

CAS CONCRETS REGIONNAUX

C. Boivin, infirmière référente hémovigilante, CH Coutances et Mémorial Saint Lô

Dr S. Jeanne, pharmacien hémovigilant, Polyclinique du Parc Caen

J. Leforestier, ingénieur hémovigilance et UPRAS, CHU Rouen

M. Masse, infirmière hémovigilante, Centre Henri Becquerel Rouen

Dr X. Richomme, médecin responsable de dépôt de sang, Hôpital privé Saint Martin Caen



RAPPEL DE PSL PAR L'EFS NON PRIS EN COMPTE

RAPPEL DE PSL PAR L'EFS NON PRIS EN COMPTE

- Découverte d'une fiche de rappel par l'EFS d'un CGR pour destruction suite à une information post-don (gastro fébrile à J+4) **1 semaine après son envoi** dans la bannette hémovigilance de l'établissement.
Ce CGR (stock d'urgence vitale) est toujours dans l'enceinte du dépôt lors de la découverte de la fiche de rappel, et n'a donc heureusement pas été délivré (alors que 2 autres CGR du même groupe ont été délivrés du stock d'urgence vitale sur ce laps de temps...).
Application de la procédure de rappel dès prise de connaissance par l'établissement et renouvellement du stock pour ce CGR.
- Que s'est-il passé ?
Cette fiche de rappel a été faxée au numéro habituel connu de l'EFS, or ce n'était pas le numéro de fax des urgences où se situe le dépôt.
L'EFS n'a pas appelé le dépôt comme il est stipulé dans la procédure de rappel, car la distribution de l'EFS pensait que c'était l'hémovigilance de l'EFS qui appelait le dépôt de l'établissement.
- FIG conjointe ES/ETS déclarée.

ACTIONS CORRECTIVES

- Au niveau de l'ES : révision de la procédure « rappel par l'EFS de PSL non conforme : mise en quarantaine et retour » avec **précision du numéro du fax et du téléphone** du dépôt de l'établissement.
- Au niveau de l'EFS : révision de la procédure de prise en charge des IPD, avec discussion de cette nouvelle version au niveau des techniciens et cadre de distri/délivrance, en précisant l'**appel téléphonique au dépôt** en plus du fax lors d'un rappel PSL.

Incident Bactérien Transmis par Transfusion

Incident Bactérien Transmis par Transfusion

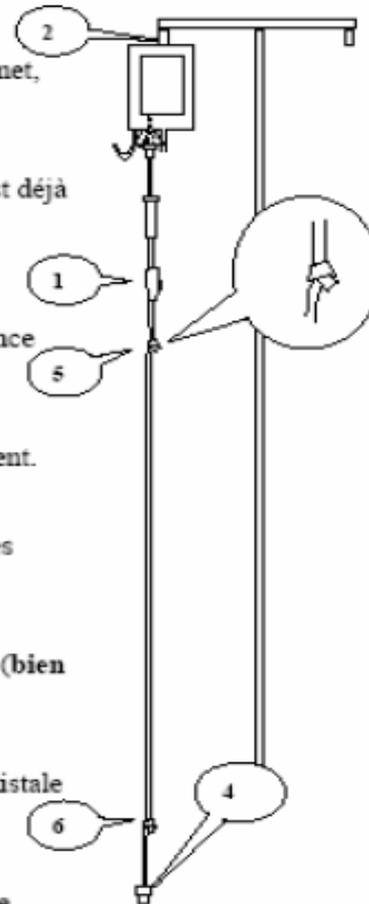
- Femme de 68 ans, prise en charge pour un Glioblastome.
- Aplasie post-traitement par radiothérapie-Temodal (GB 0.6 g/L).
- 20 min après la transfusion d'un MCP : frissons sans fièvre, céphalées puis fièvre à 39°5C (17 heures après la transfusion !) : Patiente hospitalisée.
- 3 hémocultures patient positives à streptococcus dysgalactiae.
- PSL : Bactério positive même germe MAIS non respect de la procédure de débranchement du PSL (pas de nœud).
- Absence de boudins satellites pour contrôle bactériologique donc enquête bactério sur les 5 CGR issus des donneurs : enquête négative, bactério et PCR (recherche d'ADN bactérien par biologie moléculaire).
- **Conclusion : IBTT mais imputabilité possible, contamination rétrograde possible.**

Comment débrancher une transfusion en cas d'EIR

COMMENT DÉBRANCHER UNE TRANSFUSION ?

Une fois l'arrêt de la transfusion effectué (roulette, ou robinet, ou clamp) :

- 1- Clamper avec la roulette du clamp si ce n'est déjà fait (ce clampage est insuffisant pour l'analyse bactériologique du PSL)
- 2- Laisser impérativement la poche sur la potence pour éviter tout reflux.
- 3- Débrancher la tubulure de perfusion du patient.
- 4- Boucher l'extrémité (bouchon ou à défaut les robinets en T) pour éviter les projections.
- 5- Effectuer avec la tubulure un premier nœud (bien serré) de quelques centimètres sous le filtre.
- 6- Effectuer un deuxième nœud à l'extrémité distale de la tubulure.
- 7- La poche est prête à être conservée pour une exploration bactériologique.
- 8- La poche peut être décrochée de la potence.



Erreur de receveur

Journée régionale
d'hémovigilance
18 mai 2017

Cas concret

2 IDE d'AM d'un même service doivent chacune transfuser un patient de 2 CGR.

- **17h05** : L'IDE n°1 : réceptionne les 2 CGR de son patient A dans la salle de soins.
 - **17h30** : L'IDE n°1 : après le contrôle ultime pose le 1^{er} CGR et laisse la glacière entreposée dans la salle de soins.
 - **18h50** : L'IDE n°2 : réceptionne les 2 CGR de son patient B dans la salle de soins.
 - **19h05** : Elle effectue le contrôle ultime et s'apprête à poser le 1^{er} CGR à son patient :
 - > Elle se rend compte que la voie d'abord est défectueuse.
 - **19H09** : L'IDE n°1 après avoir effectué les différents contrôles, pose le 2nd CGR à son patient puis
 - va aider L'IDE n°2 qui ne réussit pas à reperfuser son patient.
 - **19h40** : L'IDE n°2 démarre la transfusion du 1^{er} CGR à son patient B.
 - **20H30** : L'IDE n°2 va chercher le 2nd CGR pour son patient : une glacière est vide et dans l'autre glacière, le numéro du CGR présent ne correspond pas à celui qu'elle a réceptionné 1h30 auparavant.
- >> Elle en informe sa collègue : L'IDE n°1 se rend compte qu'elle a transfusée le 2nd CGR du patient B à son patient A.

Que s'est-il passé ?

Ecart :

- Absence des documents de traçabilité avec les 2nd CGR en attente dans les glacières,
- Absence de vérification de concordance entre la fiche de délivrance et le CGR .

Facteurs influents ou contributifs :

- 2 actes transfusionnels au même moment dans le même service
- 2 CGR prescrits pour 2 patients à transfuser le même AM
- Stockage des 2 glacières l'une à côté de l'autre dans la salle de soins
- Glacières non différenciées, de même couleur
- Charge de travail importante avec interruptions de tâches multiples : fugue d'un patient, retour de bloc, familles demandeuses...

>> Fort heureusement, les 2 patients étaient de même groupe ABO phénotype RH Kell et les 2 prescriptions étaient en CGR phénotypés.

Actions mises en place :

CREX mené par l'Idc hémovigilance et cellule qualité gestion des risques avec analyse et rencontre des équipes IDE et médicale afin d'établir des axes d'amélioration.

Erreur patient en transfusion

Méthode d'analyse :

ALARM (Association of Litigation And Risk Management)

Contexte :

- Service de médecine aiguë
- Prescription de la transfusion de 1 CGR au patient **X**
- IDE assure l'encadrement d'un élève
- 12 lits, activité normale
- Contrôles de concordance effectués dans la chambre du patient avec contrôle simultané de :
 - Prescription du médecin
 - Carte de groupe sanguin
 - Dossier transfusionnel
 - Fiche de délivrance du produit
- Contrôle ultime ABO pré transfusionnel :
 - Patient : A
 - CGR : A
- Contrôle de l'identité du patient (fait décliner d'identité) : réponse **Y**
- Non relevé par l'IDE → transfusion du CGR
- Après la pose et surveillance des 1ers ml passage à la chambre suivante
- Immédiatement l'IDE se rend compte de l'inversion de patient
- Arrêt de la transfusion
- Appel de l'interne
- Déclaration auprès de l'unité d'Hémovigilance
- Aucune conséquence clinique et biologique :
 - EIR grade 0
 - Déclaration d'un incident grave de la chaîne transfusionnelle

Analyse de causes racines méthode ALARM

	Encadrement d'un élève	Surmenage	Contrôles de concordance pré transfusionnels
Contexte institutionnel	Augmentation du nombre d'élèves pris en charge	Taux d'absentéisme du service : 19,30% (sur l'unité : 24,43%) Taux de remplacement : 23,72%	non
Facteurs organisationnels et de gestion	Explication de la procédure durant l'acte	Surcharge horaire (matins, AM, nuits), pas de RC, RTT et CA sur novembre	Contrôle de l'identité en dernier, non spécifié sur la procédure
Facteurs liés à l'environnement de travail	non	Transfusions essentiellement les après midis avec une moindre disponibilité des IDE (familles, entrées...)	non
Facteurs d'équipe	non	non	non
Facteurs individuels (personnels)	non	non	Faute d'inattention Vérification de l'identité trop tardive
Facteurs liés aux tâches à effectuer	non	non	non
Facteurs liés au patient	non	non	non

Mesures correctrices proposées

- Encadrement des élèves :
 - Limitation du nombre d'élèves par IDE
 - Proposition d'enseignement des actes techniques et/ou dangereux en unité :
 - Explication de la procédure
 - Attitude de l'élève en tant qu'observateur durant l'acte
 - Questionnement après la fin de procédure

- Amélioration des conditions de travail :
 - Limiter la restriction en personnel sur un service ayant un fort taux d'absentéisme
 - Proposer aux médecins et internes de prescrire les transfusions en matinée

- Contrôles de concordance pré transfusionnels :
 - Modification de la procédure en insistant sur le contrôle d'identité dès le début du contrôle

Journée régionale d'hémovigilance, Normandie, Mai 2017



Nous prenons soin de vous

QUAND AIDER
PEUT CONDUIRE À UNE ERREUR...

Dr Xavier RICHOMME;
Hôpital Privé Saint Martin, Caen

HP Saint Martin

Etablissement caennais de médecine et chirurgie

Chirurgie « lourde » (vasculaire, chirurgie cardiaque, digestive...)

Urgences traumatologiques et digestives

Dépôt de PSL Relais (et urgence)

Centralisation des réceptions/transferts des PSL

Env 3000 PSL / an

Dépôt situé en réanimation de chirurgie cardiaque

Procédures complètes, Informatisation du circuit par CURSUS

Une IDE référente, temps dédié



11h45



Dialyse

Commande 2 CGR
Urgence relative



USC

Prescription de transfusion de 2 CGR
Pas d'urgence (PSL en stock)
Mais Fibroscopie prévue à 14h



Réanimation (dépôt)



2 CGR en stock pour patiente USC (depuis 11h00)
2 CGR en attente pour patiente Dialyse

**L'IDE de USC souhaite réaliser la transfusion AVANT la fibroscopie
Et envoie l'aide-soignante chercher du sang au dépôt...**

12h10

A l'entrée de la réanimation (dépôt de PSL)

Aide Soignante
USC



Boite de transport
+
Etiquette patient

Laissez !
Je vais donner le sang
au dépôt...



Chauffeur
de Taxi



Colis
+
Documents

Je veux bien.
J'attends depuis un moment
Attention, c'est
une urgence !

12h11

Au dépôt de PSL (Service de réanimation)

C'est le sang en urgence

Aide Soignante
USC



Boite de transport
+
Etiquette patient



IDE
Réanimation

Colis
+
Documents



Réception des PSL
Mise en stock des PSL
Transfert d'un PSL

Pas de vérification de l'étiquette
Edition d'un bordereau de transfert
Pas de vérification de concordance documents

12h17

Dans l'unité de surveillance continue

1- Réception du CGR

Pas de vérification de concordance des documents

2- CUPT N°1

Pas de concordance des réactions

3- CUPT N°2

Pas de concordance des réactions

	Anti A	Anti B
Patient		
PSL		

Vite! Vite! Vite!

IDE de USC

Boite de transport
(1 CGR)
+
1 document



On a déjà transfusé du sang O à un patient A en urgence...

Pas de vérification des documents
Pas de demande d'avis
à une collègue
au dépôt de PSL
au médecin prescripteur

12h35

USC



Début Transfusion



12h37

Arrêt transfusion !

Volume transfusé < 25 ml
Impact patient = Aucun



Dialyse



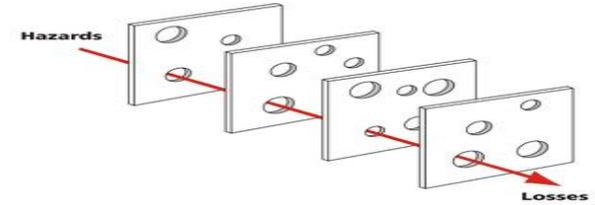
*Avez-vous reçu
mes PSL?*

Dépôt



OUPS !

Des écarts successifs par rapport à la norme attendue..



Médecin: Pas de précision de l'horaire souhaité de transfusion

IDE USC: Décision d'une transfusion en urgence sans critère

AS USC: Glissement de tâche

Taxi: Retour sans vérification colis et traçabilité

IDE Réa: Pas de vérification de l'identité patient receveur

AS USC: Pas de vérification de concordance

IDE USC: Pas de vérification de concordance document

IDE USC: Erreur de raisonnement

IDE USC: Transfusion malgré absence de concordance CPUT

IDE USC: Traçabilité erronée et sans utilisation de l'informatique

...

Pourtant les procédures existaient et étaient diffusées
L'informatique était déployée partout, au lit du malade

Mais pourquoi l'IDE du dépôt se trompe?

Un problème de compétence ?

L'IDE Référente du Dépôt est en arrêt maladie (durée indéterminée)

Une IDE de réa est désignée chaque jour comme référente/suppléante

Ce jour-là: L'IDE est formée, habilitée et expérimentée

Des tâches intercurrentes?

Il est l'heure du déjeuner (effectifs potentiellement réduits?)

Retours de blocs opératoires (chirurgie cardiaque)

L'IDE était occupée à aider ses collègues pour la prise en charge d'un patient lorsque le chauffeur a appelé à l'interphone...

Sollicitations des services pour les demandes de sang

Stress lié au caractère urgent de la transfusion

L'IDE de Réa pensera que l'AS travaillait en Dialyse et lui donnera le sang...

Répartition sur 24 heures des procédures de transfert de sang par le dépôt

