

FIABILISATION DE LA PHASE PRE ANALYTIQUE

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	1
INTRODUCTION	2
1. CONTEXTE	3
1.1 Présentation de l'établissement	3
1.2 Présentation du laboratoire	3
1.3 Politique qualité	4
2. OBJECTIF-PROJET	5
2.1 Objectif.	5
2.2 Non-conformités : état des lieux	5
2.3 Analyse des données	6
2.4 Plan d'action.	7
3. FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ANALYSES BACTERIOLOGIES	8
3.1 Fiche d'action.	8
3.2 Exigences du laboratoire	9
3.3 Préparation de la maquette du formulaire ..	9
3.4 Présentation aux utilisateurs	10
3.5 Validation, information et diffusion.	10
3.6 Evaluation – résultat	10
4. GESTION DES IDENTITES PATIENTS	13
4.1 Rappel	13
4.2 Limites du projet	13
4.3 Etat des lieux	13
4.4 Les modes de défaillance	15
4.5 Analyses des modes de défaillance	15
4.6 Les axes d'améliorations	17
4.7 Etat d'avancement du projet	17
5. CONCLUSION	19
BIBLIOGRAPHE	20
ANNEXE	21

GLOSSAIRE

BMR	Bactérie Multi Résistante
HAS	Haute Autorité de Santé
IMR	Institut Marcel Rivière
GMSIH	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
MGEN	Mutuelle Général de l'Education national
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NC	Non-Conformité
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
SIL	Système Informatique de Laboratoire

INTRODUCTION

« Les quelques-uns qui comptent et la multitude de ceux qui représentent peu. »

La qualité dans les services, Dr JURAN Joseph 1999

La majorité des non-conformités constatées au cours de l'étape pré-analytique résultent d'un nombre réduit de causes racines.

C'est à partir de l'étude de ces non-conformités, leurs relevés, leurs typages et la définition d'axes d'amélioration visant à fiabiliser la phase pré analytique, que j'ai décidé d'orienter mon travail de mémoire.

Ce sujet de mémoire, est donc essentiellement axé sur l'emploi d'outils et techniques de résolution de problème.

La première partie de ce travail est basée sur l'analyse et la hiérarchisation des non-conformités pré analytiques constatées en 2008 au sein du laboratoire. Deux projets d'améliorations ont été choisis grâce au classement des causes.

- Amélioration de la prise en charge pré analytique des examens microbiologiques, par la création d'un formulaire de demande d'examens bactériologiques.
- Fiabilisation de la gestion des identités patients dans le système informatique du laboratoire.

La seconde partie étant dédiée aux actions à mettre en œuvre pour la réalisation et la mise en place du formulaire de prescription d'examens bactériologiques.

La dernière partie est consacrée au domaine complexe de la gestion des identités patients ou une analyse des modes de défaillance permettra de cibler les axes d'améliorations.

1. CONTEXTE

1.1 Présentation de l'établissement

Premier centre hospitalier dédié à la santé mentale, fondé en 1959, par la MGEN, c'est un établissement de type PSPH. L'Institut Marcel Rivière est maintenant composé de deux entités :

➤ Institut Marcel Rivière :

280 lits de psychiatrie générale dont addictologie, troubles des comportements alimentaires, psychoses du jeune adulte; psychiatrie de la personne âgée; hospitalisations sous contraintes; consultations externes.

L'institut Marcel Rivière a une philosophie et une politique de soins institutionnels destinées à maintenir une approche globale du patient présentant un trouble mental, perçu et traité dans sa triple dimension psychologique, biologique et sociologique.

➤ Centre gériatrique Denis Forestier :

Il est doté d'une capacité d'accueil de 200 lits de gériatrie comportant 4 sections hospitalières : service de médecine, unité de soins palliatifs, service de soins de suite et réadaptation, service de soins de longue durée et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

En Décembre 2006, l'établissement a été certifié par l'HAS (référentiel V2)

1.2 Présentation du laboratoire

Le laboratoire de l'établissement, agréé en 1966, réalise les actes de biologie pour les deux entités décrites ci-dessus, il possède également une clientèle externe privée. Il s'agit d'une petite structure employant 3 techniciens de laboratoire et un directeur de laboratoire, biologiste. Son activité (2 000 000 B) est polyvalente à orientation hospitalière, chaque technicien est référent d'un secteur d'activité.

Le laboratoire effectue aussi des contrôles microbiologiques environnementaux (recherche de legionella dans les réseaux d'eau chaude sanitaire, balnéothérapie, prélèvement de surface...). Les analyses ne pouvant être traitées par le laboratoire (examens spécialisés, en dehors des heures d'ouverture) font l'objet d'un contrat de collaboration avec d'autres laboratoires.

1.3 Politique qualité

L'établissement a mis en place une cellule qualité depuis 1997. Le laboratoire est représenté au sein de cette structure par le biologiste.

La politique qualité du laboratoire est surtout déterminée à satisfaire les exigences réglementaires de la profession décrites dans le GBEA. En raison de la petite taille de la structure il n'y a pas de cellule qualité au laboratoire.

Depuis la parution du GBEA, le biologiste a souhaité impliquer le personnel de façon formelle dans la démarche d'assurance qualité :

- Plan de formation régulier pour l'ensemble de l'équipe sur l'assurance qualité
- L'organisation et la gestion du système d'assurance qualité sont pris en charge par l'ensemble de l'équipe, le biologiste assurant un lien étroit avec la cellule qualité de l'établissement.
- Collaboration avec la cellule qualité de l'établissement pour l'élaboration, la rédaction et la mise en place de certains protocoles internes au laboratoire ou transversaux.
- Présence du biologiste et des techniciens dans différentes structures institutionnelles : CLIN, comité de l'eau, cellule d'identité-vigilance, cellule qualité et participation aux groupes de travail lors des accréditations de l'HAS.

2. OBJECTIF- PROJET

2.1 Objectif

Dans le cadre d'une amélioration de la prise en charge des échantillons biologiques pendant la phase pré analytique, et grâce à la mise en place informatisée de la gestion des non-conformités (NC) en 2008. Il a été décidé d'étudier les différents types de NC et de développer des moyens pour les détecter et les éviter.

L'objectif de cette étude est la diminution du nombre de NC afin d'assurer une meilleure prise en charge de l'échantillon et ainsi d'améliorer la fiabilité des résultats et donc la prise en charge des patients.

2.2 Répartition des non conformités pré analytique année 2008 (Figure 1)

Nombre de dossier total établissement : 12 000

Nombre de NC total établissement : 917

% NC total établissement: 7,6%

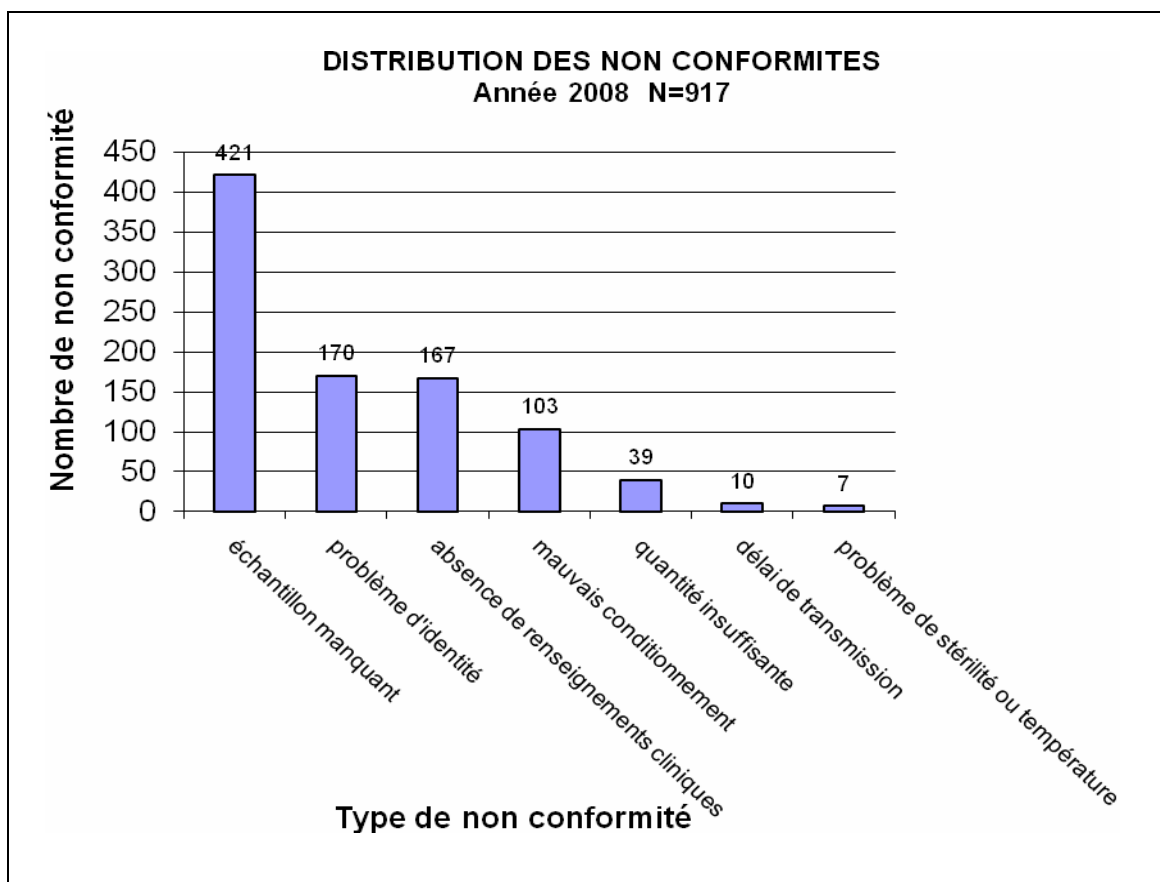


Figure 1 – Répartition des non conformités pré analytique année 2008

2.3 Analyses des données

3 types de non conformité sont fortement représentés :

- La moitié des NC (47%) correspond à des échantillons manquants (absence de l'échantillon ou échantillon non adéquat)
Après analyse des dossiers concernés il apparaît que 80% des échantillons manquants concernent des prescriptions bactériologiques. Deux faits doivent être signalés concernant les échantillons manquants en bactériologie : la complexité que peut poser le recueil des échantillons biologiques dans le domaine de la santé mentale et surtout la seconde observation : l'absence de demande d'examen spécifique de bactériologie, l'actuelle demande d'examen sanguin ne comprend que peu d'items concernant la prescription d'examen bactériologique et ceux-ci se situent au verso du formulaire actuellement disponible. Cette absence de demande spécifique explique en grande partie le pourcentage élevé d'échantillons manquants en bactériologie, surtout lors de la prescription simultanée d'un bilan sanguin et d'un prélèvement bactériologique.

- 19% des NC sont liées à un problème d'identité patient, après inventaire des dossiers, il ne s'agit pas de NC majeure (absence d'identité, discordance identité tube/identité prescription...) mais de problème concernant des identités incomplètes ou erronées lorsque celle-ci sont rédigées de manière manuscrite. Signalons aussi que depuis 3 ans le nombre de prescriptions ne comportant pas d'étiquette identifiante est en très nette augmentation (janvier 2006 : 2% d'identifiant manuscrit, janvier 2009 : 20% d'identifiant manuscrit), ceci venant d'un problème organisationnel et architectural et d'une augmentation de l'hospitalisation des patients en urgence.
Les problèmes d'identité entraînent un nombre important de doublons engendrant une perte de temps importante en actions curatives et une diminution de la qualité de la prise en charge du patient.

- 18% des NC concernent le manque de renseignements cliniques, là encore on a pu constater après étude des dossiers qu'il s'agit

essentiellement des prescriptions de bactériologie (nature exacte du site prélevé non renseignée, absence de renseignement sur une antibiothérapie mise en place, série d'hémoculture sans notions cliniques, porteur de BMR non identifié ...). Les renseignements cliniques répondant aux exigences de la NABM sont bien renseignés.

2.4 Plan d'action

L'étude de répartition des types de NC pré analytiques a permis de faire ressortir deux axes majeurs d'amélioration :

- **Amélioration du recueil des échantillons et des renseignements cliniques concernant les prescriptions d'examen bactériologiques, par la création et la mise en place d'un formulaire spécifique de demande d'examen bactériologique.**

La réalisation d'un examen bactériologique utile dépendant étroitement de la qualité de la prescription, des conditions techniques de recueil, des renseignements cliniques et du transport de l'échantillon, cette demande d'examen pourrait également servir d'aide aux préleveurs pour réaliser leur mission dans les meilleurs conditions, en plus des différents documents techniques d'assistance aux prélèvements déjà mis en place (Guide des prélèvements IMR, protocole des prélèvements bactériologiques).

- **Améliorer et fiabiliser l'identification patient dans le système informatique du laboratoire afin de contribuer à la qualité de la prise en charge du patient.**

Ces exigences s'inscrivent aussi dans le contexte national de la certification V2010 concernant les critères 15a (identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge), mettant l'identification du patient au rang des pratiques exigibles prioritaires.

Il est proposé par une analyse des différents domaines de défaillance générant une identité erronée dans le SIL, et en collaboration avec la cellule d'identité-vigilance dont je fais partie, de déterminer des axes d'amélioration permettant de formaliser l'enregistrement des identités.

3. FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'ANALYSES BACTERIOLOGIQUES

3.1 Fiche d'action (Figure 2)

EXIGENCE A ATTEINDRE <i>Pourquoi ?</i>	SOLUTION <i>Quoi ?</i>	ACTION A ENTREPRENDRE <i>Comment ?</i>	ACTEUR <i>Qui ?</i>	CALENDRIER <i>Quand ?</i>
Diminution des non conformités pré analytiques concernant les examens bactériologiques	Elaboration et mise en place d'une feuille de demande d'examens bactériologiques	1. Définir les exigences du laboratoire concernant une demande d'examen bactériologique	L'équipe du laboratoire	Février 2009
		2. Rédaction d'une maquette de demande d'examen	L'équipe du laboratoire	Février 2009
		3. Réunion de présentation du projet et recueil de l'opinion et des remarques des utilisateurs	Groupe référent Laboratoire	Mars 2009
		4. Rédaction définitive et validation	L'équipe du laboratoire Biologiste	Mars 2009
		5. Information Diffusion	Biologiste Prescripteurs	Avril 2009

Figure 2 – Tableau organisationnel pour l'élaboration et la mise en place du formulaire de prescription d'analyses bactériologiques

3.2 Exigences du laboratoire concernant la demande d'examens bactériologiques

Norme ISO 151189 paragraphe 5.4.1 : la feuille de prescription doit contenir les informations nécessaires pour identifier le patient et le prescripteur autorisé. Elle doit également fournir les données cliniques pertinentes.

Le laboratoire n'est habituellement pas associé à la prescription de l'examen microbiologique, il ignore souvent l'objectif réel de l'analyse, il n'est pas rare non plus que le prescripteur n'ait pas une idée précise du but qu'il poursuit en prescrivant un examen bactériologique. En d'autres termes, la coopération clinico-biologique est absolument nécessaire pour réaliser des examens bactériologiques, afin de conditionner de façon majeure le mode de réalisation du prélèvement, mais aussi la technique d'analyse microbiologique à utiliser et la réalisation ou non d'un antibiogramme.

L'axe de réflexion de l'équipe du laboratoire, sur la création du formulaire de demande d'examens bactériologiques, s'est attaché à ce qu'elle puisse accompagner et aider le prescripteur ou le préleveur à fournir les renseignements cliniques nécessaires à la réalisation de l'examen demandé sans pour autant devenir fastidieuse à renseigner .

- 2 items importants devraient figurer dans la rubrique renseignements cliniques : la notion d'une antibiothérapie déjà en place et la suspicion d'un portage de BMR.
- La question très importante de la distinction entre prélèvement à visée diagnostique et prélèvement à visée épidémiologique fut réglée par la création d'un item : recherche de BMR.
- Les différents sites de prélèvements et natures d'échantillons furent répertoriés ainsi que les différents types d'analyses couramment prescrites dans l'établissement.
- Le verso de la demande étant réservé à des commentaires techniques synthétiques sur les conditions de prélèvement des différents échantillons.

3.3 Préparation de la maquette du formulaire

La maquette fut réalisée sous Word, reprenant le cadre général de la demande d'examen sanguin mis en place en 2008.

La présentation et l'organisation des items s'inspirant de bons de demande du laboratoire belge Clinilabo (www.clinilabo.be/fr/documenten.html) et du laboratoire de l'Institut Central des Hôpitaux Valaisans (www.ichv.ch/fr/ichv/laboprestations/preanalytique/)

3.4 Présentation du projet aux utilisateurs

Norme ISO 151189 paragraphe 5.4.1 : il convient que le format des feuilles de prescription (par exemple papier ou électronique) et la manière dont les prescriptions doivent être communiquées au laboratoire soient déterminés en accord avec les utilisateurs des prestations du laboratoire.

Afin de recueillir l'opinion, les remarques voire les besoins supplémentaires des utilisateurs concernant le nouveau formulaire de demande, la maquette fut présentée au groupe « Référent laboratoire ».

Ce groupe de travail transversal laboratoire-service de soins a été mis en place en 2001 en vue de l'accréditation V1. Il sert de relais entre le laboratoire et les services de soins et aide le laboratoire pour la mise en place de projets transversaux (guide des prélèvements, protocole transport échantillon, alerte légionellose). Il est composé de deux personnels soignants, le somaticien de l'établissement, l'infirmière hygiéniste, le biologiste, un cadre soignant, un technicien de laboratoire et un psychiatre.

Après une rapide présentation des motivations et des raisons de la mise en place de ce projet, j'ai présenté la maquette de la feuille de demande d'examen et recueilli les remarques et suggestions de modifications possibles (cf. : compte-rendu de la réunion mars 2009 ANNEXE I).

3.5 Validation, information et diffusion

En tenant compte des remarques des utilisateurs la version définitive (cf. ANNEXE II) fut validée par le biologiste.

L'équipe du laboratoire se chargea des modalités de mise en place dans les services (réactualisation de la demande d'examen sanguin, retrait de la version obsolète et distribution « expliquée » du formulaire de demande de bactériologie), les prescripteurs étant avertis par une lettre d'information.

3.6 Evaluation - résultat

Dans le cadre de ce travail, une évaluation rapide et sommaire de l'apport du formulaire de demande d'examen bactériologique concernant les non conformités pré analytique a été réalisée pendant le mois de mai 2009 et comparée à mai 2008. Naturellement les indicateurs qualités choisis furent les types de non-conformité concernant les échantillons manquants et l'absence de renseignements cliniques. La comparaison (*figure 3*) se faisant pendant une période de temps très courte et avec un nombre de données peu important les résultats sont à interpréter avec prudence.

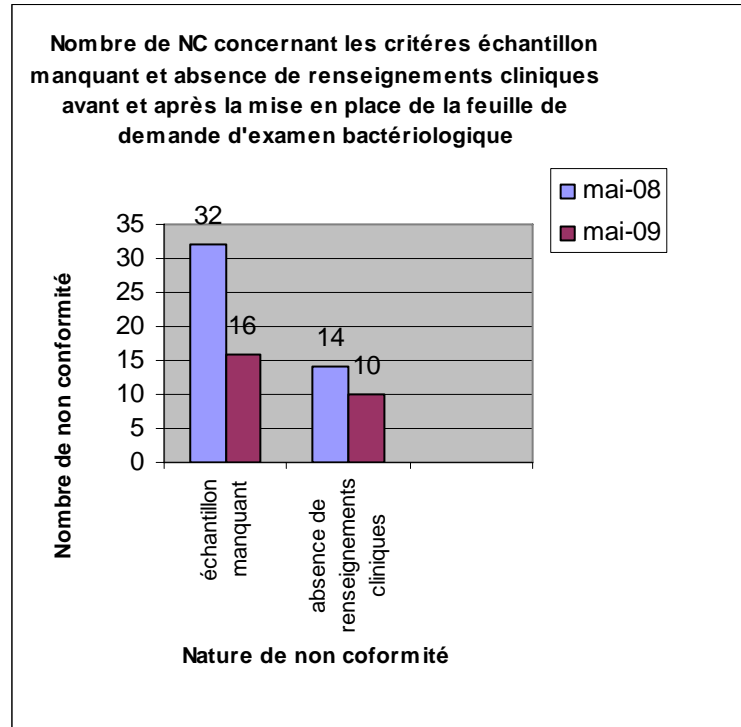


Figure 3 - Comparatif entre mai 2008 et mai 2009 des non conformités : échantillon manquant et absence de renseignements cliniques

- Le nombre « d'échantillons manquants » a diminué de façon significative (moins 50%) en mai 2009.
- Peut-on réellement parler d'une diminution de la NC « absence de renseignements cliniques » (baisse de 28%) au regard du peu de donnée.

L'analyse des dossiers du mois de mai 2009 montre des résultats satisfaisants avec les réserves que le nombre réduit d'observation imposent. L'analyse des résultats de ce travail sera certainement plus pertinente avec un nombre de données plus important.

La perspective concernant la suite de ce travail : la mise en place d'indicateurs plus spécifiques sur la qualité « d'un bon prélèvement en bactériologie », comme le nombre d'examens cyto bactériologiques des urines à contrôler suite à un prélèvement non correctement effectué ou le pourcentage de flacons d'hémoculture incorrectement rempli ou sans notions cliniques.

4. GESTION DES IDENTITES

4.1 Rappel

Norme ISO 151189 Annexe C Paragraphe C.3.1 : Il convient que les laboratoires rassemblent les informations appropriées afin de permettre l'identification correcte du patient.

Manuel de certification des établissements de santé V2010 critère 15a :L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue, permet de relier toutes les données relatives à une personne et de délivrer l'acte prescrit à la bonne personne.

Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire, etc.). Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque.

Une identification fiable et reproductible des patients permet de retrouver les dossiers patients connus (rapprochement d'identité) et de ne créer de nouveaux dossiers que pour des patients non encore connus dans le système informatique du laboratoire, permettant ainsi d'éviter la création de doublons ou les collisions d'identité et d'améliorer la prise en charge du patient.

Depuis 3 ans le nombre de prescriptions ne comportant pas d'étiquette identifiante est en forte augmentation entraînant des prescriptions manuscrites souvent incomplètes voire erronées, engendrant la création de nombreux doublons (voir collision) dans le système informatique du laboratoire.

4.2 Limites du projet

Le projet étant d'améliorer la gestion des identités patients au sein du laboratoire, ce travail ne prendra pas en charge les problèmes organisationnels et structurels dans les services de soins qui engendrent l'augmentation des prescriptions manuscrites. Néanmoins, au niveau de la cellule d'identité-vigilance ce projet devrait permettre de créer une dynamique sur l'importance de fiabiliser le recueil de l'identité patient dans

les services de soins et conduire à une réflexion sur les défaillances du circuit de l'information et de l'identité patient.

4.3 Etat des lieux

L'établissement n'ayant pas de serveur d'identité, la mise en œuvre de la politique d'identification concerne donc aussi le logiciel du laboratoire (PROLAM-PROGIMED), il n'y a pas d'interopérabilité entre le système informatique du laboratoire et le logiciel (SANTE 400) qui détermine l'identifiant utilisé dans l'établissement.

L'identification des échantillons dans les unités de soins est réalisée à l'aide d'étiquette identifiante issu du logiciel SANTE 400, cette étiquette est composée des traits stricts du patient (Nom de naissance -Nom marital -Prénom -Date de naissance -sexe) qui sont les informations minimales pour identifier le patient.

En janvier 2009, 20% des identités patient sont manuscrites sur les prescriptions, il s'agit dans la majorité des cas des entrants pour lesquelles les étiquettes identifiantes n'ont pu être éditées avant la prescription (problèmes organisationnels, logistiques...).

Il paraît important que la saisie dans le SIL de cette première prescription soit la plus fiable possible afin d'éviter toute ambiguïté. Malgré les recommandations mises en place par la cellule d'identito-vigilance de nombreux problèmes subsistent.

Le SIL ne possédant pas d'outil piste permettant de déterminer à partir des créations et modifications, les discordances d'identités, ni le taux de doublon, c'est par retour d'expérience et évaluation pendant un mois que l'on peut estimer à environ 8% le pourcentage de défaillance d'identité dans le SIL.

A titre indicatif le seul taux de doublons serait globalement de 4,5%, selon une étude réalisée en 2001 dans 160 établissements par le GMSIH((Groupement pour la Modernisation du Système d' Information Hospitalier).

Peut-on attribuer à la seule prescription manuscrite ce taux relativement élevé d'identité erronée?

La réflexion doit aussi porter sur les pratiques de saisie et de recherche des identités dans le SIL.

4.4 Les modes de défaillance (figure 4)

Pour ne pas rendre cette étude trop lourde à manipuler pendant le temps imparti pour sa réalisation, la méthode traditionnelle des 5M n'a pas été retenue pour déterminer les causes, seules les défaillances déjà observées dans le service seront recensées.

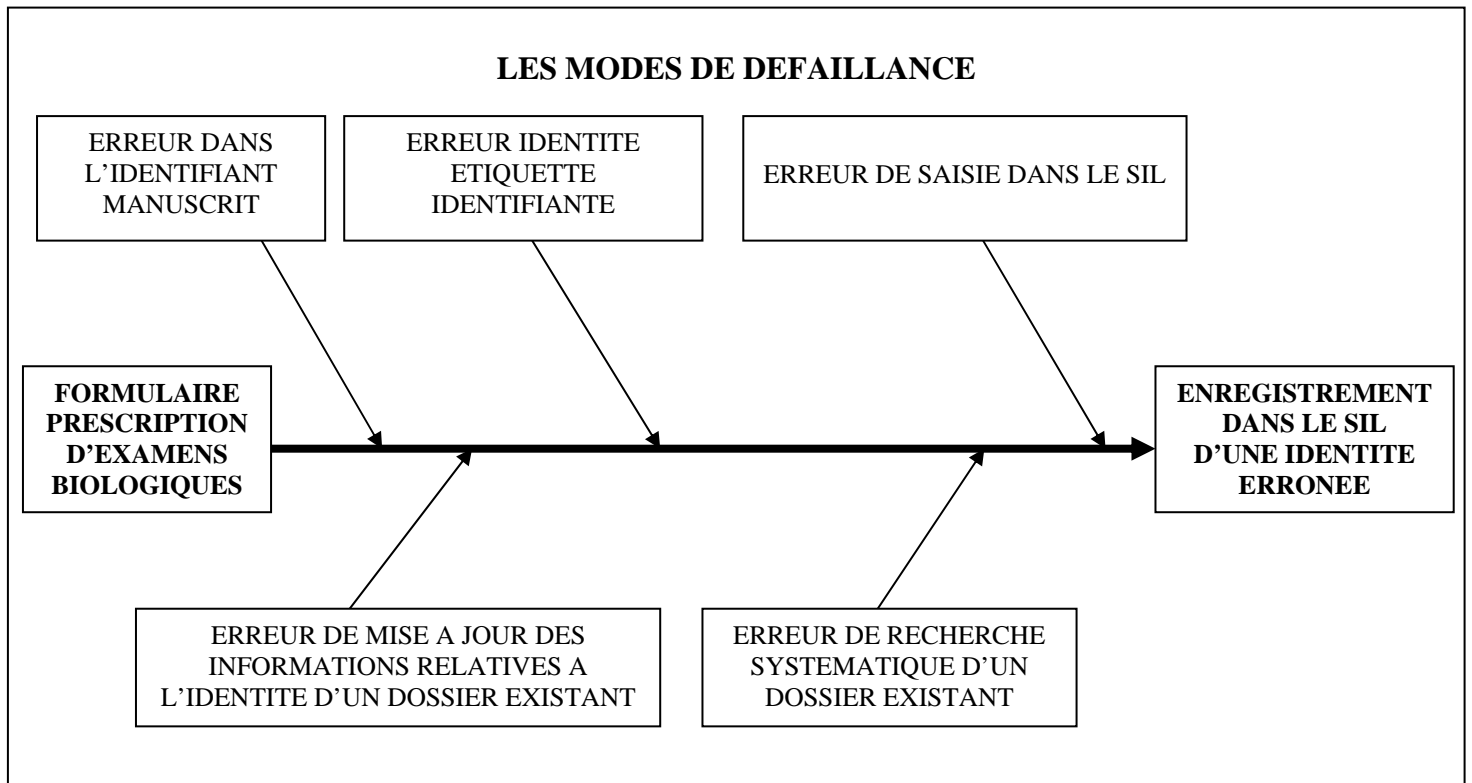


Figure 4 – les différents modes de défaillances

4.5 Analyse des modes de défaillance

Afin d'estimer l'importance des différents modes de défaillance en fonction des effets observés, et dans le but d'obtenir une règle d'action pour cibler les axes d'amélioration possible, il est proposé pour analyser les modes de défaillance d'y adjoindre la notion de criticité.

Pour chaque domaine de défaillance, on évaluera la criticité grâce à une grille de chiffrage comprenant les trois paramètres caractérisant la criticité :

- La fréquence **F**
- La gravité **G**
- La détectabilité **D**

La criticité étant le résultat de la multiplication de ces trois paramètres :

$$C = F \times G \times D$$

- Grille de chiffrage de la criticité (figure5).

Note	Fréquence	Gravité	DéTECTABILITÉ
	Plus d'une fois...	Risque pour la prise en charge du patient	Probabilité de détecter l'erreur
1	Par trimestre	Nul	Oui
2	Par mois	Leger	Dans certain cas
3	Par semaine	Modère	Rarement
4	Par jour	Grave	Non

Figure 5 – Grille de chiffrage de la criticité

L'attribution des notes concernant la fréquence, la gravité et la détectabilité a été mesurée par le retour d'expérience du signalement des événements indésirables pour la période mars-mai 2009.

- Calcul de la valeur de criticité pour chaque défaillance (Figure 6).

Défaillances	Fréquence	Gravité	DéTECTABILITÉ	Criticité
Erreur identité étiquette identifiante	1	4	2	6
Erreur dans l'identifiant manuscrit	3	4	2	24
Erreur de saisie dans le SIL	2	4	4	32
Erreur de recherche systématique d'un dossier existant	2	3	4	24
Erreur de mise à jour	1	2	2	4

Figure 6 - Tableau de calcul de criticité pour chaque défaillance.

4.6 Les axes d'améliorations

Au regard des valeurs de criticité obtenues, il est important dans un premier temps, non pas d'améliorer le recueil des identifiants manuscrits comme le laisse entrevoir l'analyse brute des non conformités (chapitre 2.3) mais de mettre en œuvre des moyens pour réduire les erreurs à la saisie dans le SIL des identifiants.

Techniquement il s'agira de mettre en place **des règles de saisie**.

Il est aussi important de réduire l'impact des erreurs de saisie de l'identité au cours des recherches systématiques de dossier existant, pour cela il est fait appel aux recommandations du GMSIH (identification patient - Tome 1), et plus particulièrement à la mise en place de la **recherche d'identité par la date de naissance** qui est un trait d'identité beaucoup plus discriminant que le nom.

Concernant les erreurs des identifiants manuscrits (problème qui concerne d'autre service : pharmacie, consultation externe) et après présentation de cette étude à la cellule d'identito-vigilance, il est décidé de l'envoi d'un courrier (de rappel) aux prescripteurs sur l'importance que soit rédigé le nom et prénom en lettre capitale afin d'éviter toute ambiguïté lors de la saisie de l'identité patient dans les différents logiciels de l'établissement.

Les valeurs de criticité pour les erreurs de mise à jour des informations patients, et les erreurs étiquettes identifiantes confirme que le circuit de signalement des observations, et la saisie des identifiants sur SANTE 400 fonctionne correctement.

4.7 Etat d'avancement du projet

- **Les règles de saisie** : Après consultation de l'équipe du laboratoire, la réalisation d'une fiche d'instruction (cf. ANNEXE 3) fut préférée à un protocole, la réalisation d'un protocole d'enregistrement est néanmoins prévue.

Le but est, d'une part, de formaliser et d'améliorer le recueil de l'identité patient dans le SIL d'autre part, de mettre en œuvre une politique d'identification au sein de l'établissement, les règles de saisie énoncées dans la fiche d'instruction seront semblables à celles du logiciel (SANTE 400) qui détermine l'identité patient dans l'établissement.

Ces règles de saisie sont désormais en place au laboratoire depuis juin 2009, et l'ensemble de l'équipe reconnaît leur utilité.

- **Recherche d'identité par la date de naissance** : Le logiciel du laboratoire (PROLAM) permettant une recherche d'identité par la date de naissance, il fut décidé de commencer par une phase test de 15 jours.
Malgré un certain scepticisme de l'équipe (que je partageai) concernant ce changement. L'emploi de ce trait d'identité fortement discriminant a rapidement permis des recherches d'identité très efficaces et rapides.
Il reste encore à adapter l'ergonomie des champs d'enregistrement du logiciel avant la mise en place définitive de la recherche d'identité par date de naissance. Un contact est prévu en septembre avec la société éditrice du SIL (PROGIMED) afin de procéder à ces modifications.

- **Courrier aux prescripteurs sur l'importance d'une identification sans équivoque** : ce thème est inscrit à l'ordre du jour de la réunion de septembre 2009 de la cellule d'identito-vigilance.

Concernant l'évaluation des mesures mises en place, le choix d'un indicateur concernant la qualité des données étant difficilement réalisable avec le logiciel PROLAM (pas d'outil pour la recherche de doublon...), l'indicateur mis en place concerne plus l'utilisation des outils d'administration de l'identité, il s'agit du taux de fusions et du taux de modifications des identités, l'évaluation se faisant mensuellement. Début de l'évaluation : septembre 2009 puis mars 2010.

5. Conclusion

- La hiérarchisation des axes d'amélioration a permis de se concentrer sur des priorités concernant la fiabilisation de la phase pré analytique.
- Le bilan des actions conduites est globalement positif, le formulaire de prescription d'examens bactériologique a été favorablement accueilli par l'ensemble des prescripteurs et des soignants.
Des améliorations notables sont en cours de réalisation pour le recueil des échantillons bactériologiques et de leurs renseignements cliniques.
- Concernant la gestion des identités (même si la démarche n'a pas encore été évaluée à ce jour) les règles mises en place ont permis d'améliorer la saisie des identités et de sensibiliser l'équipe du laboratoire à l'identito-vigilance. Il reste néanmoins à formaliser un protocole « d'identification d'un patient » et mettre en place la gestion des identités particulières (patient désirant garder l'anonymat, patient qui ne se souvient plus de son nom ou qui refuse de le donner).

Je conclurais sur les difficultés rencontrées pendant ce travail :

- Sur le plan technique : Travailler dans une équipe restreinte et impliquée dans le domaine de l'assurance qualité a permis une appropriation du projet par l'équipe, permettant ainsi d'amoindrir les difficultés techniques.
- Sur le plan personnel : je pourrais citer avec humour les difficultés rédactionnelles rencontrées ou le manque cruel de temps pour approfondir le chapitre sur la gestion des identités.
Plus sérieusement, l'avenir fortement compromis de notre petite structure a été un frein pour axer ce projet dans la future accréditation obligatoire des laboratoires, ce travail s'inscrit peut être plus dans une démarche de progrès que dans une démarche qualité?

BIBLIOGRAPHIE

DENIS F., PLOQ M., MARTIN C. – Bactériologie médicale les techniques usuelles.
Edition ELSEVIER MASSON 2007

MAHOUDEAU I., RIEDER C., KUBINA M., PIEMONT Y. – L'étape pré-analytique en
bactériologie. Revue RFL 1999 n°317

UNATEB – Les bonnes pratiques de prélèvement.
Collection « les cahiers de laboratoire » 2000

Les guides C.CLIN OUEST – Prélèvements de plaies.2004
www.cclinouest.com/pages/plaies_pansements.htm

GMSIH – Identification du patient TOME 1 « identification et rapprochement ».2001
GMSIH – annexe 4. Analyse de l'existant. 2001
www.gmsih.fr/fre/nos_publications/articles_publications/identification_du_patient

CN info santé – identification du patient- guide des bonnes pratiques version 1.1
Edition AFNOR 2002

LANDY G. – AMDEC guide pratique.
Edition AFNOR 2003

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé
DOSSIER DU PATIENT : Méthodes d'amélioration de la qualité – ANAES juin 2003

Guide des bonnes de bonne exécution des analyses (G.B.E.A.) - Journal Officiel de
la République Française n°104 du 4 mai 2002.

Manuel de certification des établissements de santé V2010– Edition ANAES. juin
2009.

NF EN ISO 15189
Edition AFNOR. Octobre 2003.

ANNEXES

- I. Compte rendu réunion mars 2009**
- II. Feuille de prescription d'analyses bactériologique**
- III. Fiche d'instruction : Règles de saisie**

ANNEXE I

Compte rendu réunion mars 2009

FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Compte rendu réunion du 12 mars 2009

Présents:

Mr C. ANDRE, Mme A. AVENEL, Mme C. JAOUEN, Melle C. JOUSSET, Mr X. PREVOST, Mr B. VILLENEUVE,

Absents excusés:

Melle I. GOUTMAN, Mme M. BOUSQUET

1. intérêt de proposer une feuille de demande d'examen bactériologique.

Pour tous les participants (y compris les absents à qui la question a été posée) cette demande serait d'une grande utilité.

2. Présentation de la maquette.

La demande est jugée claire et ne semble pas poser de problème.

3. Contenu.

Les participants ont apprécié le verso de la demande contenant des renseignements synthétiques sur les prélèvements bactériologiques les plus courants.

Cela ne doit pas dispenser le personnel soignant de prendre connaissance des divers protocoles de prélèvement et du guide des prélèvements rappelle le biologiste.

Le somaticien propose de rajouter 2 items en renseignements cliniques : patient « fragile » et contrôle après traitement.

Pour certains participants une information sur la durée des différentes analyses serait souhaitable sur la demande. Cela paraît difficilement réalisable, il est convenu que lors de l'actualisation du guide des prélèvements, un chapitre sur le délai des examens bactériologique soit créé.

4. Suite à donner

Le projet semble abouti pour l'ensemble des participants permettant une mise en place rapide de la demande (début avril). Le biologiste se chargera de la lettre d'information aux prescripteurs et à la cellule qualité, l'équipe du laboratoire se chargera de modifier l'actuelle demande d'examen (suppression du chapitre bactériologie, et récupération dans les services des demandes obsolètes) et de mettre en place la demande d'examen de bactériologie et la demande d'examen sanguin actualisée.

ANNEXE II

Feuille de prescription d'analyses bactériologique
(recto / verso)

NOM ! _ _ _ _ _
Prénom ! _ _ _ _ _
Né (e) le : ! _ _ _ _ _
Unité fonct. :

Prescripteur Dr : Signature :
Examen pour le :
Nom du préleveur :
Date prélèvement : Heure :

Renseignements cliniques :

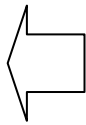
ANTIBIOTHERAPIE ACTUELLE ? NON OUI laquelle ?

BMR CONNUE ? lequel ?

Patient "fragile" ? Examen de contrôle après traitement ?

Préciser:

- **Numéro:**
- **Date:**
- **Heure:**
- **T°patient:**



HEMOCULTURES

- Hemoc.peripheriq.
- Hemoc.par cathéter

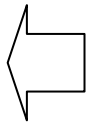
URINES

- ECBU
 - ECBU par sondage
 - ECBU sonde à demeure
 - Ag Légionnelle
 - Ag Streptocoque
 - BK urinaire
- N°1 N°2 N°3

MATERIEL

- Cathéter
- Sonde
- Redon
- Stérilet
- Mèche

Préciser la localisation:



LESIONS SUPERFICIELLES

- Escarre
- Cicatrice
- Ulcère
- Fistule
- Abscess
- Ecoulement
- Brûlure
- Autre

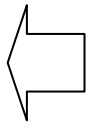
SECRETIONS BRONCHO PULMONAIRES

- Expectoration
- Aspiration bronchique
- BK

GENITAL

- Vaginal
- Urétral
- Chlamydia
- Mycoplasme

Préciser origine et localisation:



LESIONS PROFONDES

- Pus

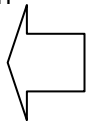
O.R.L.

- Gorge
- Oreilles
- Fosses nasales
- Langue
- Antigène grippal
- Œil dt Œil gc

LIQUIDES DE PONCTION

- Articulaires
- Ascite
- LCR
- Pleural
- Péritonéal
- Kystique
- BK sur ponction

Préciser le type de lésion et sa localisation:



MYCOLOGIE

- Cutané
- Muqueux
- Phanère

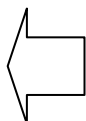
SELLES

- Coprologie
- Parasitologie
- Clostridium difficile
- TOX A/B
- Adeno / Rotavirus

Examens biochimiques demandés:

- Protides
- Glucose
- Chlore
- Amylase
- LDH
-

Nom de la bactérie recherchée et origine:



RECHERCHE DE BACTERIE DESIGNEE (BMR)

AUTRES PRELEVEMENTS

Etiquetage et transport au laboratoire

- Effectuer l'étiquetage immédiatement après le prélèvement (nom, prénom, date de naissance)
- Indiquer l'origine du prélèvement et les renseignements cliniques
- Transporter rapidement au laboratoire, l'acheminement doit être inférieur à 2 heures
- Pour tout autre examen contacter le laboratoire (poste 7871)

**Horaires du laboratoire: Du Lundi au Vendredi 8h30 à 17h30
Samedi 9h à 12h**

- **ECBU** : La réalisation du prélèvement sera confiée au patient, il conviendra donc de leur fournir des renseignements précis.
Prélever de préférence le matin.
Utiliser un flacon stérile disponible au laboratoire.
Lavage soigneux des organes génitaux externes avec un savon doux ou une Solution antiseptique (Bétadine gynéco) puis rinçage à l'eau.
Ouvrir le flacon au dernier moment.
Le **premier jet d'urine part au WC** (diminution du risque de contamination par les germes cutanés et muqueux)
Puis le flacon est rempli en milieu de miction et immédiatement refermé.
Le couvercle doit être revissé à fond.

- **LESIONS SUPERFICIELLES : Il faut éviter la contamination par la flore commensale**, pour cela effectuer un lavage de la lésion à l'eau et au savon antiseptique, puis un rinçage avec de l'eau physiologique puis sécher délicatement par tamponnement.
Aspirer le liquide inflammatoire à l'aiguille fine en cas de plaie produisant du liquide (très peu de liquide est nécessaire).
Aspirer 1ml de sérum physiologique pour éviter que le prélèvement ne se dessèche
Eliminer l'aiguille dans un collecteur et protéger l'embout de la seringue avec un capuchon type combistopper.
En cas de lésions non productives (technique moins fiable d'interprétation)
Prélever **deux écouvillons** au niveau de la suppuration.
Placer un des deux écouvillons dans un milieu de transport.

- **EXPECTORATIONS** : Le matin au réveil à jeun **après rinçage buccodentaire** à l'eau distillée stérile, lors d'un effort de toux et avec l'aide d'un kinésithérapeute si nécessaire.

- **HEMOCULTURES** : Le caractère **stérile** de ce prélèvement est **indispensable**.
Les moments les plus favorables au prélèvement sont les pics thermiques,
Les prélèvements seront répétés, le nombre pratiqué étant habituellement de 3 espacés d'une heure d'intervalle entre chacun.
Il est important de noter l'heure du prélèvement, la température du patient, et de numéroter la série d'hémoculture.
 - Désinfecter soigneusement le site à ponctionner et laisser sécher au moins une minute.
 - Déconditionner et visser une tubulure de prélèvement (Safety lok) sur une "tulipe" spéciale hémoculture.
 - Retirer la capsule transparente de protection des flacons et désinfecter les bouchons des flacons à l'aide de solution iodée, placer le garrot.
 - Introduire l'aiguille à ailettes de la tubulure dans la veine du patient, le sang apparaît dans la tubulure.
 - **Inoculer les flacons jusqu' au trait rouge** au moyen de la "tulipe" **d'abord le flacon vert (aérobie) puis le flacon rouge (anaérobie)**.
 - Retirer le garrot et retirer l'aiguille à ailettes avec la tubulure et les éliminer.

- **RECHERCHE DE BMR DESIGNEE** : Prélèvement de plaie à **visée épidémiologique**
Le prélèvement se réalise par écouvillonnage **sans désinfection préalable**.
Indiquer le nom ou les noms des bactéries recherchées et l'origine du prélèvement.

1	2	3	4	5	6	7
J	C	Z	X			

ANNEXE III

Fiche d'instruction : Règles de saisie

LABORATOIRE IMR	IDENTIFICATION PATIENT ET REGLES DE SAISIE	Type : Fictrav réf. : identito 1 version : 01 création : juin 2009
----------------------------	---	---

TRAIT	TYPE	DEFINITION DE LA SAISIE
Noms de naissance Noms d'usage	ALPHABETIQUE	En majuscule Pas d'accent Pas d'abréviation Pas de caractères diacritique (-, ', ^) Séparateur pour nom composé : un seul espace entre chaque nom différent et entre chaque segment du nom. Pas de tiret, pas d'apostrophe, ils sont remplacés par un espace. Ex : De L'atre De Vigny doit être saisi DE L ATTRE DE VIGNY
Prénoms	ALPHABETIQUE	En majuscule Pas d'accent Pas d'abréviation Pas de caractères diacritique (-, ', ^) Séparateur pour prénom composé : un seul espace entre chaque prénom différent et entre chaque segment du prénom. Pas de tiret, pas d'apostrophe, ils sont remplacés par un espace. Ex : Jean-Pierre doit être écrit JEAN PIERRE
Date de naissance	NUMERIQUE	Systématiquement 2 caractères pour le jour et le mois ; 4 pour l'année.