

Une rubrique d'analyse de cas pour comprendre les erreurs survenues lors des soins et apprendre pour la sécurité des patients

Attention, un patient peut en cacher un autre, méfiez-vous, ce n'est peut-être pas celui que vous croyez !

M.-P. Herrera, E. Signac, M.-A. Testart-Esquines, I. Roger, P. Fialon, M. Puntous, C. Fratti

Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

✉ **Marie-Pierre Herrera**

Unité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
Pharmacie du groupe hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon - 33076 Bordeaux cedex
E.mail : marie-pierre.herrera@chu-bordeaux.fr

Avant toute transfusion sanguine, il est obligatoire de réaliser un groupage sanguin associé au phénotype et à la Recherche d'anticorps irréguliers (RAI). Ces examens biologiques permettent d'établir le statut immunologique du patient afin de sélectionner le produit sanguin le plus compatible et d'éviter les complications immunologiques.

La sécurité apportée par ces analyses repose avant tout sur la fiabilité des données d'identité du patient portées sur le tube de sang et sur le bon d'analyse transmis au laboratoire.

Plusieurs études (1-4) reconnaissent l'étape de prélèvement des examens pré transfusionnels comme la plus vulnérable du processus transfusionnel.

À ce niveau, on retrouve deux catégories d'anomalies (5) :

- les erreurs de prélèvement (WBIT: *Wrong Blood In Tube*): l'échantillon de sang est obtenu auprès du mauvais patient, (fréquence estimée à environ 1 sur 2 000 échantillons);
- les erreurs d'étiquetage : le bon patient est prélevé mais l'étiquette d'identification correspond à un autre patient (fréquence estimée à 1 sur 165 échantillons).

Le cas d'erreur d'étiquetage dont nous présentons l'analyse, nous aide à mieux appréhender les conditions de survenue de ces événements ainsi que l'influence des facteurs contributifs afin de proposer des mesures de prévention adaptées. Cette démarche s'inscrit dans un projet institutionnel de réduction des risques d'erreur d'identité lors du prélèvement sanguin.

La méthode d'analyse approfondie des causes

Pour réaliser l'enquête, nous avons utilisé une méthode basée sur le modèle ALARM développé par CHARLES VINCENT (6) et devenu un standard de l'analyse des incidents dans le monde de la santé.

Nous en avons suivi les trois temps-clés :

- le recueil des données ;
- l'analyse des facteurs humains et systémiques ;
- l'élaboration de recommandations.

Un binôme composé d'un cadre de santé et d'un infirmier du service d'hémovigilance a conduit l'investigation. Ces professionnels formés à la méthode utilisée possèdent une expérience de terrain.

Lors d'un premier entretien préparatoire avec le cadre de santé du service concerné par l'événement, les enquêteurs ont présenté les objectifs de l'analyse, programmé une rencontre avec les professionnels impliqués et débuté la collecte des données.

Dans la semaine précédant la réunion avec l'équipe, les enquêteurs ont rassemblé tous les éléments nécessaires à la reconstitution des faits et à leur compréhension. La grille de recueil est une adaptation de l'outil utilisé lors de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (Eneis) (7).

La rencontre avec les professionnels s'est déroulée en quatre étapes :

- rappel des circonstances de survenue de l'incident par le cadre de santé du service ;
- repérage des défauts de soins qui ont concouru à la survenue de l'incident, ainsi que des défaillances des barrières de sécurité prévues dans le processus de prélèvement ;
- identification des facteurs favorisant selon les sept dimensions d'erreurs systémiques (institution, organisation, conditions de travail, dynamique d'équipe, tâches à réaliser, professionnels, patient) ;
- hiérarchisation des facteurs favorisant en fonction de leur importance dans la survenue de l'événement indésirable ;
- proposition par les professionnels, d'actions correctrices basées sur les principaux facteurs systémiques mis en évidence.

Une fiche de synthèse, rédigée par les enquêteurs et reprenant les conclusions de l'analyse, a été remise au responsable du service.

Description des faits

M. Pierre Jean (nom fictif) âgé de 80 ans, hospitalisé dans le service de chirurgie est opéré le 12 avril. Le 15 avril, il présente une hémorragie digestive nécessitant son transfert en service de réanimation sur un autre site de l'établissement.

Le 18 avril vers 18 heures, ce patient est à nouveau admis

dans le service de chirurgie. L'infirmière (A) présente cet après-midi, accueille M. Pierre et l'installe dans sa chambre. L'entrée administrative du patient n'est pas faite car le service des admissions est déjà fermé. Vers 21 heures, juste avant la fin de son service, l'infirmière (A) procède à l'admission informatique de M. Pierre sur le logiciel de gestion des malades. Elle se fait aider par sa collègue de nuit car elle maîtrise mal cette application, pour laquelle elle n'a pas reçu de formation depuis son arrivée dans l'établissement il y a deux mois. Toutes deux constituent le dossier informatique du patient en sélectionnant par inadvertance, sur le menu déroulant, une identité homonyme, Pierre Georges âgé de 40 ans (nom fictif), puis éditent des étiquettes à ce nom. M. Pierre Georges n'est actuellement pas hospitalisé dans l'établissement. Son identité a été enregistrée dans l'application informatique lors de la consultation de pré anesthésie en prévision de sa prochaine hospitalisation.

L'aide-soignante prépare les tubes en vue du groupage sanguin et de la RAI, prescrits pour le lendemain.

Le 19 avril vers 8 heures, l'infirmière (B) responsable de M. Pierre Jean, prélève et adresse au laboratoire les tubes de sang pour la réalisation des examens pré transfusionnels. Cette infirmière est en remplacement pour la journée dans le service, elle ne connaît pas les patients. Pour identifier M. Pierre, elle utilise le support de planification des soins, sur lequel figure uniquement le nom des patients associé à leur numéro de chambre.

Peu de temps après, le cadre de santé en consultant le dossier de soins de M. Pierre, constate que l'étiquette d'identité collée sur le document de transmissions ne correspond pas strictement à celle du patient hospitalisé dans le service. Cette étiquette est au nom de M. Pierre Georges.

Au vu de l'erreur, elle informe l'infirmière (B) en charge du patient et lui demande de bloquer les examens réalisés ce jour pour ce patient. Le laboratoire invalide aussitôt les résultats de groupe sanguin et de RAI déjà transmis et informe le service d'hémovigilance du problème. La correction d'identité est effectuée par le service administratif. Le patient subit une nouvelle ponction veineuse pour renouveler la demande d'examens.

Analyse approfondie des causes

Cet événement, de nature évitable, n'a eu que de faibles conséquences cliniques pour le patient. Cependant il comportait un potentiel de gravité important, avec des répercussions non seulement sur la prise en charge du patient présent (poursuite des soins sous une fausse identité), mais aussi sur le patient homonyme en attente d'hospitalisation (affectation de résultats de groupe sanguin et de RAI erronés).

On retrouve deux principales causes immédiates :

- la constitution d'un dossier administratif et l'édition d'étiquettes d'identification à partir d'une identité homonyme ;
- la non-détection de cette mauvaise identité au moment

du prélèvement sanguin et lors de la transmission de la demande d'examen au laboratoire.

Chacun des deux défauts de soins a été analysé séparément.

Erreur d'identité sur le dossier administratif

L'analyse des facteurs contributifs fait ressortir un manque de formation des nouveaux infirmiers à l'utilisation de l'application d'admission informatique des patients, et l'absence de procédures écrites disponibles dans le service.

Cette activité jusqu'alors réservée au personnel des services administratifs incombe désormais au personnel soignant pendant les horaires de fermeture du service des admissions. Cette nouvelle tâche vient se surajouter à une charge en soins déjà très lourde, particulièrement en fin de journée.

Les manipulations informatiques s'effectuent dans un environnement de travail peu propice à la concentration, les professionnels sont très fréquemment interrompus (appels téléphoniques, collègues, familles) car le seul poste informatique équipé se trouve dans la salle de soins.

De plus, le dossier informatique patient est sélectionné à partir d'un menu déroulant proposant la liste de tous les patients hospitalisés ou en attente d'hospitalisation dans l'ensemble du pôle de chirurgie. Ceci augmente le risque de présence d'identités homonymes pour des patronymes répandus tels que M. Pierre.

Non-détection de l'erreur d'identité

Cette erreur révèle un défaut d'application de la procédure de préparation et de prélèvement des examens biologiques. Ces règles de sécurité sont précisément décrites dans le Guide de bonne exécution des analyses (GBEA) (8). Plusieurs des points de vigilance préconisés n'ont pas été respectés (Figure 1) :

- l'étiquette d'identification a été collée sur le tube la veille, dès la préparation de la pochette d'examens ;
- la vérification de l'identité du patient s'est limitée au nom de famille, à partir du support de planification des soins et non par l'interrogatoire direct de celui-ci.

Le planning de soins, qui ne constitue pas un document valide de contrôle de l'identité des personnes hospitalisées, est incomplet et peu fiable (retranscription manuelle du nom de famille uniquement).

Pour les professionnels du service, le contournement des pratiques sécuritaires est habituel. Cette mauvaise appropriation des procédures peut s'expliquer par la banalisation d'un soin pluriquotidien (le prélèvement sanguin), pour lequel la perception du risque d'erreur d'identité s'est progressivement émoussée.

L'organisation de la préparation des examens, bien que jugée incorrecte par certains professionnels, n'est pas remise en question par l'encadrement peu conscient de ces dérives.

Dans le service, la culture de sécurité est peu développée,

les dangers lorsqu'ils sont identifiés par un soignant ne font pas l'objet d'un partage d'expérience.

Au niveau de l'institution, il existe une politique d'identification des patients mais elle n'est pas connue de l'encadrement et des professionnels du service.

Les causes latentes les plus importantes sont les suivantes :

- manque de formation à l'utilisation de l'application informatique d'admission des patients ;
- étiquetage des tubes en dehors du chevet du patient ;
- vérification de l'identité du patient à partir du support de planification des soins.

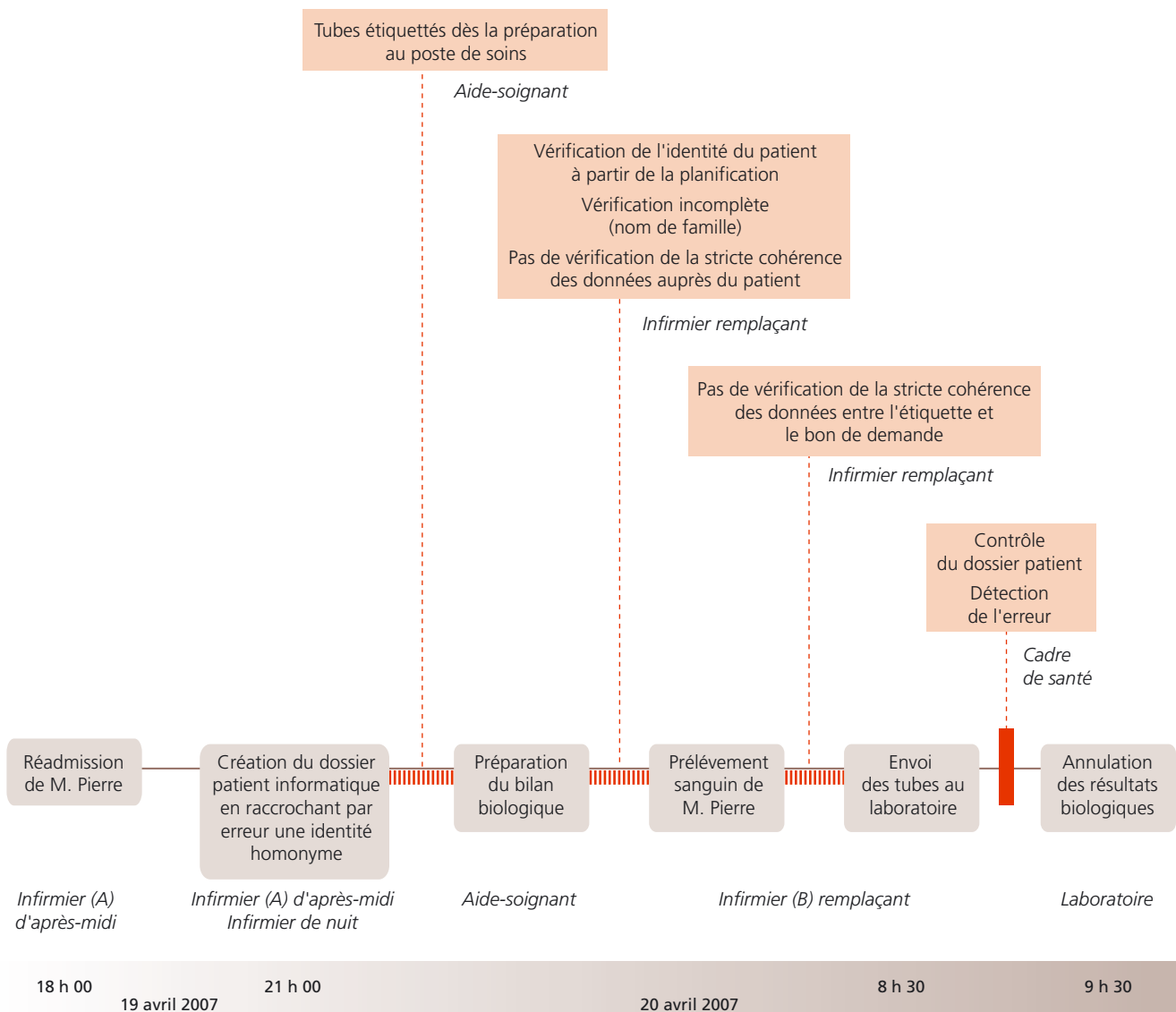
Recommandations et mesures correctives

Trois principales mesures ciblées sur les causes les plus importantes ont été rapidement mises en œuvre par l'équipe :

- l'action prioritaire porte sur la formation des agents à l'outil informatique et la mise à disposition d'une procédure. Pour cela, une demande a été adressée au service informatique ;
- la réorganisation de la préparation des examens a permis de supprimer le pré-étiquetage des tubes ;
- les procédures de sécurité et plus particulièrement la vérification d'identité avant tout soin ont fait l'objet d'un rappel au cours d'une séance de formation.

Une réflexion est en cours pour améliorer les conditions

Figure 1 - Défaillances des barrières de sécurité.



----- Barrières prévues inopérantes ■ Barrière non prévue opérante

de travail et limiter les facteurs de perturbation lors de la consultation et de la création des dossiers informatiques.

Le projet d'amélioration a été rédigé par le cadre de santé et son équipe sous la forme de « fiche action qualité », précisant les objectifs, les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de chacune des actions.

Sur le plan institutionnel, il est important d'orienter la réflexion vers différents axes :

- proposer des ateliers de formation à l'utilisation des différentes applications informatiques, lors des journées d'intégration organisées pour les nouveaux infirmiers recrutés dans l'établissement ;
- mettre en place un retour d'information vers l'encadrement des anomalies d'identité observées au décours de la prise en charge des patients ;
- apporter un soutien méthodologique à l'encadrement, pour l'évaluation du processus de préparation et de prélèvement des examens ;
- élaborer une stratégie de prévention des erreurs d'identification des patients (9) ;
- évaluer les répercussions sur l'activité de soins, du transfert vers les soignants, de l'admission informatique des patients.

Conclusion

Les erreurs d'identité lors des prélèvements sanguins sont fréquentes, comme en témoignent les données de la littérature. La plupart d'entre elles sont détectées par le service de soins ou le laboratoire. Cependant, elles présentent un important potentiel de gravité pour les patients car elles peuvent être à l'origine d'événements indésirables graves. De plus, elles altèrent l'organisation des activités de soins de par la répétition des actes qu'elles entraînent et la mobilisation de ressources humaines et matérielles qu'elles nécessitent.

L'identification des défaillances et des terrains favorisant leur survenue est indispensable à la maîtrise de ce risque.

La méthode d'analyse approfondie utilisée, qui a fait ses preuves dans l'analyse des incidents graves, est transposable aux situations moins lourdes de conséquences

pour les patients. Sa mise en œuvre doit être rapide, au plus près de la survenue de l'incident, pour éviter toute déperdition d'informations concernant ce que les professionnels considèrent souvent comme un « non-événement », l'opérateur n'ayant pas conscience des conséquences potentielles de son acte.

L'approche systémique de ces « ratés » de la production de soins permet de modifier la perception des équipes vis-à-vis des risques, générés par des pratiques individuelles et collectives non conformes, mais aussi par les défaillances de l'organisation. Cette sensibilisation au risque participe au renforcement de la vigilance et à la mobilisation sur la sécurité.

Références bibliographiques

- 1- LUNDY D, LASPINA S, KAPLAN H *et al.* Seven hundred and fifty-nine (759) chances to learn: a 3-year pilot project to analyse transfusion-related near-miss events in the Republic of Ireland. *Vox Sang* 2007; 92: 233-241.
- 2- CALLUM L, KAPLAN H, MERKLEY L *et al.* Reporting of near-miss events for transfusion medicine: improving transfusion safety. *Transfusion* 2001; 4: 1204-1211.
- 3- HERRERA MP, ROGER I, PUNTOUS M *et al.* Hémovigilance : d'une vigilance centrée sur un produit de santé vers une vigilance des pratiques. *Risques et Qualité* 2005; 4: 237-244.
- 4- MYHRE BA, MCRUER D. Human error – a significant cause of transfusion mortality. *Transfusion* 2000; 7: 879-885.
- 5- DZIK WH, MURPHY MF, ANDREU G *et al.* An international study of the performance of sample collection from patients. *Vox Sang* 2003; 85: 40-47.
- 6- VINCENT C, TAYLOR-ADAMS S, CHAPMAN EJ *et al.* Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser : protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. *Ann Fr Anesth Réanim* 2002; 21: 509-516.
- 7- QUENON JL, MICHEL P, TRICAUD-VIALLE S, DJIHOUD A. Etude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins. Analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. *Série Etudes n°67*. DREES, juillet 2007. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud67.pdf>
- 8- ARRÊTÉ DU 26 AVRIL 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale. *Journal Officiel* du 4 mai 2002, page 8375.
- 9- DAMAIS-CEPITELLI A, SAYARET F, DUMESNIL G *et al.* Stratégie d'amélioration de l'identification des patients au groupe Hospitalier du Havre. *Risques & Qualité* 2005; 4: 245-248.

Maintenant, le téléchargement
de tous les articles parus les années
précédentes est inclus dans l'abonnement

voir en 3^e
de couv

Télécharger

