

De la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) à la solution sécurité patient (SSP) : exemple de la SSP : comment sécuriser le circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire ?



B. Pogu

From the declaration of adverse events associated with care to the patient safety solution (SSP): Example of SSP: How to secure the circuit of a sample taken in the operating room?

B. Pogu^a
F. Vavdin^b

^aService d'urologie, CHG Léon-Bourgeois – Chalons-en-champagne, 51, rue du Commandant-Derrien, 51000 Chalons-en-champagne, France

^bUrologie, polyclinique Montréal – ELSAN, route de Bram, 11000 Carcassonne, France

RÉSUMÉ

L'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé publics ou privés est une démarche nationale volontaire de gestion des risques fondée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS), l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations et le suivi d'activité de formation et d'évaluation de pratique. Les EIAS déclarés et expertisés sont intégrés dans la base de retour d'expérience (REX). À partir de ces données des retours d'expérience sur des sujets précis sont effectuées et permettent d'élaborer des conseils de bonnes pratiques nommés « solution sécurité patient » (SSP). Nous démontrons l'intérêt des déclarations des EIAS, de leurs analyses et des solutions apportées aux problèmes rencontrés dans le domaine des prélèvements au bloc opératoire.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Accreditation of the quality of professional practice of physicians and medical teams practising in public or private health institution is a voluntary national risk management approach based on the reporting and analysis of adverse events associated with care (AEAC), the development and implementation of recommendations and the follow-up of training and practice assessment activities. Declared and appraised AEAC are integrated into the feedback basis (REX). Based on this data, feedback on specific topics is provided and can be used to develop good practice advice called patient safety solution. We demonstrate the value of AEAC reporting, analysis and solution.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

MOTS CLÉS

Événements indésirables associés aux soins (EIAS)
Prélèvements
Bloc opératoire

KEYWORDS

Adverse events associated with care
Prélèvement
Operating theatre

Auteur correspondant :

B. Pogu,
service d'urologie, CHG Léon-Bourgeois – Chalons-en-champagne, 51, rue du Commandant-Derrien, 51000 Chalons-en-champagne, France.
Adresse e-mail :
bpogu@ch-chalonsenchampagne.fr

QU'EST-CE QU'UN EIAS ?

UN EIAS est « Un événement indésirable ou une circonstance associée aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau ».

Le programme de l'organisme d'accréditation des urologues (OA AFU) comporte annuellement la déclaration de 2 EIAS dans la démarche individuelle et 1 EIAS par membre de l'équipe (analysé lors d'une revue de mortalité et de morbidité (RMM) dans la démarche en équipe).

D'OÙ VIENNENT LES SOLUTIONS SÉCURITÉ PATIENT ?

La base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales, appelée base REX, collecte les événements indésirables associés aux soins (EIAS).

Cette base est une source privilégiée pour tirer des leçons de l'expérience. Les enseignements qui en sont issus se traduisent par l'élaboration de « solutions pour la sécurité du patient » (SSP) permettant d'améliorer les pratiques, de réduire la survenue des événements ou d'en atténuer les conséquences. La nature des informations collectées dans la base REX, axées sur la récupération des événements indésirables et l'atténuation des conséquences, a nécessité de définir une méthode spécifique pour élaborer ces enseignements issus exclusivement de l'expérience de terrain, et du peu de littérature disponible.

Les SSP sont le fruit d'un travail collectif réalisé au sein des organismes professionnels agréés pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales. Elles sont présentées sous un format adapté pour une mise en pratique « clés en main » de la solution : description des actions à mettre en place, messages clés à destination des professionnels.

Les SSP type 3, appelées aussi « Points clés et solutions pour la sécurité du patient », ont un thème commun à plusieurs spécialités. Il s'agit d'une coproduction entre plusieurs organismes d'accréditation concernés par le thème et la Haute Autorité de santé (HAS) [1].

ANALYSE DES EIAS SUR LES PRÉLÈVEMENTS AU BLOC OPÉRATOIRE PAR L'OAAFU

F. Vavdin, expert de l'organisme d'accréditation des urologues a travaillé sur les données de la base REX de 2008 à 2016 avec une recherche sur les mots-clés : « défaut de gestion des prélèvements/résultats anatomopathologiques ». Trente-six EIAS ont été retrouvés puis classés en trois périodes : avant le prélèvement, pendant le prélèvement puis après le prélèvement.

EIAS avant le prélèvement

Exemple de l'absence de la technicienne pour extemporané de microprélèvements épидidymaires ayant entraîné un retard.

EIAS pendant le prélèvement

L'analyse a permis de discerner trois causes.

Prélèvements oubliés

Exemple de pièce de postectomie, de résection de lésion vésicale restés dans les champs opératoires, de biopsies prostatiques non fixées, de prélèvements bactériologiques mal orientés vers un laboratoire d'anatomopathologie ou oublié dans le réfrigérateur du bloc opératoire...

Prélèvements mal conditionnés

Exemple de biopsies prostatiques non fixées, avec erreur de côté, de prélèvement mal réparti ou non réparti, de prélèvement sans ou avec le mauvais liquide de conservation...

Prélèvements mal identifiés

Exemple de prélèvement avec les étiquettes du patient précédent (torsion testis. nom. avec biopsie de prostate), erreur d'étiquetage 2 prélèvements avec le même, nom (différence faite grâce à la qualité des prélèvements), oubli d'étiquette...

EIAS après le prélèvement

L'analyse a permis de discerner deux causes.

Erreur dans la transmission des résultats

Exemple résultat erroné donné par téléphone, consultation d'un mauvais compte rendu anatomopathologique ; le praticien regardant les résultats de la résection précédente lors des biopsies de contrôle, discordance résultat téléphonique et écrit...

Erreur dans l'interprétation des résultats

Exemple de l'erreur d'interprétation par médecin remplaçant, résultat d'une résection de vessie alors qu'il avait été envoyé une résection de prostate...

EXEMPLE DE SSP : COMMENT SÉCURISER LE CIRCUIT D'UN PRÉLÈVEMENT RÉALISÉ AU BLOC OPÉRATOIRE ? RAPPORT D'ÉLABORATION DE LA SSP « COMMENT SÉCURISER LE CIRCUIT D'UN PRÉLÈVEMENT RÉALISÉ AU BLOC OPÉRATOIRE ? » HAS MAI 2017 [2]

Au total, 599 événements indésirables associés aux soins (EIAS) ont été déclarés dans la base REX, de 2008 à 2016, par les médecins de 3 organismes agréés :

- Association française d'urologie (AFU) ;
- chirurgie orthopédique et traumatologique (ORTHORISQ) ;
- chirurgie plastique reconstructrice (PLASTIRISQ).

L'analyse de ces 599 EIAS par des experts de ces organismes et des personnes qualifiées a mis en évidence les circonstances et les causes profondes de survenue de ces événements. Les EIAS recensés concernaient les phases préanalytique et post-analytique du circuit du prélèvement (Fig. 1). Les conséquences peuvent être préjudiciables pour le patient.



PHASES	PRÉANALYTIQUE			ANALYTIQUE	POSTANALYTIQUE
	Préopératoire	Peropératoire	Transport		Postopératoire
Où ?	→ consultation	→ bloc opératoire	→ acheminement	→ laboratoire(s)	→ secrétariat et dossier
Quoi ?	prescription programmation information	prélèvement conditionnement	collecte/tri transport livraison	réalisation et validation de l'examen	transmission et réception des résultats
Qui ?	opérateur	équipe bloc op.	transporteur	équipe labo.	labo. et opérateur

Figure 1. Circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire.

En urologie, les causes immédiates les plus fréquentes de la situation à risque sont :

- en préopératoire : absence de personnel pour examen extemporané ; fonctionnement basé plus sur des conventions non écrites et des habitudes ;
- en peropératoire : oubli du conditionnement du prélèvement qui reste sur la table d'opération en fin d'intervention ; erreur de conditionnement ; confusion de flacons entre les laboratoires de bactériologie et d'anatomopathologie ; erreur d'étiquetage du prélèvement ; multiplicité des intervenants ; erreur ou non-identification du praticien effectuant le prélèvement, défaut de rédaction des bons d'examen ;
- en postopératoire : erreur de transmission, erreur d'interprétation des résultats, perte des flacons lors des phases de transport interne ou externe à l'établissement, temps d'arrivée au laboratoire trop long ne permettant pas l'examen réclamé, défaut de récupération ou de rangement des résultats.

Les conséquences qui en découlent ont un impact sur la qualité des soins délivrés et peuvent être graves pour le patient :

- retard dans l'intervention (extemporané) ;
- réintervention chirurgicale pour le renouvellement du prélèvement ;
- incertitude sur la prise en charge ultérieure ;
- prise en charge inadaptée.

L'analyse des scénarios de survenue de ces EIAS a permis d'identifier les plans d'actions visant à réduire les causes profondes.

Ces actions portent sur :

- la prévention pour éviter la survenue de l'EIAS ;
- la récupération pour stopper le scénario de l'événement indésirable en cours et arrêter les conséquences ;
- l'atténuation pour atténuer et gérer les conséquences de l'EIAS constitué (a posteriori de l'événement).

En outre, l'analyse des EIAS a permis d'énumérer des mesures de contrôle, appelées barrières et peut permettre de détecter des situations déviantes et de les récupérer. Ces mesures à mettre en œuvre relèvent, pour partie, de rappels de bonnes pratiques. Parmi les mesures on peut citer :

- les barrières de prévention : respect des bonnes pratiques, recommandations de différents guides (manuel du prélèvement, guide des examens), procédure formalisée, check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » (conditionnement,

étiquette, bon d'anatomopathologie), procédure de transmission des prélèvements (transport) et de réception des résultats, etc. ;

- des barrières de récupération : possibilité de nouveau prélèvement, contrôle du laboratoire, relecture des lames d'anatomopathologie, technique d'identification numérique, etc.

L'objectif de la SSP est donc de proposer une liste de points clés à respecter afin de sécuriser le circuit des prélèvements au bloc opératoire (hors laboratoire), de nature à réduire le nombre de futurs événements indésirables et améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Le document s'adresse aux équipes du bloc opératoire et aux professionnels concernés par la gestion des prélèvements.

POINTS CLÉS SOLUTIONS SÉCURITÉ DU PATIENT « COMMENT SÉCURISER LE CIRCUIT D'UN PRÉLÈVEMENT RÉALISÉ AU BLOC OPÉRATOIRE ? » JUIN 2017

L'outil élaboré par la HAS est disponible à cette adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir136/points_cles_et_solutions_-_comment_securiser_le.pdf.

Points essentiels à retenir

- La déclaration des EIAS lors de la démarche d'accréditation alimente une base de données permettant un retour d'expérience.
- Les EIAS concernant les défauts de gestion des prélèvements et résultats anatomopathologiques ont ainsi été analysés et ont permis avec d'autres organismes d'accréditation en coproduction avec la HAS d'élaborer une solution sécurité patient dénommée. Comment sécuriser le circuit d'un prélèvement réalisé au bloc opératoire ?
- Les actions à mettre en place, les messages clés et des modalités d'évaluation sont ainsi proposés aux urologues.



Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

[2] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2776163/fr/comment-securiser-le-circuit-d-un-prelevement-realise-au-bloc-operatoire-et-son-rapport-d-elaboration.

RÉFÉRENCES

[1] https://www.has-sante.fr/jcms/c_428381/fr/accreditation-des-medecins-et-equipes-medicales.