilote(s)	Echéance
INSTITUTION	Diffusion à l'ensemble des unités de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une fiche de contrôle de prélèvement et une feuille d'habilitation transfusionnelle EPP prélèvements sanguins 	Contrôle tout au long du processus Observation des pratiques en regard de la réglementation	1 1	Dr Salimbeni, CHV E Pargny, cadre HV CHV + groupe EPP	06/2010 09/2010
ORGANISATION Défaut de Coordination entre le service et l'EFS	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour de la procédure : Bonnes Pratiques Transfusionnelles Information aux équipes sur les bonnes pratiques transfusionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Recherche d'antériorité immuno- hématologique du patient : appel à l'EFS, recherche dans le dossier Application des bonnes pratiques 	2	Responsable EFS Dr Salimbeni, CHV E Pargny, cadre HV	06/2010 06/2010
TACHES Non respect de la chronologie des tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> Formation aux bonnes pratiques Relecture de la procédure en équipe 	<ul style="list-style-type: none"> Application intégrale des bonnes pratiques Chronologie des tâches respectée : impression des étiquettes, 1 groupage par bilan, contrôle identité 	1	Dr Salimbéni, CHV E Pargny, cadre HV Direction des soins L'encadrement	09/2010



2. Actions correctives et préventives

Cause latente	Action corrective	Effet attendu	Ordre	Pilote(s)	Echéance prévue
ENVIRONNEMENT Problème de Paramétrage informatique Pas de matériel informatique dans la salle Etiquette EFS ≠ étiquette séjour	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle demande de correction informatique Mise en place de DXCARE Installation de matériel informatique dans la salle d'admission 	<ul style="list-style-type: none"> Plus de saut de page intempestif sur l'écran Edition des étiquettes auprès de la patiente 	2	Service Informatique	11/2010 06/2010 Ouverture Nouvel Hôpital
EQUIPE Défaut de perception des risques	<ul style="list-style-type: none"> Intervention de Mme le Dr Salimbéni (CHV) en réunion de pôles, CME, Référents HV, CSTH Intervention Mme Pargny et/ou M Blin Re - sensibilisation de l'équipe à la notion de risque et d'urgence Session de formation à la sécurité transfusionnelle Différencier l'urgence et le non programmé Evaluation des agents 	<ul style="list-style-type: none"> Application de la procédure Connaissance du risque 	1	CHV et l'encadrement Directeur des soins, Cadre HV	01/2010 06/2010 03/2010 09/2010
INDIVIDUS	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle procédure : lecture et émargement systématique de tous les agents concernés 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance des bonnes pratiques et leur application 		Encadrement	2010
PATIENT Confusion sur les notions de non programmé et d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Formation des agents Information ans les différentes instances et groupes concernés 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier l'urgence vraie Différencier l'urgence et le non programmé 	1	CHV et CSTH	2010 06/2010



3. Audit

- Observation directe du prélèvement sanguin et de l'ensachage par les cadres de terrain.
- Pour 25% des personnels préleveurs de chaque service avec un minimum de 1 soignant.
- 2 actes de prélèvements par préleveur (1 prélèvement = 1 acte).
- Tous services confondus, excepté l'HAD.
- Sur 1 semaine du lundi au vendredi du 13 au 17 septembre 2010.
- Avec possibilité d'allonger cette période dans certains cas particuliers (absences...).
- Jour (matin/après-midi) et nuit.
- Prélèvements adressés au Laboratoire de l'Hôpital.



4. Les *résultats* de l'audit

- Le patient décline son identité dans la moitié des cas environ.
- On met encore une fois en évidence le problème de l'identification des patients ne pouvant communiquer en l'absence de bracelets.

Certains patients sont connus du personnel.

- hospitalisé depuis plusieurs jours
- patient chronique connu du service

Les autres moyens d'identification : pancarte au lit du patient, entourage, patient présenté au soignant lors des transmissions (?).

- L'étiquetage des prélèvements se fait dans environ la moitié des cas en dehors de la présence du patient :
 - tubes préparés et étiquetés à l'avance dans la salle de soins (pratique en voie de disparition depuis les différentes campagnes d'information et sensibilisation).
 - tubes étiquetés à la porte de la salle sur le chariot qui ne peut pas pénétrer au chevet des patients (cf. protocole d'hygiène).



5. Discussions

- Des erreurs peuvent aussi se produire avec des patients « connus » depuis plusieurs jours : peu de temps plus tard on a eu inversion entre les deux patients de la même chambre. Ce sont des pratiques dangereuses qui sont connues et signalées depuis longtemps.
- Certains services utilisaient des bracelets : la Pédiatrie et le Bloc (il s'agit d'une obligation réglementaire) au moment des incidents et certains services avaient une réflexion au sujet de l'utilisation des bracelets, la réanimation, la cardiologie et l'endoscopie notamment.
- Au total deux points saillants : l'étiquetage des prélèvements et l'identification du patient.
- La cellule d'Identito-vigilance a commencé à se mettre en place début 2010 et n'était pas encore complètement opérationnelle
- L'utilisation des bracelets se faisait sans politique commune dans les services.
- Les bracelets sont les mêmes que ceux utilisés pour les patients décédés ?
- Le logiciel informatique d'identité a été changé et on n'observe plus ce phénomène de bascule d'écran.
- D'autres incidents ont été constatés lors des transferts de patients en endoscopie ou en radiologie.



6. Propositions d'action

- Tournée d'information dans tous les services de soins par la correspondante de l'hémovigilance et le cadre référent en décembre 2010
- Mise à disposition de matériel informatique dans la salle d'admission de la maternité : 2011 intégration des nouveaux locaux de l'hôpital
- Implication de la cellule d'identitovigilance : amélioration de l'identification administrative et clinique sur 2 ans 2011-2012 avec généralisation des bracelets d'identification en mai 2012.
- Différentes évaluation sont prévues : amélioration des pratiques lors des prélèvements, utilisation des bracelets d'identification.
- Une évaluation est en cours de dépouillement concernant l'acte transfusionnel de la réception des PSL dans le service à la pose de la transfusion.



7. Conclusion

- Ces incidents répétés ont permis :
 - de réactiver la cellule d'identitovigilance
 - d'accélérer la mise en place différentes actions pour améliorer l'identification des patients lors des soins dans notre établissement et pas uniquement dans le cadre de la transfusion.
- Ces actions ont permis de satisfaire aux critères de certification de l'établissement (V2010) visite en septembre 2012 : cotation B