

Erreurs de receveurs en Normandie

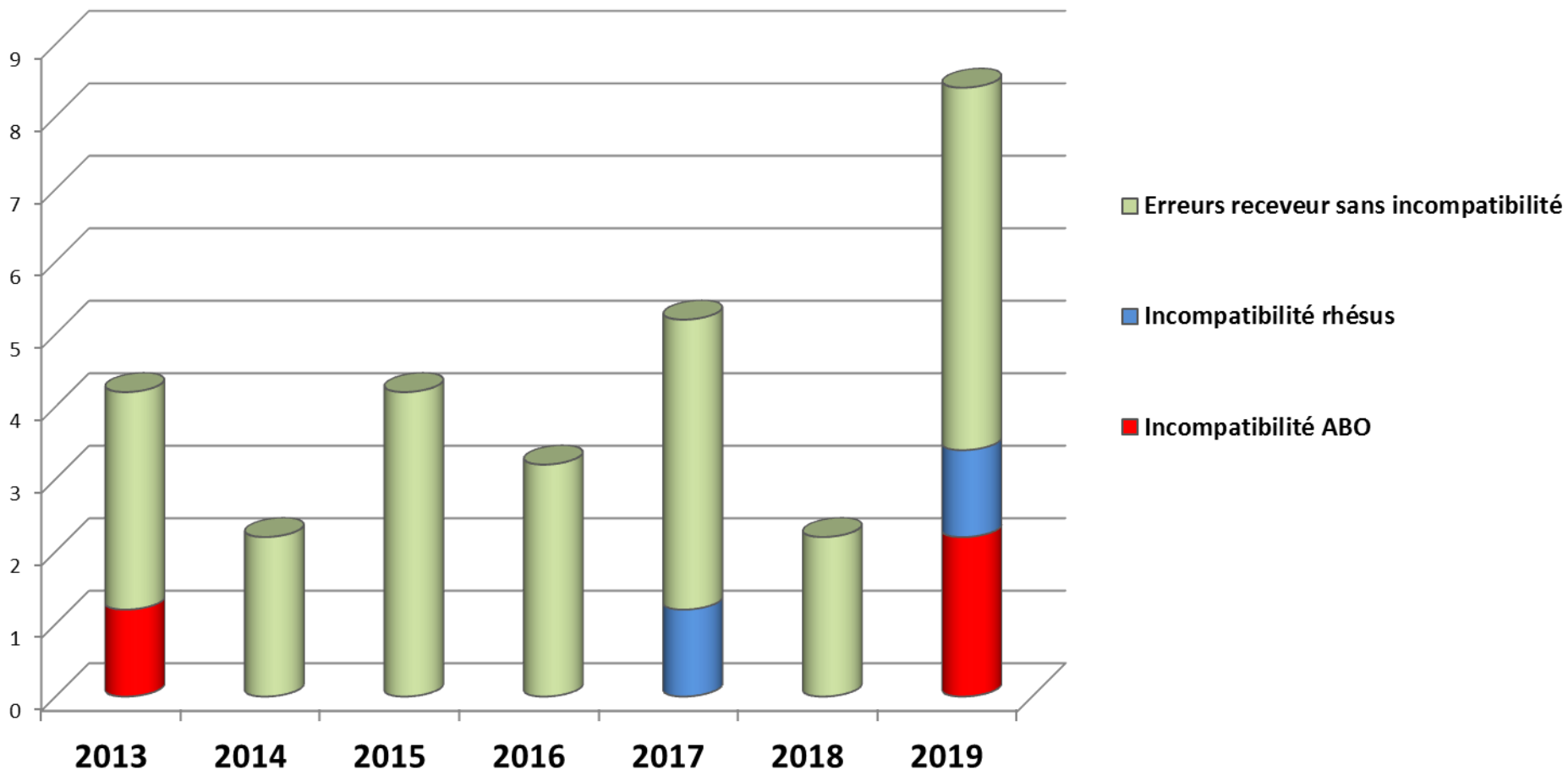
Isabelle HERVÉ : CRHST Normandie
Dada MUSAFIRI: CRHST Normandie

Absence de conflit d'intérêt



IG erreurs de patients en Normandie

- 3 cas en janvier 2019/ 2 cas en février / 2 cas en avril
- Evolution des erreurs receveurs déclarées sur 7 ans



Cas N°1 / incompatibilité ABO

- ES avec dépôt relais / service pneumologie
- Mr H et Mme J hospitalisés dans le même service (pneumologie).



Mr H
Prescription d'1 CGR
O D-C-E-c+e+/RAI-

IDE 1



Mme J
Prescription d'1 CGR
AB D-C-E-c+e+/RAI-

IDE 2



- 8h45 : service calme mais activité intense prévue / les IDE organisent leur travail et décident de réaliser les 2 transfusions prescrites pour ces 2 patients, avant l'arrivée des médecins et le staff médical.

Cas N°1

- 8h45: IDE2 appelle le dépôt puis descend chercher le CGR de Mme J. La technicienne lui propose de prendre également le CGR de Mr H.
- IDE2 prend les 2 CGR, chacun étant dans sa propre boite de transport, accompagné :
 - de sa fiche de délivrance (à l'intérieur de la boite)
 - pliée en 2,
 - le numéro du PSL sur le dessus
 - du dossier transfusionnel (dans la boite ou posé dessus?).
- 9h00: IDE2 remontée dans le service pose les 2 boites sur la paillasse en salle de soins, positionnant le dossier transfusionnel à proximité (sur la boite ou à coté ?).
- Les 2 IDE effectuent immédiatement leur contrôle à réception en salle de soins en parallèle: chacune contrôle alors la boite concernant les PSL de son patient.



Cas N°1

- Le contrôle de l'identité du patient est fait à partir du dossier transfusionnel (DT).
Le contrôle du PSL est fait à partir de la fiche de délivrance avec une attention particulière sur le phénotype (RH-1), mais pas ABO.
- Puis chaque IDE part dans la chambre de son patient et réalise son CUPT.
 - Contrôle de concordance : vérification de l'identité par rapport au DT / Pas de contrôle de la concordance ABO entre PSL et patient.
 - Epreuve de compatibilité ABO / lecture :
 - **IDE 1: CGR B, patient O → Compatibilité considérée OK**
 - **IDE 2: CGR O, patiente AB → Compatibilité OK**



Cas N°1

- 9h05 : IDE 1 pose la transfusion de Mr H / constantes OK
- 9h40 : IDE 2 afin de remplir la traçabilité, déplie la FD et constate l'erreur : l'identité figurant en haut ne correspond pas à celle de Mme J. Donc, pensant que c'est une erreur de feuille, IDE 2 va voir sa collègue IDE1, pour échanger la feuille.

Mais ...

Cas N°1

- En voulant coller l'étiquette du PSL sur la fiche, IDE1 s'aperçoit de l'erreur → ce n'était pas une inversion de FD, mais une inversion de boîte.



- Arrêt des 2 transfusions :
 - IDE 1 vient de transfuser environ 100 ml d'une poche B à son patient de groupe O
 - IDE 2 a posé le CGR O à sa patiente AB
- Le patient va bien / constantes OK, puis frissons, douleurs lombaires, marbrures...
- Appel du médecin et information de l'hémovigilante.
- Transfert du patient en surveillance continue
 - constantes stables, dégradation secondaire puis retour en pneumologie
 - Pas d'hémolyse identifiée biologiquement

Ecart constatés :

- Contrôle à réception
- Contrôle de concordance documentaire au lit du patient
- Contrôle de compatibilité ABO, ne respectant pas le mode d'emploi



Pourquoi ?



SAFETY CARD AB

Patient (Nom & Prénom) :
Nom de naissance : 10.01.18
Date de naissance :
CGR N° :

1 Déposer 1 \blacktriangle de sang du patient dans \square et 1 \blacktriangle de sang du CGR dans \square .
2 Déposer 1 \triangle de sérum physiologique - NaCl 0,9% dans les 4 alvéoles.
3 Prélever et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert puis mélanger en évitant toute contamination.
4 Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis interpréter.

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient **interdit la transfusion.**»

En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.

Conclusion : transfuser OUI - NON

Réalisé au lit du patient par (Nom) :
Date : 10.01.18 Heure : 9h10 Signature :

Analyse du cas dans le cadre d'une ACR :

Facteurs influents ou contributifs ?

L'IDE

Jeune IDE, nouvelle dans l'ES, ne connaissant pas le dispositif de contrôle de compatibilité

L'Institution

Pas de formation systématique des nouvelles IDE au dispositif de contrôle de compatibilité en vigueur

Les procédures

Procédure de contrôle à réception manquant de clarté (au dépôt et dans le service)

L'organisation

Dépôt : remise simultanée à une même IDE de plusieurs PSL destinés à plusieurs patients


Mesures correctrices proposées:

- Information des cadres pour formation en interne immédiate des nouvelles IDE au dispositif de CUPT
- Nomination d'IDE référentes hémovigilance et organisation d'une formation hémovigilance sur 2 jours
- Diffusion d'un « appel à la prudence » en interne pour sensibilisation à l'importance du contrôle à réception et du contrôle de concordance documentaire
- Présentation du cas et des mesures correctives en CSTH
- Révision des procédures:
 - Contrôle à réception des PSL dans les services
 - Remise des PSL pour 1 patient à la fois sauf cas particuliers à identifier

Cas N°2/ incompatibilité ABO

- EFS dans l'enceinte de l'ES
- Service de chirurgie orthopédique
- Organisation du service :
 - les soins et autres pansements sont faits le matin afin de dégager du temps l'après-midi pour réaliser les transfusions
 - Lorsque plusieurs transfusions sont programmées dans un service, la délivrance est faite un PSL à la fois et pour un seul patient en concertation entre le service et l'EFS pour l'horaire de la délivrance.
- Ce jour là :
 - 3 IDE dont une avec un horaire décalé (temps horaire 12h)
 - 15 patients (pas de surcharge de travail).

Cas N°2

- 9h : Prescriptions de transfusion d'1 CGR pour 3 patients faxées à l'EFS :
 1. Mme F : groupe O, RH-1, RAI négative
 2. Mme L : groupe A, RH1, RAI négative
 3. M C : groupe O, RH1, RAI négative
 - 12h : **Délivrance d'un CGR pour Mme L** qui est réceptionné par l'IDE en horaire décalé (c'est elle qui est en charge des 3 transfusions)
 - 12h10 : L' IDE va **dans la chambre de Mme F** et fait le contrôle ultime.
-  A ce moment, la patiente indique à l'IDE qu'elle est de groupe O, l'IDE aurait dit à la patiente qu'elle se trompait, qu'elle était A.
- 12h20 : Début de la **transfusion de Mme F** → **CGR A / patiente O**
 - 12h40 : Appel de l'EFS **pour prévenir que le CGR pour Mme F est prêt** .

Au téléphone, l'IDE aurait marqué un temps d'arrêt, trahissant peut être le début de la prise de conscience de l'erreur.



Cas N°2

- 12h45 : arrêt transfusion par l'IDE, et appel de la technicienne de l'EFS pour la CAT.
- La technicienne EFS : arrêt de la transfusion et appel du conseil transfusionnel de l'EFS => demande que l'anesthésiste passe voir la patiente qui devrait être surveillée en USC
- 13h : Passage du MAR qui constate que la transfusion est arrêtée mais que le CGR est toujours branché. Il demande qu'on envoie la poche à l'EFS pour évaluer le volume transfusé (30 à 50 ml).
- 13h15 : La patiente présente des frissons, une HTA (125 => 210 mm de Hg), une désaturation (?) et une bradycardie (?)

Transfert de la patiente en USC pour surveillance

⇒ Hémolyse intravasculaire d'évolution favorable en 72h

Ecart constatés : IDE

- Contrôle à la réception (absence ou non conforme)
- Contrôle documentaire au lit du patient (absence)
- Non prise en compte des informations données par la patiente
- Contrôle de compatibilité (mauvaise interprétation)



Pourquoi ?

SAFETY CARD AB **DIAGAST**

Patient (Nom & Prénom) : _____ CGR N° : **1**

Nom de naissance : _____ A +

Date de naissance : _____ 04171691838203

1

1 Déposer 1 de sang du patient dans et 1 de sang du CGR dans .

2 Déposer 1 de sérum physiologique NaCl 0.9% dans les 4 alvéoles.

3 Prélèver et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert puis mélanger en évitant toute contamination.

4 Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis interpréter.

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion.»

En cas de doute, contacter _____ et la transfusion.

Conclusion : **OUI** - NON

07 / / SN Réalisé au lit du patient

593000
2019-08
033864

Date 6/1/19 Heure 12h20 Signature

Analyse du cas:

Facteurs influents ou contributifs ?



- Pas de surcharge de travail
- Pas de partage des tâches
- Un seul CGR délivré pour une patiente
- Les 2 patientes n'étaient pas dans la même chambre
- Les groupes sanguins étaient différents

Analyse du cas en RMM:

Facteurs influents ou contributifs ?



L'IDE

- Pas de patients dédiés (elle était en aide des 2 autres IDE)
- Elle voulait terminer les transfusions avant son départ à 17h

Le service

La réception et le contrôle documentaire sont « habituellement » réalisés dans la salle de soin



L'Institution

- IDE aurait commis des erreurs dans le passé

=> mutée dans un service considéré comme non à risque

L'Institution

- Pas de vérification des compétences de l'IDE
- Pas de remise à niveau de ses connaissances
- => dernière formation en hémovigilance en 2005

L'Institution

- Peu d'implication dans la formation continue des IDE et absence d'évaluation des formations faites dans l'ES

Mesures correctrices proposées:

- **Remise à niveau des compétences de l'IDE :**
 - Réalisation et interprétation du contrôle de compatibilité pour les CGR
- **Rappel des bonnes pratiques transfusionnelles dans le service :**
 - Contrôle à réception dans le service
 - Contrôle ultime au lit du patient (unité de temps, de lieu et d'action)
- **RMM le 26 février :**
 - Création d'une fiche synthétique de l'acte transfusionnel pour les IDE et sages-femmes
 - Nomination d'un réfèrent hémovigilant (par service) pour la transfusion sanguine
 - Plan de formation avec obligation
 - formation sur la transfusion sanguine et l'hémovigilance
 - Quizz (site SFVTT)

Analyse de ces 2 cas:

Absence de perception du risque par l'Institution




- Non respect du contrôle à réception des PSL dans le service
- Non maîtrise du contrôle ultime pré-transfusionnel par l'IDE




Erreur ABO qui était évitable

Autres erreurs de receveur depuis janvier 2019

• CAS N°3:


- **2 commandes simultanées** pour 2 patients du même service
- Livraison des **2 conteneurs en même temps**
- Contrôles à réception faits par IDE 1 et 2, mais conteneur déposé dans la **mauvaise chambre par IDE1 pour IDE3 en charge du patient**
- Contrôle concordance au lit du malade par IDE3 sans contrôle d'identité sur FD/ **auto-interruption de tâche** 
- Intervention de 5 IDE au total / IDE pressée de partir / **entraide / dilution des tâches et des responsabilités**

• CAS N° 4:

- Commandes simultanées pour 2 patients (1 CGR et 1 CP)
- 2 PSL placés dans le **même conteneur par le coursier** 
- **Prise en charge d'un patient supplémentaire par 1 IDE transitoirement**
- **Contrôle concordance en salle de soins / interruption tâche**
- **Reprise au moment de l'arrêt en pensant avoir contrôlé les documents**

Autres FIG /erreurs de receveur depuis janvier 2019

- CAS N° 5:

- Prescription 2 CGR pour 2 patients /1 patient ajouté sur créneau horaire inhabituel
- **Arrivée simultanément des 2 commandes dans 2 glacières** 
- Contrôle à réception OK et transfusion du 1^{er} CGR OK pour les 2 patients
- Erreurs pour le **2^{ème} CGR resté dans la glacière sans document** et transfusé par une **IDE venant de prendre son poste.**

- CAS N° 6:

- Prescriptions de CGR pour 2 patientes.
- **Bons de retrait envoyés par 2 IDE par pneumatique.**
- Réception d'1 CGR par pneumatique, IDE 1 pense que c'est le sien car ne sait pas que IDE 2 a également envoyé un bon de retrait.
- Pourtant étiquette de compatibilisation avec identité patiente !

AU TOTAL

- Des dysfonctionnements échelonnés
- Des établissements différents
- **Dans tous les cas, non respect des modalités :**
 - de contrôle à réception
 - de contrôle ultime pré-transfusionnel
- **Importance de la formation des nouveaux arrivants**
 - Formation dans les IFSI avec le dispositif de l'ES auquel est adossé l'IFSI
 - Dispositifs de CUPT différents d'un ES à l'autre (sens de lecture, raisonnement)
 - Certaines IDE sortant de l'école n'ont jamais transfusé
 - ➔ Habilitation à transfuser?
 - ➔ Check-list?

AU TOTAL

- **Identification de référents Hémovigilance (IDE, IADE, SF) dans les services de soins**
 - Tuteurs pour nouvelles IDE
 - Relais pour le CHV
 - Repérage des dérives ou IDE en difficulté par rapport à la transfusion
 - ➔ Fiches de poste
- **On retrouve des facteurs influents tels que :**
 - l'interruption de tâche
 - l'entraide entre IDE / manque de communication entre IDE
 - Plusieurs PSL remis à une même IDE
 - PSL désolidarisés de la fiche de délivrance



IG erreurs de patients en Normandie

Actions :

- **Janvier 2019** : mail de sensibilisation à tous les CHV pour diffusion aux cadres et action dans les ES
- **Mai 2019** :
 - mail direction IFSI pour présentation systématiques des différents dispositifs de CUPT
 - intervention en réunion régionale des cadres soignants

Mail des CRH, relatif aux erreurs de receveur

- Exigence du respect des dispositions de la circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS N° 2003 582 du 15 décembre 2003 relative à l'acte transfusionnel pour :
 - le contrôle à réception des PSL,
 - le contrôle ultime prétransfusionnel dans ses 2 étapes
→ procédures claires et connues des professionnels de l'ES.
- Importance de la formation des nouveaux arrivants au dispositif de contrôle de compatibilité ABO en vigueur dans l'ES .
- Intérêt de l'identification de référénts « transfusion » dans les services de soins pour favoriser la bonne application des procédures, mais également le repérage des professionnels en difficulté face à l'acte transfusionnel...
→ travail prévu : une maquette de fiche de poste de ces référénts sera diffusée pour appropriation dans les ES

Mail des CRH, relatif aux erreurs de receveur

- **Obligation de déclaration de tout dysfonctionnement relatif à une erreur de transfusion dans les meilleurs délais, indépendamment de l'état clinique du patient, après information de votre site de délivrance de PSL et du CRHST**
 - **Démarche d'amélioration de la qualité. Une analyse factuelle doit être réalisée pour permettre d'explorer les causes racines et dégager les actions d'amélioration à mettre en place dans l'ES.**

Merci de votre attention

Isabelle HERVÉ : CRHST Normandie

Dada MUSAFIRI: CRHST Normandie

Absence de conflit d'intérêt

