

**Gestion des risques (analyse a posteriori)
Analyse d'un évènement indésirable transfusionnel**

Etude de cas pratique n°1 / EXPOSE / ateliers 1A et 1B

La fiche de notification d'effet indésirable receveur (FEIR n° 123) ci-jointe est adressée au Coordonnateur régional d'hémovigilance le 14/06/07, rapportant l'évènement suivant :

Le 31/05/07 à 16h, Mme T. reçoit par erreur un Concentré de Globules Rouges (CGR) de groupe O + destiné à Mme G.

Il n'y a pas de conséquence clinique immédiate pour Mme T. car le CGR est iso groupe et iso rhésus. Il persiste un risque d'immunisation vis-à-vis de l'antigène C.

L'enquête interne effectuée identifie les données suivantes :

Le 31/05/07 au matin, les médecins du service adressent à l'antenne de l'ETS une demande de deux CGR phénotypés ainsi qu'une Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) pour Mme G. Une demande de même nature est effectuée pour Mme T. Les deux patientes sont hospitalisées dans le même secteur.

L'après-midi, l'IDE en charge des deux patientes demande à un étudiant infirmier en stage dans le service, sur un autre secteur, d'aller chercher la poche de CGR de Mme T. à l'antenne de l'ETS.

L'étudiant se rend à l'antenne, réceptionne la poche de CGR que le technicien a distribué pour Mme G, signe le Bon d'Attribution, sans le vérifier et de retour dans le service remet le produit à l'IDE.

L'IDE réceptionne la poche et coche la réalisation des vérifications sur la *check-list* mise en œuvre au sein de l'établissement.

Vers 16h, l'IDE se rend auprès de Mme T. avec le produit qu'elle vient de réceptionner, coche sur la *check-list* les vérifications d'identité et de concordance du produit, et contrôle sa compatibilité sur le carton test pré transfusionnel.

Elle ne repère pas que la poche est celle destinée à Mme G. et la transfuse à Mme T.

Elle complète la fiche de traçabilité en collant l'étiquette de Mme T. et la transmet au service d'Hémovigilance.

Lors de la vérification des fiches de traçabilité, l'IDE de la coordination des vigilances constate que la fiche confirmant la transfusion de Mme T. concerne un CGR distribué pour Mme G.

Trois principaux défauts de soins ont été identifiés :

Absence de vérification de l'identité du patient notée sur le Bon d'Attribution accompagnant la poche de CGR :

- . lors de la remise du produit par le technicien de l'ETS,
- . lors de la réception de la poche dans le service,
- . au chevet de Mme T. avant la transfusion.

Des causes latentes sont identifiées :

- . Commande de sang le même jour pour deux patientes hospitalisées dans le même secteur, de groupe sanguin et Rhésus identiques
- . Mauvaise connaissance des procédures de sécurité transfusionnelle présentes dans le service (classeur qualité).
- . Glissement de tâches, transport de Produit Sanguin Labile (PSL) confié à un personnel non qualifié.
- . Transgression de pratiques par rapport à la pratique de référence déclarée (vérifications cochées mais non réalisées),
- . Difficultés d'adaptation à la pression générée par la charge de travail.
- . Inadéquation entre l'activité confiée et la compétence de l'acteur (transport d'un CGR assuré par un étudiant en soins infirmiers en début de formation pratique).
- . Charge de travail importante pour l'IDE, mobilisé dans la chambre de Mme G. pour assister l'équipe médicale au cours d'une ponction pleurale.
- . Aides soignants indisponibles ne pouvant assurer le transport de la commande de sang.
- . Pas de personnel dédié au transport des PSL sur l'établissement.

Le travail demandé en groupe :

1. Vous aurez à reconstituer le processus (quoi, qui, comment) depuis la transmission de la demande de CGR vers l'ETS jusqu'au constat effectué par l'IDE de la coordination des vigilances en identifiant les barrières de défense prévues, qu'elles aient été opérantes ou non (atelier 1A) (annexe 1)
2. Vous aurez à classer les données recueillies et causes identifiées au moyen d'une grille ALARM (atelier 1B) (grille en annexe 2)
3. Vous aurez dans les deux approches à proposer les actions correctives à mettre en œuvre, ainsi que les éléments de suivi pour chacune d'entre elles (ateliers 1 A et 1B)

Annexe 2 : Grille de recueil en démarche ALARM

1. Analyse de l'évènement indésirable grave			2. Identification des actions correctives et préventives	3. Identification des éléments de suivi pour chacune des actions identifiées
Catégories de facteurs	Facteurs contributifs les plus fréquents identifiés par le CCECQA	Les facteurs identifiés lors de la présente enquête		
1. Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> . Protocole absents, non adaptés ou inconnus . Planification des tâches non adaptée . Défaut d'accessibilité de l'information . Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel . Disponibilité et pertinence des résultats d'examens complémentaires . Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service (autre ?) 			
2. Facteurs liés au contexte individuel (personnel)	<ul style="list-style-type: none"> . Insuffisance d'échange d'informations entre professionnels et patient et/ou sa famille . Défaut de qualité de la relation avec le patient ou sa famille . Mauvaise disposition physique et/ou morale . Défaut de connaissances théorique des professionnels . Défaut d'aptitude des professionnels . Défaut de qualification des professionnels chargés du soin (autre ?) 			
3. Facteurs liés	<ul style="list-style-type: none"> . Charge de travail importante 			

<p>à l'environnement et aux conditions de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Combinaison des compétences et des effectifs . Engagement de l'administration et de l'encadrement . Conditions de travail difficiles . Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux . Fourniture ou équipement mal utilisé . Formation ou entraînement insuffisant du personnel . Locaux inadaptés <i>(autre ?)</i> 			
<p>4. Facteurs liés à l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Défaut de communication interne . Collaboration insuffisante entre les soignants . Supervision inadaptée des médecins et autres personnels . Mauvaise composition de l'équipe . Conflit ou mauvaise ambiance dans l'équipe <i>(autre ?)</i> 			
<p>5. Facteurs liés à l'organisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Défaut de coordination entre les services . Gestion du personnel inadéquate . Défaut d'adaptation à une situation imprévue . Changements récents d'organisation interne . Mauvaise définition des responsabilités et des tâches . Défaut de coordination dans le service . Procédure de sortie du patient 			

	<p>inadéquate (autre ?)</p>			
<p>6. Facteurs liés au contexte institutionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses . Absence de culture de signalement des situations dangereuses . Contraintes financières au niveau de l'établissement . Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants . Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements <p>(autre ?)</p>			
<p>7. Facteurs liés au patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Etat de santé (complexité et gravité) . Personnalité et facteurs sociaux <p>(autre ?)</p>			