

# Maîtrise du risque transfusionnel en ES: réflexion sur la démarche a priori des risques

P CABRE, CRHST Hauts de France

# Déclaration de conflits d'intérêts

**Nom : Philippe CABRE**

**J'ai, ou ai eu** durant les trois dernières années, une affiliation, des intérêts financiers ou autres intérêts avec un organisme industriel ou commercial de type :

- Rémunération / Bourse / Honoraires
- Orateur / Consultant
- Autre :

*Nom de l'organisme / des organismes :*



**Je n'ai pas de conflit d'intérêt**

2021 © Société Française de Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle.

Transfusion Sanguine, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

# Introduction

- Transfusion sanguine: discipline médicale la plus réglementée
- L'hémovigilance, désormais associée systématiquement à la sécurité transfusionnelle a vu son champ étendu:
  - Identification des patients
  - Systèmes d'information
  - Examens d'immuno-hématologie
  - Transports...

# Introduction

- La gestion des risques n'est pas nouvelle:
  - Au cœur de la gouvernance des ES
  - Pilotage direction ES et CME
- Démarche de certification des ES:
  - Débutée il y a 25 ans désormais!
  - Démarche collective pour la promotion et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Niveaux de maturité différents d'un ES à l'autre

# Introduction

MESURER  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

MANUEL

Certification  
des établissements  
de santé pour  
la qualité des soins

Octobre 2020

- 1.1: Le patient est informé et son implication est recherchée (critère 1.1.11)
- 2.1: La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe (critère 2.1.07)
- 2.3: Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques (critères 2.3.02 et 2.3.09)
- ...

# Introduction

MESURER  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

MANUEL

Certification  
des établissements  
de santé pour  
la qualité des soins

Octobre 2020

- 1.1: Le patient est informé et son implication est recherchée (**critère 1.1.11**)
- 2.1: La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe (**critère 2.1.07**)
- 2.3: Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques (**critères 2.3.02 et 2.3.09**)
- ...

- **MAITRISE DU RISQUE TRANSFUSIONNEL:**
  - Travail conjoint soignants/ direction qualité GDR

# Le risque...

- Survenue d'une situation non souhaitée!
- Avec conséquences négatives résultant de l'arrivée d'un ou plusieurs événements d'occurrence incertaine.
- En médecine: corrélation au BENEFICE
  - Balance B/R: bénéfice réel et potentiel de l'action thérapeutique opposé à la survenue éventuelle d'effets indésirables potentiellement graves
- En transfusion: idem!
  - La transfusion n'est pas exclusivement bénéfique
  - Cette notion doit faire partie intégrante de la réflexion du prescripteur
  - Stratégie transfusionnelle: le bon produit à bon escient, au bon patient, à la bonne posologie et au bon moment.
- Acte transfusionnel (AT):
  - Complexe, multiples acteurs, multiples processus et sous-processus
  - Déroulement pas forcément linéaire, même si décrit comme tel dans les analyses de risque
  - Risque induit par le travail quotidien des acteurs de l'AT

# L'analyse de risque

- En pratique 2 situations:
  - Incident déjà arrivé; on ne veut pas qu'il se reproduise
  - Incident non arrivé; on ne veut pas qu'il arrive



# L'analyse de risque

- En pratique 2 situations:
  - Incident déjà arrivé; on ne veut pas qu'il se reproduise
    - Analyse **a posteriori**, dite « réactive » puisque l'aire
      - *Analyse de l'incident survenu*
  - Incident non arrivé; on ne veut pas qu'il arrive
    - Analyse **a priori**
      - *Identifier défaillances possibles*
      - *Criticité*
      - *Plan d'action*
      - *Mesures barrières déjà en place?*

# L'analyse de risque

- En pratique 2 situations:
  - Incident déjà arrivé; on ne veut pas qu'il se reproduise
    - Analyse **a posteriori**, dite « réactive » puisque l'aire
      - *Analyse de l'incident survenu*
  - Incident non arrivé; on ne veut pas qu'il arrive
    - Analyse **a priori**
      - *Identifier défaillances possibles*
      - *Criticité*
      - *Plan d'action*
      - *Mesures barrières déjà en place?*

# AMIDEC?

- Depuis les années 40!
- Analyse des pannes vue comme gage d'amélioration de la qualité
  - Recensement des faiblesses potentielles
  - Recherche de modes de défaillance
- Associe retours d'expérience et observation des faits (causalité?)

# AMIDEC?

- Et pour le soignant?
  - Risque majeur = Ne pas administrer le bon produit au bon patient
- Prévention de ce risque/AMIDEC:
  - Décomposer l'acte transfusionnel en étapes
  - Analyser les modes de défaillance pour chaque étape
  - Analyser les causes conduisant aux défaillances
  - Analyser les effets
  - Définir les mesures à prendre

# Et en transfusion?

- Sécurité axée sur le respect des BP
- En pratique, le risque se définit principalement par

## **l'exposition aux erreurs humaines**

- Le facteur humain est retrouvé dans 70% des incidents graves déclarés.
- Prévention de ce risque/AMDEC:
  - Adaptation de la méthode pour analyse des défaillances humaines

# Et en transfusion?

- Pour y parvenir:
  - Constitution d'équipe plurielle
    - Chaque participant apporte et mutualise sa connaissance de la réalité de l'acte transfusionnel
    - Objectif: dresser la fameuse cartographie
      - Dizaines de mode de défaillances
      - Définition de la criticité
      - Élaboration mesures de prévention et de réduction des risques

# Et en transfusion?

- Facteurs limitants:

- Ressources dédiées en personnel
- Ressources dédiées en temps
- Savoir limiter le processus à étudier
- Élaboration de la grille de criticité (subjectivité)
- Expertise des membres du groupe de travail en terme de méthodologie d'analyse

# Réflexion pour demain

- Penser différemment les risques?
- On sait que:
  - La chaîne transfusionnelle est un processus complexe
    - Il est donc difficile de décrire son fonctionnement réel
    - Il est difficile de la formaliser complètement pour sécuriser le soin
- Au quotidien, la sécurité globale de soins repose sur:
  - La capacité de l'équipe à intégrer dans ses activités une meilleure sécurité des soins
    - Préparation, contrôle, vérification, validation, traçabilité, vigilance, surveillance...
    - Adaptation ++ aux situations réelles de prise en charge des patients
    - Limitation des interruptions de tâches

Au final, la complexité du travail contribue à la survenue de situation à risques pour le patient



# Réflexion pour demain

- En place d'une analyse des modes de défaillance, cherchons à identifier des modes de réussite! (être positif!)
- Nouvelle méthode: espace de partage et d'exploration de la complexité du travail
  - Objectif = mieux déterminer les liens entre les situations de travail de l'équipe de soins et les situations à risques pour le patient.

# Réflexion pour demain

- Etre pragmatique:
  - Utilisons des scénarios pour simplifier l'analyse
  - Analysons l'activité réelle de l'équipe (transversal)
  - Analysons l'organisation actuelle par la réorganisation des situations de désorganisation!
  - Recherchons les freins aux modes de réussite

# Réflexion pour demain

- Un espace de discussion:
  - Chaque « métier » représenté (2 acteurs?)
  - 1 réunion trimestrielle courte (max 2h)
  - Soutien du groupe par un ergonomiste
  - Compte-rendu formalisé
  - Discussion des évolutions souhaitées avec la direction

# Travail du groupe

- Caractériser la complexité de l'acte transfusionnel:
  - On élabore un scénario bâti sur des éléments quotidiens de désorganisation
  - Exemple:

Le médecin pendant son tour prescrit un CGR à Eve ANESCENTE (O+), qui partage une chambre à 2 lits (**organisation**) avec Anne HEMIE. Il informe la patiente Eve ANESCENTE de la transfusion et complète au stylo (**changement**) le champ *identification patient* de la prescription de PSL.

Au PC infirmier, l'infirmier présent pendant le tour appose une étiquette patient (**contrainte**) sur le nom calligraphié par le médecin, mais se trompe de dossier (**organisation**) et prend l'étiquette d'Anne HEMIE. Il joint pour sa commande les documents IH d'Anne HEMIE(A+). LE CGR est délivré pour Anne HEMIE (A+).

Le coursier amène la commande dans le service et croise l'infirmier qui lui demande si « c'est ma commande? ». Dans l'affirmative, il prend la boîte et se dirige directement dans la chambre (**organisation**), fait le contrôle PTU (**perte de sens**) et transfuse Eve ANESCENTE.

De retour dans le PC infirmier, 20 minutes après, il complète la traçabilité, et se rend compte de son erreur. Il retourne dans la chambre, arrête la transfusion, et alerte.

L'effectif IDE était incomplet ce jour là (enfant malade) (**changement**), le service transfuse quotidiennement 4 à 5 CGR (**pratique**).

# Travail du groupe

- On met en avant le travail réel en étudiant la performance de l'équipe face au scénario
  - Recours aux BP, aux règles connues?
  - Recherche d'actions de solidarité?
    - Actions facilitatrices
  - Recherche de régulations individuelles?
    - Récupérations, adaptations, ajustements,...
  - Recherche de régulations collectives?
    - Auto-organisation de l'équipe

# Travail du groupe

- On recherche les freins aux modes de réussite de l'équipe
  - Formation
  - Culture de la sécurité des soins
  - Environnement
  - Ressources humaines
  - Organisation

# Au final, pas si simple

- **Éléments multiples entrant en jeu**
  - **Travail d'équipe:** différents métiers, cultures, compétences
  - **Interactions en nombre!**
    - **Non linéaires:** variabilité de la composition de l'équipe, de l'approvisionnement en PSL, de la transfusion (degré d'urgence, nombre et type de PSL...), des patients...
    - **Dépendantes les unes des autres:** coordination nécessaire, facteur temporel
    - **Souvent partagées:** délégation (tracée ou non!), spécialisation de tâches,...

# Au final, pas si simple

- Éléments multiples entrant en jeu

- Source de désordre

- Relations complexes entre professionnels de santé

- Lien hiérarchique ou non, lien fonctionnel transversal, prestataire externe, sous-traitance, interim...

- Contraintes:

- Le temps!
- Le budget!
- La charge de travail!
- Les changements réguliers (organisations, connaissances, techniques...)

- Doutes:

- rapport bénéfice/ risque,
- conditions de travail,...



# Conclusion

- Plusieurs dimensions à la sécurité transfusionnelle mais savoir respecter les procédures!
- Savoir développer la vision croisée
  - échanges avec d'autres vigilances? D'autres métiers (vit ma vie?)? D'autres expertises?...
- Consacrer du temps aux formations, aux analyses de situations et de dossiers, aux simulations de prise en charge pour avoir l'équipe la plus aguerrie possible.

**Merci de votre attention!**

P CABRE, CRHST Hauts de France