

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

Etude de cas pratique n°2 / EXPOSE / ateliers 2A et 2B

I. Présentation du CH de Belle Terre : 300 lits MCO comprenant :

- un service d'urgence, un service de réanimation polyvalente, des soins de suite et de réadaptation
- plusieurs services de médecine (médecine interne, gastro-entérologie, pneumologie, cardiologie, diabétologie)
- plusieurs services de chirurgie (orthopédique, ORL, OPH, odontologie, urologie, vasculaire) et un bloc opératoire,
- un service de gynécologie et d'obstétrique

II. Contexte de l'incident

Le dimanche 25/02/07, lors du changement du soir d'équipe d'un service de chirurgie, le personnel infirmier alerte quant à une erreur ABO.
Les témoignages et documents utiles figurent en annexe 1.

III. L'objet de cet exercice :

1. Etablir l'enchaînement des dysfonctionnements, puis tenter de la traduire sous forme d'un arbre des causes (matrice en annexe 2)(atelier 2A),
2. Définir les facteurs contributifs ayant conduits à cette regrettable situation (Grille ALARM en annexe 3) (atelier 2B),
3. Proposer un plan d'action d'amélioration (ateliers 2A et 2B).

Annexe 1 : Les informations disponibles

* **Information n°1 : Déclaration du laboratoire / dépôt de sang** et réponses apportées secondairement aux questions du questionnaire de risques (GDR)

« Il y'a eu un incident transfusionnel le dimanche 25/02/07, dont voici la chronologie :

- Dimanche matin un appareil de biochimie tombe en panne. La hot line ne peut assurer le SAV que par téléphone. Le biologiste de garde appelle chez lui le technicien du laboratoire qui est référant de cet automate. Ce dernier se déplace pour assurer la réparation qui prend plusieurs heures.

Sachant que ce jour l'équipe de garde a dû traiter 129 dossiers (biochimie + bactériologie), cela est énorme car le laboratoire traite en moyenne 350 dossiers les jours ouvrés ».

QUESTION GDR : Quel est le nombre de dossiers traités en moyenne un dimanche ?

90

- « Toujours le matin le biologiste est bipé par la cardiologie pour dispenser un médicament en urgences donc il doit se déplacer à la pharmacie.

- « La première transfusion a débuté à 11h du matin pour finir vers 23h ».

QUESTION GDR : Combien de CGR passés ?

19 PSL (dont 5 PFC)

« Il y'a eu 22 PSL commandés (ajouter à cela ceux de samedi en cours de transfusion) »

QUESTION GDR : Je voudrais avoir les heures de commande et de réception de chaque commande ?

Commande 1 : 15h15 (2 CGR et 8 PFC) / Réception : 16h35.

Commande 2 : 18h20 (5 CGR) / Réception: 19h00.

Commande 3 : 18h50 (5 CGR) / Réception : 19h30

« 18h20-18h30 Décongélation des PFC (pour décongeler un PFC il faut 30 mn avec au max 2 PFC en même temps). La commande de 5 PSL arrive (départ du CTS 18h29)

Trois personnes de trois services différents arrivent au dépôt de sang (2 pour récupérer des PSL la 3eme une commande) »

QUESTION GDR : Combien de PSL donnés à chaque fois avec les heures notées dans le cahier ?

18h50 2 commandes nominatives (2 CGR et 3 CGR),

18h59 délivrance de 2 PFC et 2CGR nominatifs,

19h La commande de 5 PSL arrive,

19h10 Délivrance du CGR responsable de l'incident 1 CGR de la réserve

« La survenue de cet incident transfusionnel est certes une erreur humaine mais favorisée par plusieurs facteurs, à savoir : la charge de travail, le pic d'activité et l'absence de système informatique ».

*** Information n° 2 : Le rapport de l'IDE**

- Nature des produits 1 CG A+ / N° de série ZZZZ / N° de don YYYY / Patient concerné M. XXXX

- **Survenu de l'incident**

. Date le 25/02/2007

. *Description :*

« A 19h10, je vais chercher le CG du patient au laboratoire. Le médecin me donne 1 CG A+ pour un patient qui est O+.

Je remonte dans le service. Je vérifie les paramètres du patient M.L et je vérifie toutes les données concernant le CG du donneur et j'effectue le test ultime.

J'ai un doute concernant la compatibilité du test mais je poursuis le soin.

Je pose la transfusion à 20h00 en ayant re-perfusé le patient. J'effectue la surveillance du patient pendant la transfusion.

Lors des transmissions de 21h avec l'IDE de nuit nous évoquons la transfusion de M. L et un doute s'installe concernant la compatibilité du CG donné et le groupe du patient.

. *Mesures prises :*

Appel du médecin biologiste et il est étonné d'avoir donné du A+ pour un patient O+

Arrêt de la transfusion.

L'IDE appelle immédiatement le réanimateur de garde qui prévient l'anesthésiste ».

Le cadre de garde est prévenu aussi.

*** Information n°3 : Les effectifs ce dimanche**

- **Laboratoire et dépôt de sang**

« . Un biologiste présent 24h/24 ayant en charge 1) la validation des résultats du département des laboratoires, 2) la responsabilité du dépôt de sang délivrance des PSL, 2) la clé pour ouvrir la PUI en cas de demande de médicaments en urgence

. Un technicien ayant pour responsabilité l'exécution des analyses du département des laboratoires

- **Service clinique concerné**

. Une infirmière du matin ; une intermédiaire une du soir et une de nuit ; deux Aides soignantes ; relève à 20h

- Les urgences

Un senior de médecine et un de chirurgie + un interne orienté médecine

- L'anesthésie réanimation

Deux médecins plus un pour la réanimation, le déchocage et les urgences intra hospitalières et des structures environnantes et l'autre pour le bloc et la maternité ».

* Information n° 4 : Synthèse de l'accident transfusionnel (rédigée le 01/03/07 par le Dr FF, Responsable Hémovigilance)

« Ordonnance de prescription de produits sanguins labiles le dimanche 25/02/07, chez un patient BPCO, obèse, présentant une hématurie macroscopique au décours d'un cancer de prostate évolué avec saignement d'origine vésicale, porteur d'une thalassémie mineure, devant une déglobulisation (hémoglobine passée de 10.1 à 8.5g/100ml) en 24 heures (**patient de groupe O rhésus positif**).

La transfusion est considérée comme une urgence relative par le médecin prescripteur qui souhaite transfuser le patient dans un délai de trois heures tandis que son passage au bloc opératoire à visée hémostatique est prévu au plus vite.

Le biologiste de garde enregistre la demande à 13h30. Il faut noter qu'à 13h10, il lui est parvenu une demande de 4 CG pour un patient, inconnu de la structure, arrivé à 12h21 ce même jour dans un tableau d'anémie majeure (2.4g/100ml à 12h54) et dont le groupe sanguin ne va pouvoir être déterminé que plus tardivement par le site transfusionnel (**il est de groupe A rhésus négatif**).


Enfin, une autre demande est parvenue un peu plus tôt dans la matinée pour une transfusion de trois culots pour un patient **A rhésus positif**.

Le patient descend au bloc opératoire à 14h35 sans avoir été transfusé et remonte dans son service d'hospitalisation à 17h30 avec confirmation de la prescription de ces deux culots globulaires.

L'infirmière du service descend chercher son culot à 19h10 avec le dossier transfusionnel du patient y compris sa carte de groupe sanguin établie en bonne et due forme. Elle note la discordance, réalise le contrôle ultime au lit du patient, note là encore la discordance mais se persuade qu'elle peut transfuser puis que le culot lui a été distribué (le phénotype est exactement superposable à celui du patient). La transfusion se déroule sans qu'il soit noté de réaction particulière chez Mr XXXX. Aux transmissions avec l'infirmière de nuit, il est naturellement question de la transfusion de Mr XXXX., l'infirmière de nuit réagit immédiatement sur l'erreur transfusionnelle. Celle ci est arrêtée à 21h20. Le biologiste de garde et le réanimateur sont prévenus, le patient a reçu environ 150ml de culot globulaire.

L'état clinique du patient est stable par rapport à son état pré opératoire. A J3 de l'incident, les agglutinines sont négatives, la bilirubine est normale et la créatinine inchangée. L'état du patient est jugé stationnaire par rapport à ses pathologies de fond ».

Annexe 2 : Matrice pour arbre des causes

Conséquences	Causes d'ordre 1	Causes d'ordre 2	Causes d'ordre 3	Causes d'ordre 4	
 <p>Transfusion inadaptée d'un CGR (15 ml) sans conséquence décelable</p>					

Annexe 3 : 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 l'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 ?) 			

<p>3. Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Charge de travail importante . 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 (autre ?) 			
<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 (autre ?) 			
<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 			

	<ul style="list-style-type: none"> . Procédure de sortie du patient inadéquate (autre ?) 			
6. Facteurs liés au contexte institutionnel	<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 (autre ?) 			
7. Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> . Etat de santé (complexité et gravité) . Personnalité et facteurs sociaux (autre ?) 			