

Analyse de dysfonctionnements de la chaîne La vision de l'ES

Isabelle HERVE : CRHST ARS Normandie

Absence de conflit d'intérêt à déclarer



Dysfonctionnements de la chaîne / vision de l'ES

- Gestion de risque a posteriori
- Fil conducteur = dysfonctionnement avec erreur de receveur de CGR à partir de 2 cas montrant la complémentarité des 2 étapes du CUPT

Cas N°1 : la patiente dormait...



Mme P.
O RH1

et



Mme R
A RH-1

- Intervention chirurgicale chez 2 jeunes patientes
 - par le même chirurgien
 - interventions programmées le même jour
 - pas de contexte d'urgence.
- Consultation anesthésie : réservation de CGR phénotypés
- ES avec EFS dans les murs / envoi par pneumatique - bien reçue

Cas N°1 : la patiente dormait...

Le jour J : au bloc opératoire

- **11h40** => Arrivée de Mme P O RH1 / Check-list vérifiée OK
- **12h00** => Arrivée de Mme R A RH-1 / Check-list vérifiée OK
- **12H30** : Prescription d'une transfusion de **CGR** pour **Mme R**
IDE 1 prend le dossier de M^{me} R, récupère la planche d'étiquettes, en prend une et la colle sur le bon de retrait.

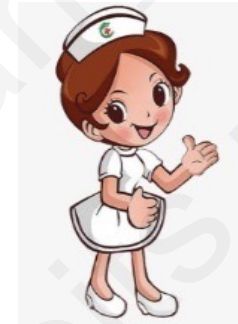


bon de retrait de PSL

- **12h35** : **IDE 1** envoie par pneumatique la demande à l'EFS pour délivrance des CGR réservés pour **Mme R**.

Cas N°1 : la patiente dormait

- **12H40 : IDE 2** vient remplacer l'IDE 1 qui va manger.



- **IDE 2** réceptionne 2 CGR de groupe O positif + fiche de délivrance.



Mme R de groupe A négatif est endormie, intubée et ventilée



IDE 2 transfuse les 2 CGR O RH1 à Mme R A RH-1



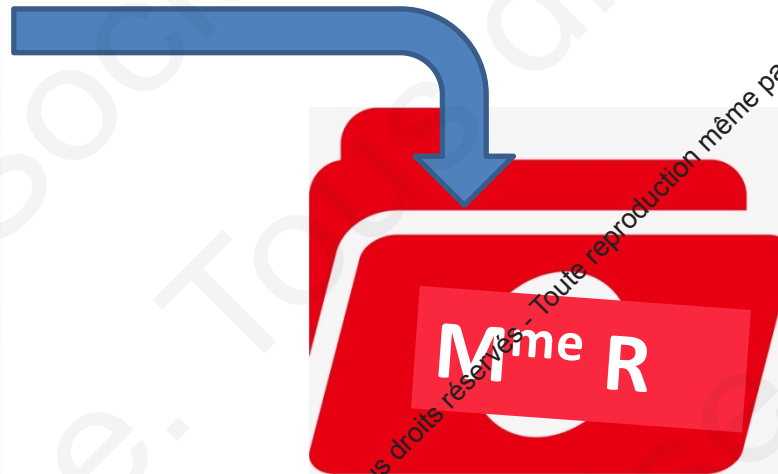
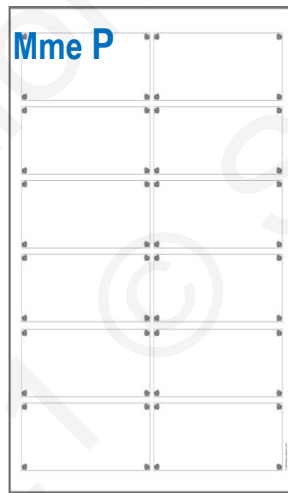
Cas N°1 : la patiente dormait



- **QUE S'EST-IL PASSÉ ?**

- **Défaillance dans le service de chirurgie en amont :**

La **planche d'étiquette** de Mme P a été placée dans le dossier de Mme R...

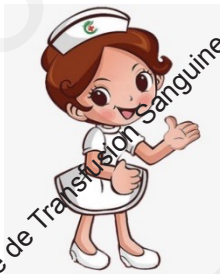


Cas N°1 : la patiente dormait



➤ Défaillance au bloc opératoire :

IDE 1 : Pas de contrôle de l'identité inscrite sur l'étiquette collée sur le bon de retrait de CGR envoyé à l'EFS



EFS

IDE 2 : contrôle à réception non conforme

- ✓ Prescription de transfusion pour Mme R
- ✓ Fiche de délivrance des CGR au nom de Mme P

➤ Pas de défaillance à l'EFS :

Il existe une réservation de CGR pour Mme P et pour Mme R

Arrivée du bon de retrait pour Mme P

TL envoie les CGR destinés à Mme P (et non à Mme R)

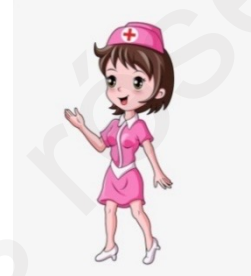
Impossible de détecter l'erreur à l'EFS

Cas N°1 : la patiente dormait



• ET LE CONTRÔLE ULTIME PRÉ-TRANSFUSIONNEL AU BLOC OPÉRATOIRE?

IDE 2: PAS DE CONTRÔLE des concordances documentaires



✓ Concordance documentaire non contrôlée :

- ✓ Identité du bracelet d'identification/dossier/prescription et identité patiente sur la fiche de délivrance des CGR.
- ✓ Groupe ABO-RH-Kell sur carte de groupe présente dans le dossier et sur la fiche de délivrance et les CGR.

➔ **Discordance RH1 non repérée**

✓ Compatibilité ABO : compatibilité entre CGR de groupe O patiente de groupe A

➔ **Transfusion ABO compatible...**

Discordance RH1 non repérable à ce stade

Cas N°1 : la patiente dormait

Analyse des causes / Entretien avec les 2 IDE et cadre

- **Facteurs favorisants retrouvés**
 - Beaucoup d'arrêts de travail et beaucoup d'activité au bloc opératoire
 - Absence d'unité d'action
 - Cadre à temps partiel sur ce service
- **Rencontre avec les IDE**
 - IDE 2 diplômée depuis 5 ans
 - Pratique transfusionnelle habituelle au bloc opératoire depuis son arrivée.
 - Formation hémovigilance interne non effectuée / pb de disponibilité car sous effectif

Mais pour IDE 2, absence de mise en cause dans un 1^{er} temps puisque:

- **Erreur d'identification réalisée par la collègue ...**
- **Contrôle de compatibilité bien réalisé, montrant la compatibilité ABO**

Cas N°1 : la patiente dormait



Mesures correctives :

IDE

- ✓ Formation ciblée réalisée pour tou(te)s les IDE du service / réception et CUPT avec rappel de la réglementation et des bonnes pratiques transfusionnelles
- ✓ Inscription à la formation hémovigilance institutionnelle
- ✓ Quizz en ligne / évaluation des connaissances et des pratiques.

Présentation du cas en CSTH et discussions sur mesures correctives

Discussion autour de la procédure de levée de réservation

- ✓ Vérification de l'identité du malade bracelet / document de retrait envoyé à EFS
- ✓ Nouvelle zone sur bon de retrait pour confirmer de façon manuscrite l'identité du patient
- ✓ Proposition d'aménagement de la check-list du bloc (contrôle identité des planches d'étiquettes présentes dans le dossier)
- ✓ Sensibilisation à la gestion des planches d'étiquettes

A RETENIR :



- **Les changements d'intervenants sont source d'erreur (interruption de tâches - entraide) / Tendre vers l'unité d'action (1 soignant = 1 soin)**
- **Le CUPT doit être complet et ne pas se reposer sur une absence d'erreur des professionnels intervenus en amont**
- **Le contrôle de compatibilité ABO ne permet pas de détecter les incompatibilités RH Kell**

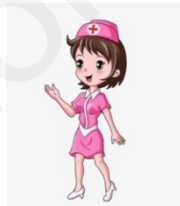
Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

- ES avec dépôt relais / IDE vient chercher son PSL / 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, déjà transfusés antérieurement, avant l'arrivée des médecins et le staff médical.

Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

- **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 boîte de transport, accompagné :
 - de sa fiche de délivrance (à l'intérieur de la boîte)
 - pliée en 2,
 - le numéro du PSL sur le dessus
 - du dossier transfusionnel (dans la boîte ou posé dessus?).
- **9h00:** IDE2 dans le service pose les 2 boîtes sur la paillasse en salle de soins, positionnant le dossier transfusionnel à proximité (sur la boîte ou à côté ?).
- Les 2 IDE effectuent immédiatement leur contrôle à réception en salle de soins en parallèle sur la même paillasse : chacune contrôle alors la boîte concernant les PSL de son patient.
 - Contrôle de l'identité du patient : fait à partir du dossier transfusionnel (DT)
 - Contrôle du PSL : fait à partir de la fiche de délivrance avec une attention particulière sur le phénotype (RH-1).



Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

- Dans la chambre de son patient, chaque IDE réalise le CUPT.
 - Contrôle de concordance : vérification de **l'identité par rapport au DT** / Pas de contrôle de la concordance ABO entre PSL et document IH patient.
 - Epreuve de compatibilité ABO / lecture :
 - **IDE 1 : CGR B, patient O → Compatibilité considérée OK ???**
 - **IDE 2 : CGR O, patiente AB → Compatibilité OK**
- Pose des 2 transfusions



Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

- Afin de remplir la traçabilité, l'IDE 2 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 juste une erreur de feuille, IDE 2 va voir sa collègue IDE1, pour échanger la feuille.

Mais ...



Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

- En voulant coller l'étiquette du PSL sur la fiche, IDE1 s'aperçoit de l'erreur → ce n'est 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 de groupe B à son patient de groupe O
 - IDE 2 a posé le CGR O à sa patiente AB
- Appel du médecin et information de l'hémovigilant
 - Transfert du patient en surveillance continue
 - constantes stables, dégradation secondaire puis retour en pneumologie
 - Pas d'hémolyse identifiée biologiquement

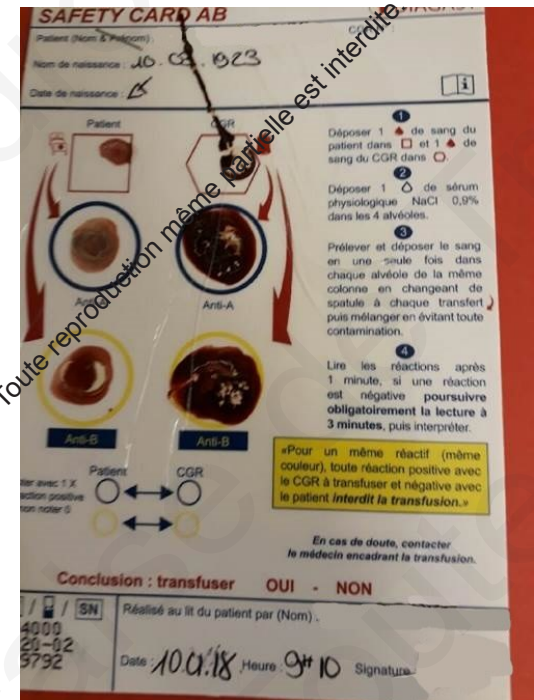


Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

Défaillances constatées :

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

Pourquoi ?



Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

Facteurs contributifs identifiés

L'IDE

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

L'institution

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

Les procédures

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

L'organisation

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

Cas N°2 : Ce n'était pas une erreur de feuille

Mesures correctives proposées :

- Information des cadres pour formation en interne immédiate des nouvelles IDE au dispositif de CUPT
- Nomination d'IDE référent(e)s hémovigilance et organisation d'une formation hémovigilance sur 2 jours
- 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
- Diffusion d'un «appel à la prudence» en interne pour sensibilisation aux modalités du contrôle à réception et du contrôle de concordance documentaire
- Présentation du cas et des mesures correctives en CSTH en présence des référent(e)s
- CRHST :
 - courrier de sensibilisation adressé à tous les directeurs d'IFSI pour présentation des différents dispositifs de contrôle de compatibilité ABO commercialisés.
 - Journée régionale d'hémovigilance annuelle. Point «dysfonctionnements» systématiquement à l'ordre du jour pour échanges sur les cas récents déclarés

A RETENIR :



- **Lors du contrôle à réception et du contrôle de concordance, l'identité présente sur la fiche de délivrance doit être systématiquement contrôlée**
- **Idéal = remise des CGR 1 par 1 à partir des dépôts de sang, sauf cas particuliers identifiés (urgences, Réa, Blocs...) et pour 1 seul patient**
- **Attention à la levée de vigilance concernant les contrôles d'identité sur les 2èmes poches**

2 aides précieuses pour la sécurité transfusionnelle

• Formation ciblée rapide des nouveaux arrivants

→ **prévention des défaillances**

- **Rappel des exigences réglementaires relatives à l'acte transfusionnel:**

- le contrôle à réception des PSL,
- le contrôle ultime pré transfusionnel dans ses 2 étapes

→ **procédures claires et connues des professionnels de l'ES.**

- **Dispositif de contrôle de compatibilité ABO en vigueur dans l'ES**

- 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 ?**

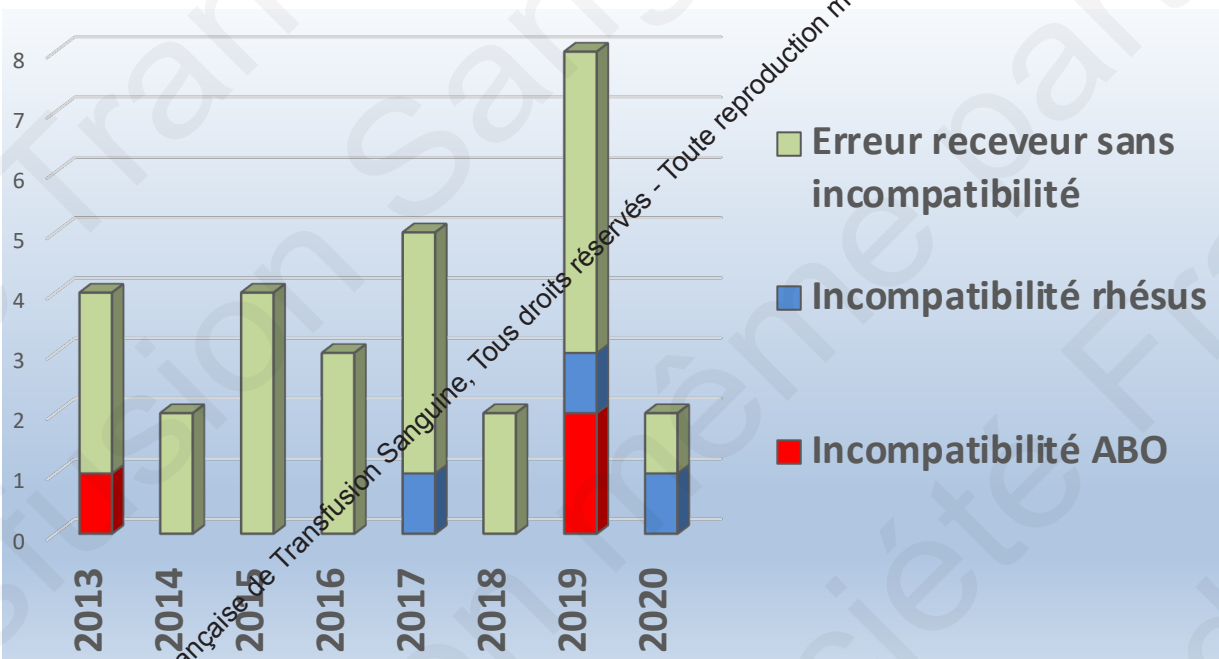
• Identification de référent(e)s Hémovigilance en services de soins

→ **détection des défaillances**

- Tuteurs pour nouveaux arrivants
- Repérage des dérives ou professionnels en difficulté face à l'acte transfusionnel
- Relais pour le CHV / diffusion et application de nouvelles procédures

→ **Fiches de poste**

Quelques données chiffrées



Evolution des erreurs receveurs en Normandie

Pour **2020** (données ANSM):

- **54 erreurs de receveurs**, soit 1,9/100 000 FSL transfusés
 - Erreurs ABO : 0,17/100 000 CGR transfusés
 - 2 à 7 défaillances par FIG
 - **Etape CUPT systématiquement défaillante**

CONCLUSION : DECLAREZ

- Les erreurs humaines existent et ne surviennent pas par hasard, mais sont dépendantes du contexte
- Pour limiter les défaillances
 - ➔ Déclarer, analyser, échanger, pour les circonscrire, mettre en place les mesures permettant de les prévenir, de les récupérer ou de les atténuer
 - ➔ Intérêt de l'analyse des risques a posteriori, mais également a priori (cartographie des risques, bases de données)

Merci de votre attention