

Identito-vigilance en transfusion sanguine Maîtrise du risque

Février 2012

Docteur Martine MACHEBOEUF CHU NIMES

Gestion des risques en transfusion

- **RISQUES A PRIORI**

- **Analyse du processus transfusionnel** : identifier les défaillances potentielles , conséquences et causes —————> zones à risque
Barrières de sécurité : prévention, récupération , atténuation

- **Cartographie des Risques** : hiérarchisés selon leur criticité (Fréquence, gravité , détectabilité)

- **Analyse préliminaires des risques**

Sur les étapes **prioritaires identifiées** : actions simples de maîtrise du risque avec cotation de l'effort et criticité résiduelle

- **RISQUES A POSTERIORI**

Analyse des causes racines

RMM



Hôpital = un système très complexe... et très performant

- Nombreuses activités
- Patients : tous différents
- Rythmes : non maîtrisables
- Vulnérabilités techniques et technologiques croissantes
- Renouvellement des acteurs , turn over important du personnel soignant
- performance +++ modalités de financement (T2A)

Un risque qui demeure très élevé dans l'absolu



**Utilisation clinique des PSL
OAP et identitovigilance**

**Anesthésie ASA 1-2
Radiothérapie**

Transfusion sanguine: PSL

**Chirurgie
Urgences**

Risque médical

**Alpinisme
himalayen**

Pêche artisanale

Vols charters

Aviation Civile

Sécurité routière

Rail (France)

de systèmes
rès ce point

**Activités ULM
Agricole**

Industrie chimique

Industrie Nucléaire

Très peu sûr

Extrêmement sûr





Des risques d'erreur d'identité à toutes les étapes

- un problème d'Identitovigilance est à la base de la majorité des incidents graves de la chaîne transfusionnelle
- **Étapes à risque :**
 - admission du patient , étiquettes
 - Prescription bilan ou PSL
 - Groupage: prélèvement
 - Délivrance , transport ,réception
 - Acte transfusionnel



Des risques d'erreur d'identité à toutes les étapes

Incidents graves déclarés en 2010 : 460 FIG

- **Les étapes défailtantes:**

Identification :	118 →	25,7 %
Contrôle de concordance :	82 →	17,8 %
Prélèvement :	65	
Délivrance EFS :	56	
Réception :	45	
Contrôle d' agglutination :	13	
surveillance	11	

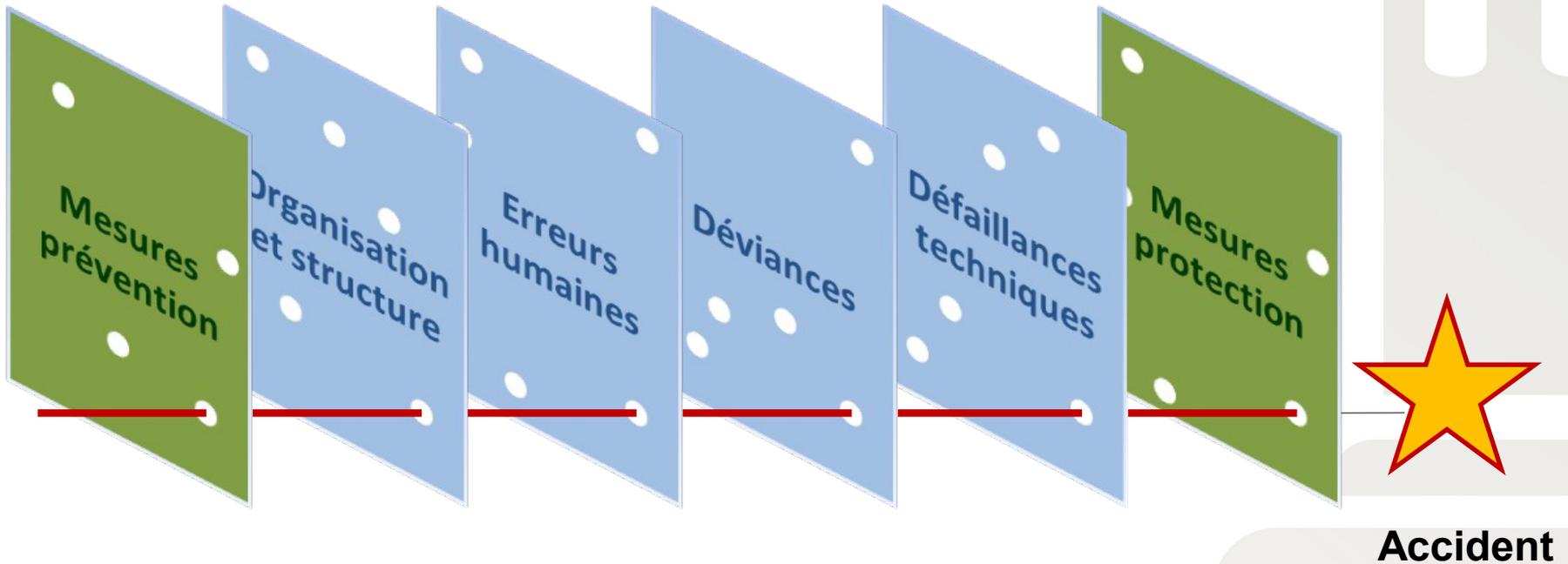
- **Nécessité de mesures de prévention simples et efficaces à chaque étapes**

Admission du patient

- ☛ Un patient **A**
L'AS se rend au Bureau des Entrées (**absence de documents**) 
- ☛ L'agent du Bureau des Entrées recherche le patient dans le logiciel
2 patients s'affichent **A et B** nom prénom identiques → **choix de la première ligne au hasard (patient B)** 
- ☛ Le lendemain RAI : **tube étiqueté (étiquettes B) sans vérification d'identité et date de naissance** 
- ☛ prescription de PSL: **pas de vérification de l'étiquette (B)** 
- ☛ L'EFS délivre **un duplicata de groupe (étiquette patient B)**
- ☛ **réception des PSL: les contrôles identifient que tous les documents sont concordants.**
- ☛ **contrôle ultime au lit du patient, l'IDE fait reformuler au patient son nom, prénom ET sa date de naissance → CONSTAT DE L'ERREUR**



Diagramme de Reason commenté



- Multiples acteurs mis en cause, tous les filtres de sécurisation de l'identité ont sauté sauf le contrôle ultime!!

Constat d'erreur d'identification de Mr A avant acte transfusionnel

Contrôle ultime IDE discordant à lecture de l'étiquette par le patient

CGR délivrés par l'EFS dans le service sont destinés à un autre patient que Mr A: Mr B

CGR sont préparés par l'EFS pour Mr B

CGR prescrits par le médecin pour Mr A avec l'étiquette de Mr B

Les étiquettes éditées pour le séjour de Mr A correspondent à l'identité de Mr B

L'agent d'admission assiste en ce flant à ce mémoire les données administratives de Mr B au séjour de Mr A

le logiciel de gestion administratif propose une liste de correspondances d'identités à l'agent des admissions

Mr A est un homonyme de Mr B
Mr B est également hospitalisé dans le CHU

L'AS du service s'est rendu aux admissions du SAU sans les antennes étiquettes permettant d'avoir tous les traits d'identités

L'AS du service est déjà venue peu de temps auparavant pour faire changer une 1ère fois le séjour administratif de Mr A aux urgences

Mr A, Patient hospitalisé en SSR nécessitant un passage au bloc opératoire avec changement de type de séjour en début de soirée
Permanence d'admission en horaires de nuit assurée par l'agent d'admission des urgences en dehors des horaires d'ouverture des admissions centrales

les étiquettes patients ont été mal collées une première fois (Changement d'UF mais pas de séjour (MCO->SSR))

Pas de vérification de la concordance des données administratives d'identité pendant le séjour de Mr A (date de naissance)

Le patient est bien connu du service pour y être déjà venu

Mr A a des difficultés pour s'exprimer et est d'apparence très handicapé mais est capable de répondre

Pas de vérification complète de concordance initiale par l'IDE étiquettes - identité patient (dont date de naissance)

IDE a déjà réalisé une vérification de concordance

Une première série d'étiquettes non conformes a été identifiée et l'AS est retourné faire faire la correction aux admissions des urgences

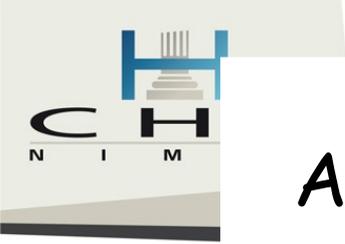
Le Médecin vérifie partiellement la concordance entre l'identité du patient et l'étiquette

Mr B est déjà connu dans la base de données de l'EFS

Le Contrôle de concordance à réception des poches de MB par "checklist" est normal

EFS édite un duplicata de groupage au nom de Mr B

Le dossier transfusionnel de Mr A a été perdu dans un autre service

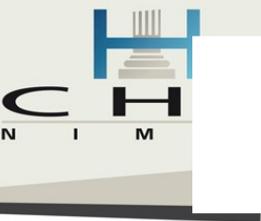


Admission du patient : actions correctives

- En moyenne **250 erreurs identifiées** par mois CHU de Nîmes : soit 1,2%
- **comité de gestion de l'identité (CGI)** : politique entérinée par la Direction et les instances de l'établissement
- **Cellule d'Identitovigilance (CIV): pluridisciplinaire**
- **procédures de gestion de l'identité et de bonnes pratiques**
 - **Mesures simples**
- **Charte d'écriture identique** à l' EFS : pas de tiret virgule, accent ... Nom de naissance obligatoire

Recherche par date de naissance et trois 1^{ère} lettre prénom
baisse des doublons ++++

- Des logiciels pour détecter les doublons ELUCID et CURSUS



Admission du patient : actions correctives

- **charte de l'identification des patients**

formation personnel des admissions : bonne identité dès la première saisie

- **Campagne de communication**

- À destination des **patients** : affiche hémovigilance aux bureaux des entrées

Livret d'accueil patient

- **Sensibilisation du personnel** à l'identitovigilance:

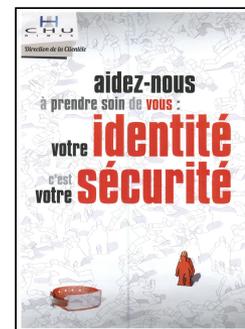
- stand, presse, Internet, Intranet, intervention journalière accueil nouveau arrivant



- **Une campagne d'audit des pratiques**

- projet de Bracelet pour tous **les patients hospitalisés** en MCO, SRR (hors psychiatrie)

Objectifs



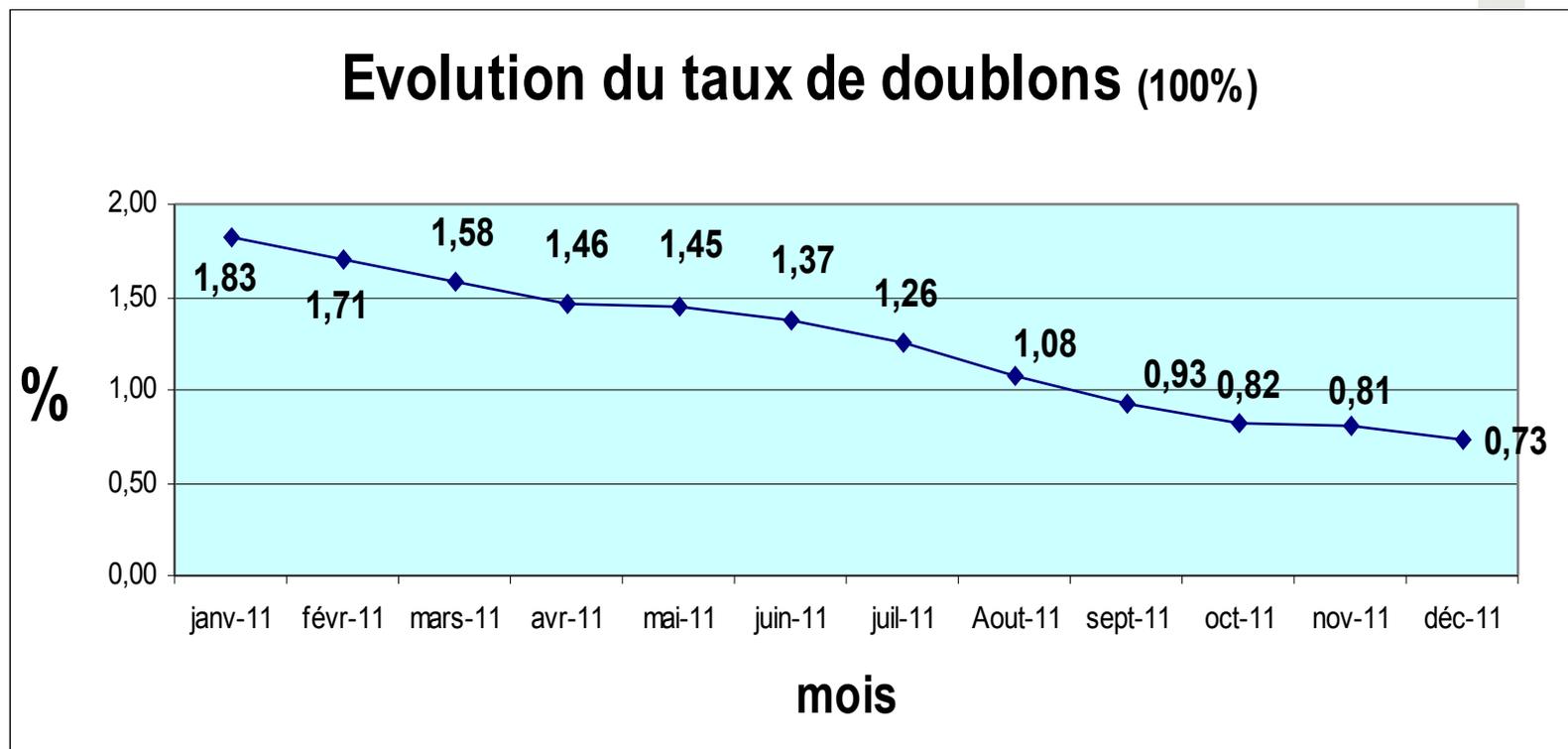
- V2007 Répondre à la recommandation « une identité fiable et unique du patient est assuré »
- **V2010 Pratique Exigible Prioritaire (PEP)**
 - **identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**

A chaque patient → la bonne identité → le bon soin



Identito-vigilance

EVOLUTION DU TAUX DE DOUBLONS



Défaillance prélèvement de groupage

2008 +2009 +2011

- **Les FIG : 5** en 2008 + **1** en 2009 : maternité
2 FIG en 2011 : urgence , gériatrie
- **Signalement par EFS résultat groupage discordant / antécédent**

Les dysfonctionnements

Identité patient non contrôlée

Un seul prélèvement pour Deux déterminations

Erreur de patient

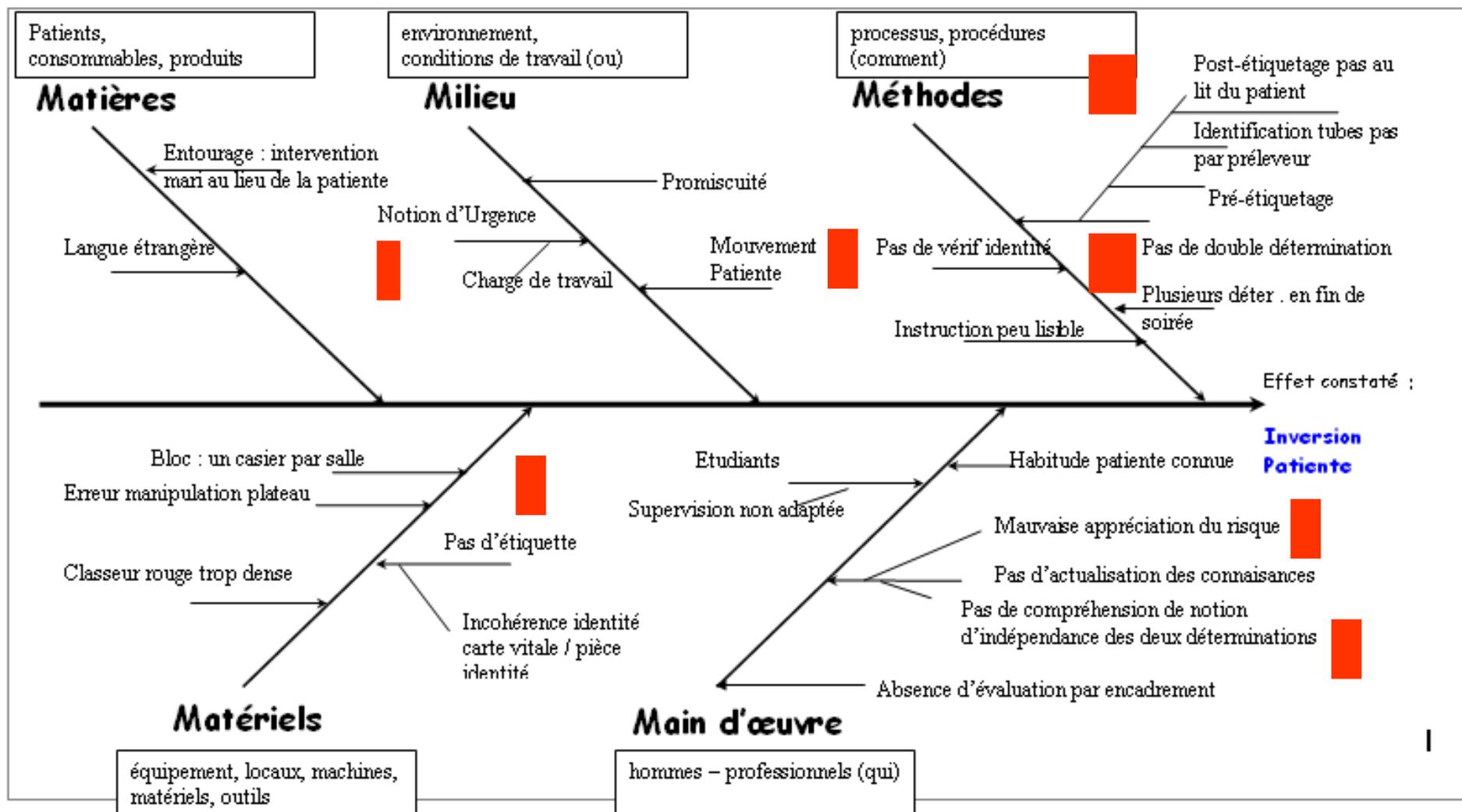
Mesure correctives simples aux urgences

une seule détermination à l'arrivée
2ème en services ou blocs

En service :1 détermination / IDE
Deux équipes différentes

Si urgent : 2 IDE différentes

C.H.U. Nîmes	Enregistrement	Doc. N° : EQUA110A
D.Q.G.R.	REPRESENTATION GRAPHIQUE DES CAUSES N°1	26.03.08 Page 1 sur 1
Référence à la procédure :		



Efficacité des actions correctives

Gériatrie patiente non interrogeable

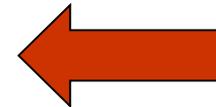
- 1^{ère} détermination j1 à 15h groupe A RH-1

bracelet enlevé , famille absente

IDE ne contrôle pas la plaquette au lit

- 2^{ème} détermination j2 à 8h groupe O RH+1

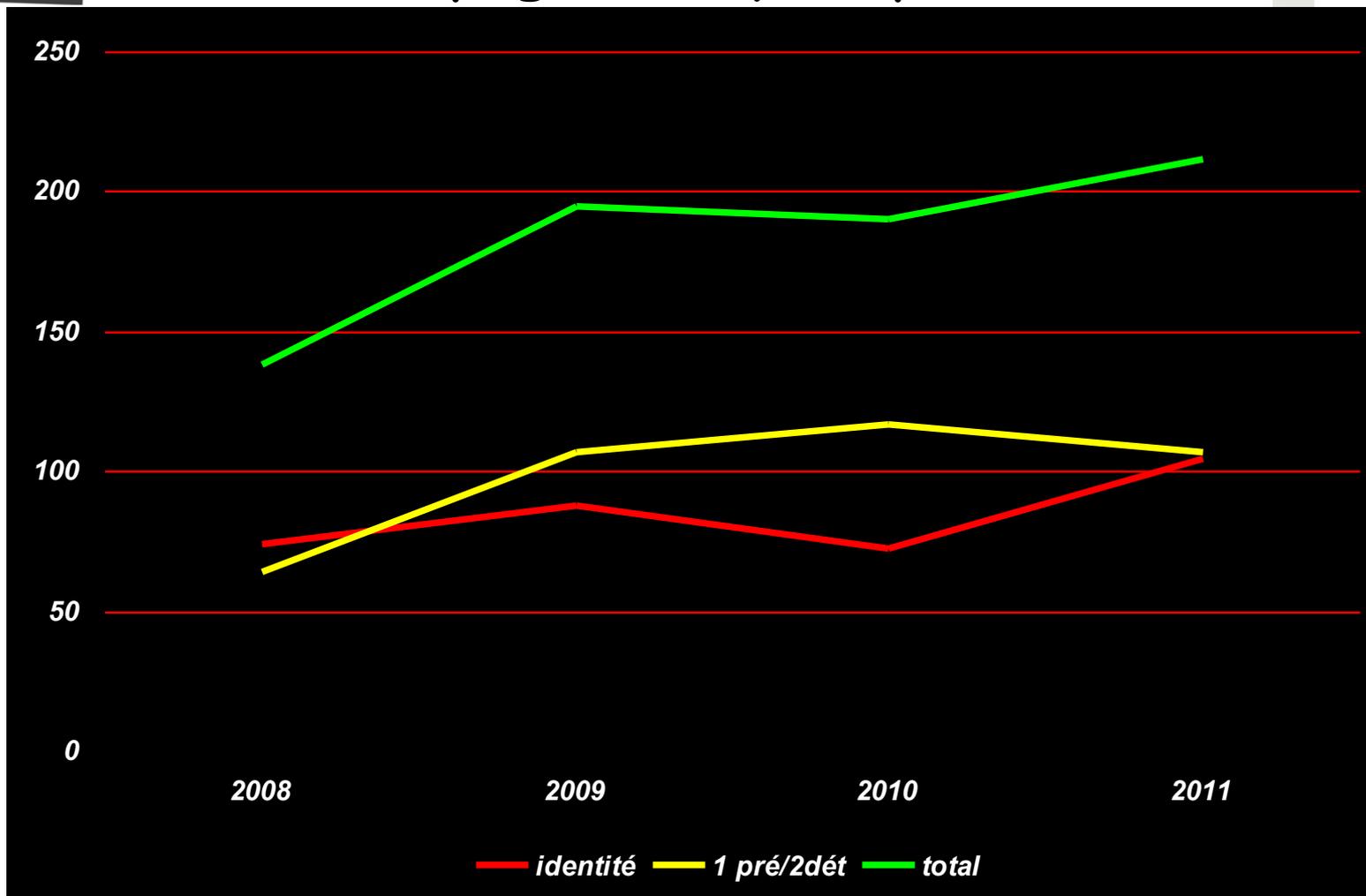
détection par EFS après incident :atténuation



- 3^{ème} détermination groupe O RH+1

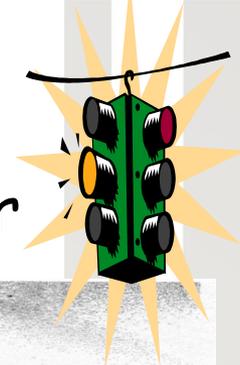
- Les IDE sont maintenant convaincues de faire 2 déterminations à deux moments différents !!

Suivi des non conformités : Groupages bloqués par l'EFS



Comparaison années 2008/2009/2010/2011 (en 2011: 1,34 %)

Délivrance transport réception PSL pour deux patients dans un conteneur



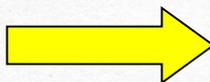
Edité le : 29/12/2011 12:09

EFS PM Site NÎMES
CHU Carémeau Place Pr R. Debré - CS 68223
30942 Nîmes cedex 9 04 66 04 77 77



Bordereau de transport

Produits sanguins labiles transportés			Lieu de livraison
Article(s)	Désignation(s)	Numéro(s) de poche	
04171	CGR Déleuc SAGM UA	72111774504	33003 33003 CENTRE HOSPITALIER NIMES Place du Professeur Debre (NIMES CEDEX) I2304 I2304 REANIMATION MEDICALE HC Place du Professeur Debre B.P.26 30029 NIMES CEDEX BH
Identité du patient Nom : FAURE Prénom : AI Naissance : Né le 10/11/ 1959 Sexe : M N° de patient EFS : 0091215722			Prescripteur : LOUART BENJAMIN



Délivrance transport réception

BORDEREAU DE DELIVRANCE

EFS PM Site NÎMES

CHU Carémeau Place Pr R. Debré - CS 68223
30942 Nîmes cedex 9 04 66 04 77 77



834919

Délivré par : NPE

Délivré le : 29/12/2011 12:11

Edité le : 29/12/2011 12:15

Page n° 1

Fiche de délivrance

Identification patient



Etablissement de santé : 33003
33003 CENTRE HOSPITALIER NIMES Place du
Professeur Debre (NIMES CEDEX)

Service : I2131
I2131 ONCOLOGIE AMBULATOIRE

Prescripteur : WIC ENHAUSER STEPHANE

N° ordonnance :

Nom de naissance : FAURE

Nom marital : DA

Prénom : Sir

Date de naissance : 18/09/1943

Sexe : F

N° de
patient ES :



ADM : 304578310

N° patient EFS : 0082225184



Données immuno-hématologiques - consignes et protocoles transfusionnels

ABO D : B+ 15/09/2003 Phénotype : D+ C+ E- c+ e+ K-
B+ 13/10/2003

RH:1 ,2 , -3 ,4 ,5 KEL:-1

Acte transfusionnel contrôle de concordance

- **Patient X**, urgence vitale 2 CGR (O RH -1) attente de 4 PFC
 - 2 IDE sortent manger , relayées par 2 IDE :pas de transmission / PSL prescrits et attendus
 - Arrivée de la navette : PSL pour deux patients
 - 4 PFC pour **Mr X** et 2 CGR pour **Mr Y** voisins de chambre
 - Contrôle réception par les IDE qui vont manger et posent les 2 CGR sur le chariot de l'aide soignante dans le couloir,
- les 4 PFC vont dans la chambre de Mr X

Acte transfusionnel contrôle de concordance

- l'IDE responsable de MR Y **n'est pas informée** de l'arrivée des 2 CGR 
- Une IDE de la deuxième équipe trouve 2 CGR sur la table de MR X , demande à sa collègue de « tester les 2 CGR »
- contrôle d'agglutination : compatible CGR O , patient AB
- **le contrôle des concordances n'est pas fait (stress des IDE)** 

les 2 CGR ORH+1 sont transfusés au patient AB RH-1 avant le départ au bloc

- Traçabilité à postériori dans le logiciel CURSUS « **erreur de patient** »

