LA VISITE DE RISQUE :
Une démarche qualité au « cœur » de l'unité

Marie-C. DUBOIS Infirmière à la Coordination des Vigilances du CHU de Bordeaux
& Unité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

SFVTT LYON 2016

- *Je n'ai pas de conflit d'intérêt*

Un outil en développement

En 2012, 1ière Visite De Risque (**VDR**) en réanimation médicale

- Elaboration d'outils ;
  - 6 fiches descriptives des étapes du processus : information du patient, prélèvement …
  - 5 questionnaires pour mener des entretiens : avec IDE, IDE référent en hémovigilance, aide soignant, cadre et médecin
  - 2 fiches d'observation du service (rangement des documents, affichage des numéros de téléphone …), du dossier
  - Une fiche sur la conduite à tenir par l'observateur
- Diaporama pour présenter un retour en réunion d'équipe
- Difficulté à finaliser le projet

VDR en Hématologie clinique 2015

Pourquoi cette démarche dans ce secteur ?

Survenue d'évènements indésirables :

- Lors de prélèvements EIH
- Lors d'administration de produits sanguins labiles ►erreur de patient, erreur de qualification …
- Volume de transfusion important : 8000 PSL / an

Mise en place d'un programme Développement Professionnel Continu (DPC)

- Formation par e-Learning
- Evaluation avec la Visite De Risque (VDR)

OBJECTIF de LA VDR

► **évaluer les pratiques suite à une formation *validante***

3 secteurs concernés : Secteur stérile, Service d'hospitalisation conventionnelle et Hôpital de jour

Méthodes/Moyens mis en place

- Reprise des documents créés pour la 1ière VDR
- 3 Observateurs sur 2 semaines : un médecin, une cadre de santé et une IDE
- Observation en juin 2015
- Temps d'observation ►54 heures
- Créneau horaire d'observation de 4h à 23h

Description détaillée de la bonne pratique

Etiquette

Fiche 5

PRÉPARATION DE L'ACTE ET VÉRIFICATIONS ULTIMES PRE TRANSFUSIONNELLES

Date :
Observateur :
Service :

ACTIONS	OBSERVATION du parcours patient
Vérifier les conditions réglementaires	
S'assurer qu'un médecin puisse intervenir à tout moment	
S'assurer d'avoir les documents nécessaires à la transfusion : - une prescription médicale conforme - les 2déterminations de groupes La RAI valide si c'est une transfusion de CGR	
Préparation du matériel	
Préparer le matériel nécessaire et spécifique à la pose de la transfusion	
Vérifier la conformité du matériel préparé (intégrité des emballages, dates de péremption…)	
Information du patient	
Vérifier que le patient a été informé de la transfusion (auprès du patient et sur le dossier transfusionnel)	
Réaliser un contrôle ultime de concordance au lit du patient	
Vérifier le produit (date de péremption, L'aspect L'intégrité de la poche)	
Contrôler les conditions et le délai de conservation des PSL (T° ambiante < 6h)	
Faire décliner son identité au patient et/ou vérifier l'identité notée sur le bracelet d'identification	
Vérifier la stricte concordance de l'identité déclinée avec celle notée sur tous les documents (ordonnance, BD, résultats EIH, +/-étiquette accrochée à la poche, dossier transfusionnel, étiquettes administratives)	
Vérifier la concordance du numéro de don entre le BD et le PSL +/-étiquette accrochée à la poche	

Prise de notes

Recueil des données/Analyse

1. Prise de notes : ATTENTION particulière aux **contraintes**/aux **adaptations** des soignants

2. Echanges avec les professionnels uniquement à leur demande **pas d'intervention** spontanée de l'observateur)

3. **Entretiens** sur rendez-vous uniquement (réellement fait aide soignant, IDE et référent en hémovigilance)

4. En fin de journée **classement des informations**

5. En fin de période d'observation **regroupement des données** des 3 observateurs

Retour aux équipes

Retour personnalisé à chaque unité (secteur stérile/service d'hospitalisation conventionnel le/ Hôpital de jour)

- Sous la forme d'un **diaporama à l'automne 2015**
- Présentation des **étapes clés** du processus
- Mise en évidence des **points forts** et des **points à améliorer**

Discussion sur les points à améliorer

► Discussion équipes hémovigilance / soignant : **propositions d'amélioration en tenant compte des contraintes IDE et de la charge de travail.**

Exemple du contrôle de **concordance à réception** et **contrôle de concordance ultime** à répéter ►**privilégier le contrôle pré-transfusionnel immédiat**

Retour aux équipes

Etapes du processus observées / Risques / Barrières de sécurité

EXAMEN IMMUNO-HEMATOLOGIQUE	RECEPTION DES PSL	CONTRÔLE ULTIME PRE-TRANSFUSIONNEL	ADMINISTRATION
Attribution d'un résultat de groupe/RAI à un mauvais patient	Réception d'un PSL non conforme	Administration du mauvais produit au mauvais patient	Effet indésirable
Contrôle identité lors des prélèvements	Contrôle à réception	Contrôle ultime unité de lieu de temps et d'individu	Surveillance du patient

Mise en place des actions

Au printemps 2016 :

- Les actions évoquées lors des réunions en équipe ne sont pas effectives
- Rédaction d'un **compte rendu complet** regroupant :
  - les observations
  - les entretiens
  - un **plan d'action** à compléter avec le cadre de santé
    - actions à mettre en place
    - dates de réévaluation
    - mode de réévaluation

Plan d'action :

- Secteur stérile : action ciblée sur le **contrôle de concordance**
- Hospitalisation conventionnelle : actions sur **l'ensemble des points à améliorer** (élaboration d'un document remis à chaque IDE et signature de l'IDE)
- HDJ changement de cadre ► **report des actions**

Bilan de cette méthode

Points négatifs	Points positifs
Temps d'investissement	Focus sur l'**organisation** permettant de revoir les discours
Les **horaires de présence contraignants**	**Vérification de la réelle mise en place des barrières** (approche des soignants parfois différentes de l'hémovigilance)
Délai très long entre le temps d'observation et la restitution	**Richesse des rencontres**
Difficulté à mettre en place les actions (critère retrouvé dans de nombreuses démarches qualités)	Probablement méthode efficace si c'est une demande d'un service qui **transfuse beaucoup**

Le facteur prioritaire : la **volonté du service à s'engager dans cette démarche qualité**.

La VDR permet une meilleure compréhension entre les hémovigilants et les soignants.

Merci pour votre écoute !

mail: marie-chantal.dubois@chu-bordeaux.fr