

Hémovigilance

Analyse d'un évènement indésirable de la chaîne transfusionnelle

P. Roussel (INTS), C. Trophilme (AP-HP)
Avec l'aimable contribution de B. Kerob-Bauchet (Fort de France)
Congrès AFGRIS, 15/10/10

1. Un incident évité de justesse. Les faits.

- Le 28/04/09 à 8h45, un incident de grade 0 est constaté et déclaré par un service de soins intensifs.
- Un CGR de groupe A+ a été posé par l'IDE à un patient de groupe B+ en CIVD, polytraumatisé, polytransfusé.
- La transfusion est immédiatement arrêtée par l'interne alerté par la couleur de la tubulure par rapport à la prescription.
- Pas de conséquence clinique, ni biologique pour le patient.
- Le CGR A+ était destiné au patient A+ de la chambre voisine alors que le patient B+ ne devait recevoir que des plaquettes et des plasmas.
- Les réceptions des 2 containers ont été faites au même moment lors du changement d'équipe.
- La vérification d'identité n'a pas été faite sur le patient inconscient.
- Le contrôle ultime de compatibilité ABO était douteux.

1. Un incident évité de justesse. Les actions menées

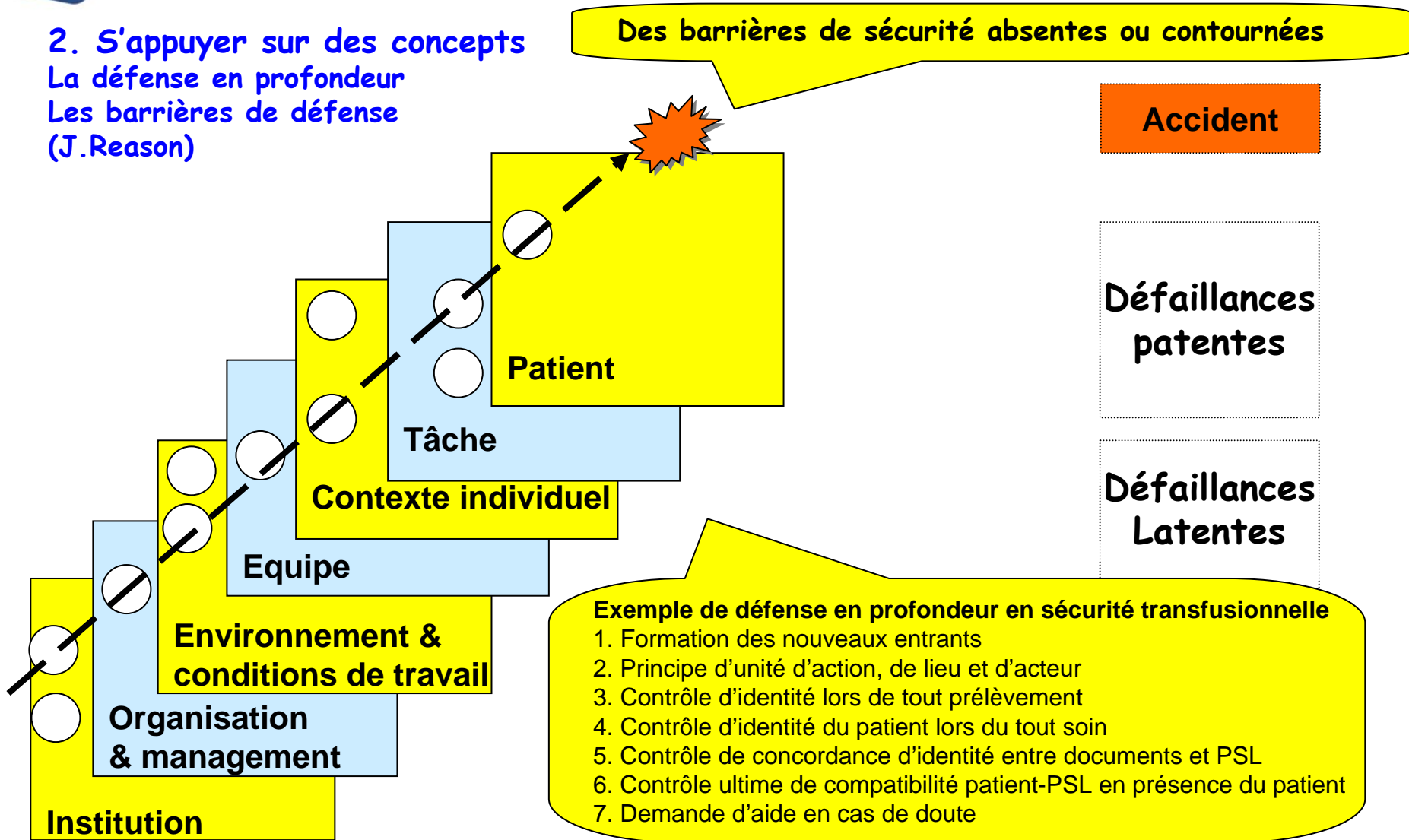
Temps 1 : Actions immédiates

- Appel de la correspondante d'hémovigilance
- Intervention immédiate de la correspondante d'hémovigilance
- Enquête puis débriefing avec toute l'équipe
- Déclaration de l'incident sur le réseau @FIT et information du CRH
- Signalement auprès de l'ingénieur gestionnaire des risques
- Information des instances de l'établissement
- Information de la famille du patient
- Reformation de l'IDE seule puis avec l'équipe
- Exercices de contrôle ultime de compatibilité ABO avec l'équipe

Temps 2 : Analyse de l'évènement à la recherche des causes immédiates et racines

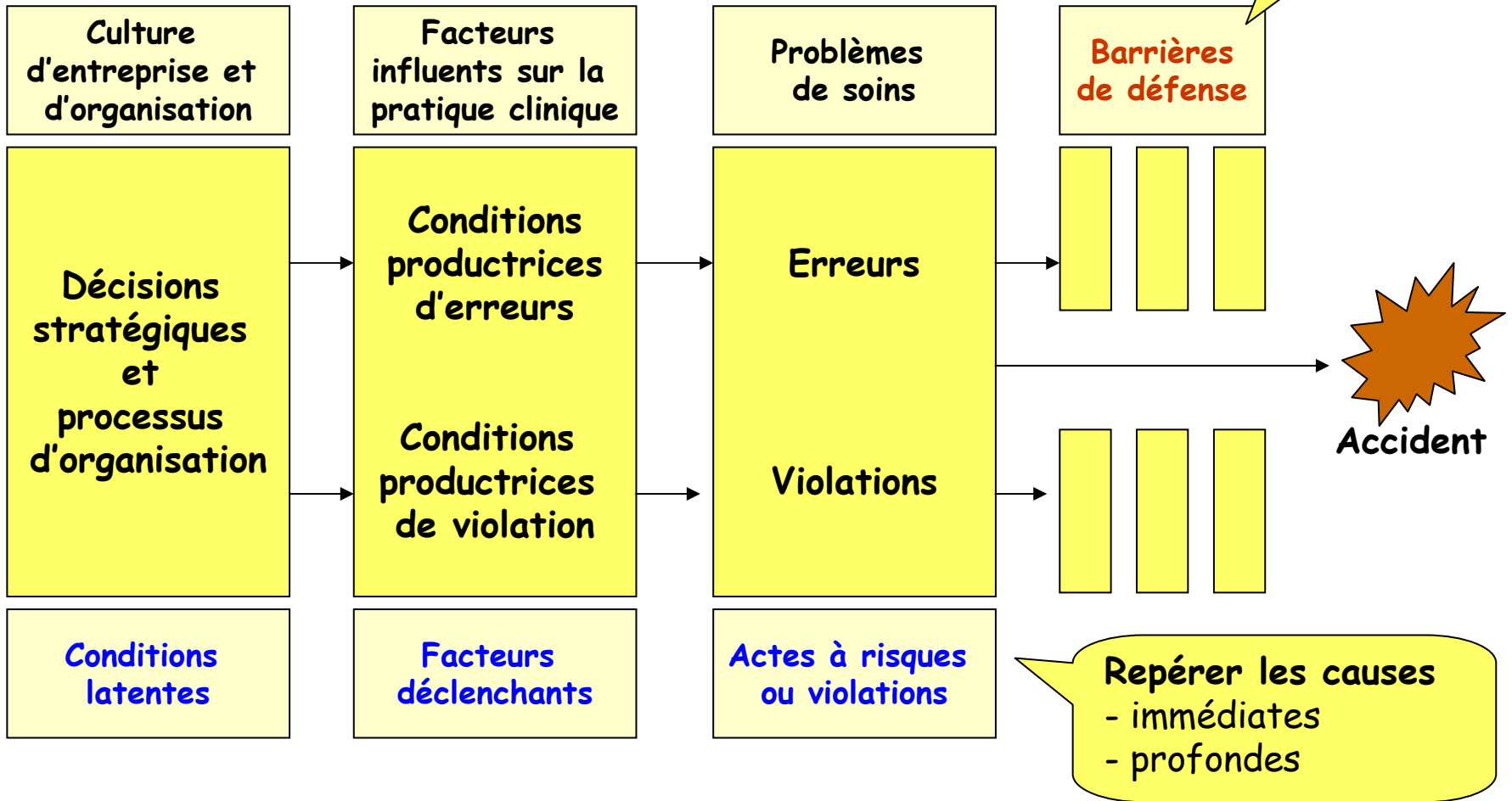
Utilisation de 2 méthodes (ALARM et arbre des causes)

2. S'appuyer sur des concepts
 La défense en profondeur
 Les barrières de défense
 (J.Reason)



2. S'appuyer sur des concepts

Causes organisationnelles d'accidents (J.Reason)



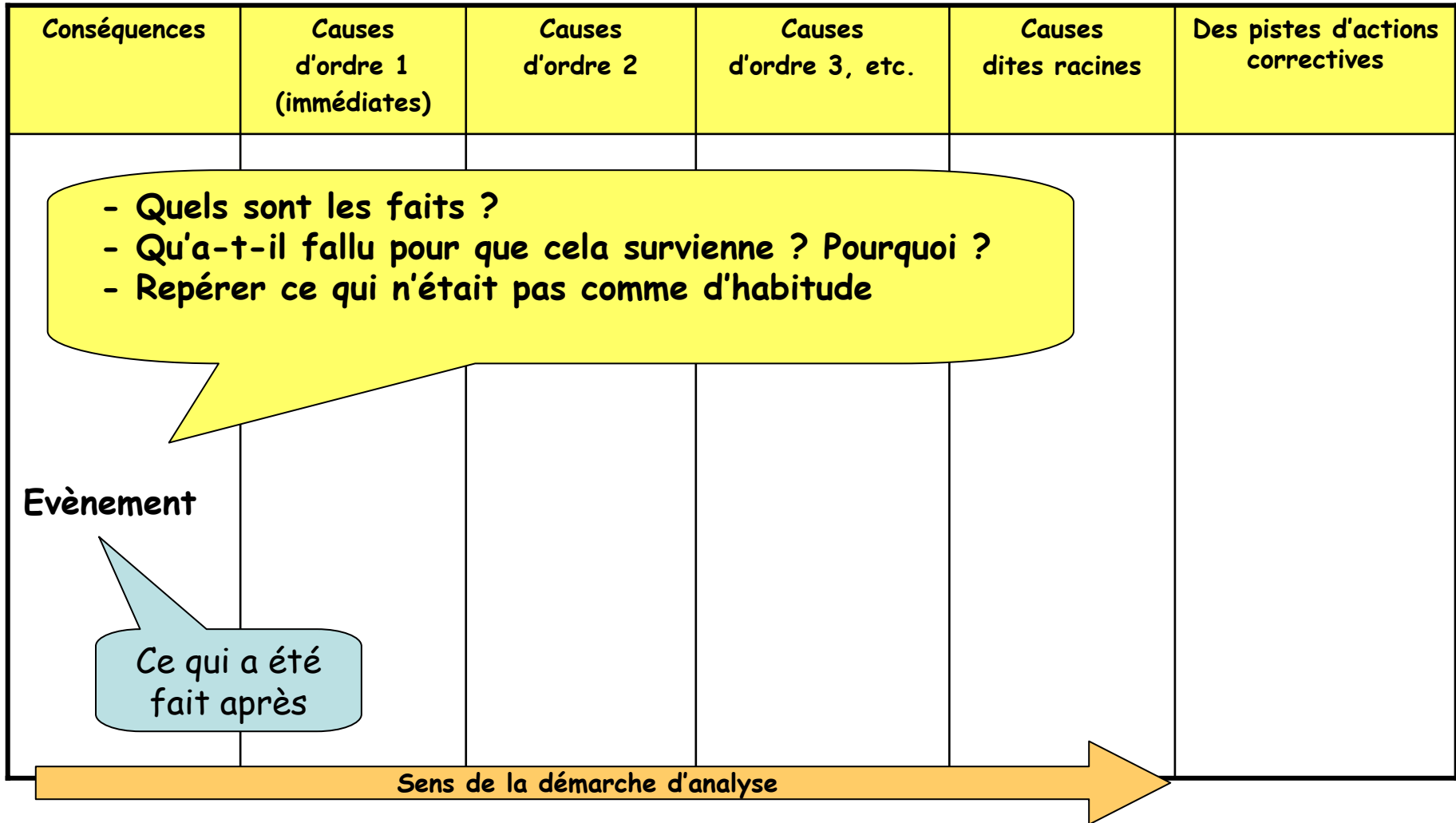
3. S'appuyer sur des méthodes validées pour l'analyse d'un évènement indésirable grave ou intermédiaire (organisation générale de la démarche)

- Faire l'enquête au bon moment, au mieux de façon **collective**
- Collecter les **faits objectifs** précis sur la base du **processus** (avant et après l'évènement)
- Décomposer la situation dans ses divers éléments (tâches, personnes, milieu, matériel, etc.)
- Rechercher en priorité les **variations** (5 « pourquoi »)
- **Analyser les données** et repérer les **barrières de sécurité** manquantes ou violées
- Ordonner les résultats de l'analyse
- Identifier et hiérarchiser les **propositions d'actions** correctives et préventives, puis les **modalités de suivi des résultats**
- Définir le **plan d'action** avec les responsables concernés
- Veiller à la **restitution collective des résultats**
- Garder la **mémoire**

3. S'appuyer sur des méthodes validées pour l'analyse d'un évènement indésirable (analyse systémique via questionnaire HV Afssaps de type ALARM / principe)

Etape 1 : L'évènement					
quoi, quand, où, qui est impliqué, qui a détecté, ce qui a été fait d'emblée, qualification du problème					
Etape 2 : Les défaillances actives ou immédiates ou défauts de soins ? (liste de questions)					
Etape 3 : Pourquoi cela est-il arrivé ? (causes latentes systémiques)					
1. Facteurs liés au patient		6 questions		Evitabilité ?	
2. Facteurs liés aux individus		8 questions		Evitabilité ?	
3. Facteurs au fonctionnement de l'équipe		7 questions		Evitabilité ?	
4. Facteurs liés aux tâches à accomplir		11 questions		Evitabilité ?	
5. Facteurs liés aux conditions l'environnement (matériel, condts de travail)		9 questions		Evitabilité ?	
6. Facteurs liés à l'organisation		9 questions		Evitabilité ?	
7. Facteurs liés au contexte institutionnel		8 questions		Evitabilité ?	
Etape 4 : Barrières de défense		Prévues		A prévoir	
Etape 5 : Actions correctives et préventives					
Cause latente 1,2,3,4,5,6,7	Action corrective	Effet attendu	Ordre de priorité	Pilote	Échéance prévue
Etape 6 : Enseignements ? (retour d'expérience)					
Fiche de retour d'expérience					

3. S'appuyer sur des méthodes validées pour l'analyse d'un évènement indésirable (arbre des causes / principe)



3. S'appuyer sur des méthodes validées pour l'analyse d'un évènement indésirable (arbre des causes)

Conséquences	Causes immédiates	Causes d'ordre 2	Causes d'ordre 3, etc.	Causes dites racines	Des pistes d'actions correctives
<p>Transfusion inappropriée (incompatibilité ABO)</p> <p>Une récupération de bonne qualité</p>	<p>Erreurs humaines (non respect de la procédure de réception de PSL)</p> <p>Erreur d'attribution,</p> <p>Contrôle ultime mal effectué</p>	<p>Réception simultanée de 2 commandes de PSL non remises en mains propres à l'IDE de nuit. Dépôt des 2 containers devant la chambre de A sans réception</p> <p>Transmission incomplète lors du changement d'équipe</p> <p>Absence vérification d'identité</p> <p>Absence de formation systématique après recrutement de IDE de jour</p> <p>Abandon du malade pour répondre à une alarme en chambre voisine (sans assurer le relais)</p> <p>Charge de travail sous estimée (3 patients lourds + tutorat d'une élève en formation)</p>	<p>Absence d'équipement informatique d'hémovigilance pour la réception de PSL dans les services de soins</p> <p>Absence de consignes écrites en cas de livraisons simultanées dans un même service</p> <p>Quid des modalités de transmission prévues VOIR</p> <p>Signalement non exhaustif des nouveaux entrants auprès du Corresp HV</p> <p>Inégale présence aux formations organisées pour les nouveaux entrants</p> <p>Organisation du tutorat non formalisée (critères à voir)</p>	<p>Projet d'informatisation des services datant de 6 ans (3 services équipés)</p> <p>Absence de politique d'établissement formalisée relative à l'identification (bracelets dans qq unités)</p> <p>Gestion des nouveaux entrants relevant de plusieurs directions (DST, Université, DAM)</p> <p>Pénurie de personnel soignant rendant les présence aléatoires lors des formations</p> <p>Critères d'affectation des personnels médicaux dans les services ?</p> <p>Carte de GS absente (gardée par ETS ou transmise mais non conservée dans dossier patient)</p> <p>Rangement aléatoire des dossiers</p>	<p>Un patient traumatisé après chute au sein de l'ES</p>

3. S'appuyer sur des méthodes validées pour l'analyse d'un évènement indésirable (arbre des causes)

Conséquences	Causes immédiates	Causes d'ordre 2	Causes d'ordre 3, etc.	Causes dites racines	Des pistes d'actions correctives
<p>Transfusion inappropriée (incompatibilité ABO)</p>	<p>Erreurs humaines (non respect de la procédure de réception de PSL, erreur d'attribution, contrôle ultime mgl effectué)</p>	<p>Réception simultanée de 2 commandes de PSL non remises en mains propres à l'IDE de nuit. Dépôt des 2 containers devant la chambre de A sans réception</p> <p>Transmission incomplète lors du changement d'équipe</p> <p>Absence vérification d'identité</p> <p>Absence de formation systématique après recrutement de IDE de jour</p> <p>Abandon du malade pour répondre à une alarme en chambre voisine (sans assurer le relais)</p> <p>Charge de travail sous estimée (3 patients lourds + tutorat d'un élève en formation)</p>	<p>Absence d'équipement informatique d'hémovigilance pour la réception de PSL dans les services de soins</p> <p>Absence de consignes écrites en cas de livraisons simultanées dans un même service</p> <p>Quid des modalités de transmission prévues VOIR</p> <p>Signalement non exhaustif des nouveaux entrants auprès du Corresp HV</p> <p>Inégale présence aux formations organisées pour les nouveaux entrants</p> <p>Organisation du tutorat non formalisée (critères à voir)</p>	<p>Projet d'informatisation des services datant de 6 ans (3 services équipés)</p> <p>Absence de politique d'établissement formalisée relative à l'identification (bracelets dans qq unités)</p> <p>Gestion des nouveaux entrants relevant de plusieurs directions (DST, Université, DAM)</p> <p>Pénurie de personnel soignant rendant les présence aléatoires lors des formations</p> <p>Critères d'affectation des personnels médicaux dans les services ?</p> <p>Carte de GS absente (gardée par ETS ou transmise mais non conservée dans dossier patient)</p> <p>Rangement aléatoire des dossiers</p>	<p>Un patient traumatisé après chute au sein de l'ES (urgences?)</p>

4. Elaboration du plan d'action

Temps 1. Analyse de l'évènement indésirable		Temps 2. Identification des actions correctives et préventives				Temps 3. Identification des éléments de suivi
Typologie de facteurs	Causes identifiés	Action envisagée	Intérêts	Limites	Choix	
1. Liés au patient						
2. Liés au contexte individuel (personnel)						
3. Liés aux tâches à accomplir						
4. Liés à l'équipe						
5. Liés à l'environnement et aux conditions de travail						
6. Liés à l'organisation						
7. Liés au contexte institutionnel						

5. **Mémoriser** (fiche « repérage + REX + plan d'action + suivi + clôture »)

A. Identification du cas		Secteur	Identifiant	
B. Repérage du cas				
Critères d'inclusion	Niv. 0	Effet négligeable sur la réalisation de la mission		
	Niv. 1	Impact sur la performance de la mission (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)		
	Niv. 2	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée)		
	EIG de gravité 2 à 4	Niv. 3	Impact réversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement	
		Niv. 4	Impact irréversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement	
Anamnèse de l'évènement	Quel est l'évènement, le dommage et la conséquence ?			
	Quels étaient les facteurs de risque pour les patients ? Néant			
	Quelle est la chaîne des évènements ayant menée à l'EIG ? . Arbre des causes réalisé avec le soutien de la cellule Qualité-Gestion des risques			

C. Causes retrouvées

EV : évitable

NE : non évitable

Causes immédiates		EV	NEV
C1	Liées à un produit de santé		
C2	Liées à une procédure de soins (intervention, acte de soins) C2-1 C2-2 C2-3	X X X	
C3	Liées à une erreur humaine (Les personnes ont-elles faites ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ?) C3-1 C3-2 C3-3	X X X	
C4	Liées à la supervision :		
Causes profondes			
C5	Liées à l'organisation des activités (Les responsabilités étaient-elles explicitement définies ?) C5-1 C5-2 C5-3	X X X	
C6	Liées à la communication entre professionnels, entre services, entre professionnels et patient ou son entourage		
C7	Liées à la composition des équipes de soins : adéquation en nombre et en compétences ? C7-1	X	
C8	Liées aux locaux, équipements, fournitures et produits de santé : étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue des évènements indésirables ? C8-1	X	
C9	Liées à un défaut de culture qualité ou sécurité : C9-1 C9-2 C9-3 C9-3	X X X X	
C10	Liées à la gestion des ressources humaines :		
C11	Liées à un défaut dans la politique de l'établissement :		

D. Modalités de la récupération ?

D'identification ? De diagnostic ? De traitement ?

E. Enseignements

Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elles été tirées pour éviter le renouvellement de l'évènement

F. Propositions d'actions

S : pour supprimer le risque M : pour Maîtriser les conséquences

Barrières (n°)	S/M	Actions de consolidation
1		
2		
3		
4		
5		
6		Etc.

G. Indicateur de suivi des actions / Tout élément permettant de vérifier la mise en œuvre effective des actions décidées

Barrières (n°)	Actions de consolidation
1	
2	
3	
4	
5	
6	Etc.

H. Clôture du cas

6. Organiser la gestion des évènements indésirables de la chaîne de soins

1. Apprendre de ses erreurs (concepts de REX et d'organisation apprenante)
2. Répondre aux attentes de la société
3. Disposer d'un cadre institutionnel de gestion des risques pour répondre :
 - . aux exigences de manuel de certification V2010 (critère 8.f / PEP)
 - . aux exigences de loi HPST et des évolutions réglementaires en cours (décrets 2010, circulaire GDR 2011)
 - . aux actions d'accompagnement (guide HAS, formation, appui)
4. Disposer d'un système de repérage et d'alerte (culture de notification)
5. Disposer d'un cadre conceptuel et méthodologique partagé pour le traitement et le suivi
6. Travailler conjointement référent pour un risque + gestionnaire des risques
7. Tenir bon sur l'ensemble de la démarche
8. Capitaliser pour améliorer le dispositif

7. En conclusion provisoire : Approche comparée des deux méthodes

	Intérêt	Limites	
Méthode ALARM Et questionnaires dérivés (ENEIS, Affsaps, HAS, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> . Approche systémique . Réponse aux attentes de la V2010 . Intuitive (plus vite accessible) . Utilisable dans le cadre d'une RMM 	<ul style="list-style-type: none"> . Implique une approche non culpabilisante de l'erreur . Oublier le questionnement systématique et dériver vers la check liste approximative 	Méthode de 1 ^{ère} intention (initiation)
Arbre des causes	<ul style="list-style-type: none"> . Approche systémique . Réponse aux attentes de la V2010 . Investigation structuré des relations effet-cause(s) . Quelques acquis en ES (via les CHSCT) 	<ul style="list-style-type: none"> . Implique une approche non culpabilisante de l'erreur . Nécessite une compétence locale (formation) . Nécessite un temps de réalisation (à distance d'une réunion de type RMM) 	Méthode de 2 ^{ème} intention (confirmation)