

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

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

I. L'objet de cet exercice :

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

II. Enchaînement des dysfonctionnements

1. Contexte :

Un automate de biochimie tombe en panne, la hot line assure la SAV par téléphone,

Le biologiste de garde appelle le technicien du laboratoire, référant de cet automate, à son domicile. Ce dernier se déplace pour assurer la réparation, qui prend plusieurs heures.

Sachant que ce jour l'équipe de garde a traité 129 dossiers (biochimie+bactériologie) (contre 90 en moyenne le dimanche)

Le biologiste est bippé par le service de cardiologie pour distribuer un médicament en urgence , il se déplace donc à la pharmacie.

La 1^{ère} transfusion a débuté à 11h du matin pour finir vers 23h. : 19 PSL dont 5 PFC passés

20 PSL ont été commandés entre 15h et 19h :

Heure de commande	Heure de réception	Nombre et nature des PSL
15h15	16h35	2 CGR et 8 PFC
18h20	19h	5 CGR
18h50 (2 commandes)	19h10	5 CGR (3+2)
19h10		5 PSL

2. Description des faits

Il y a eu un incident transfusionnel le dimanche 25 fév., voici la chronologie :

- Ordonnance de prescription de produits sanguins labiles le *Dimanche 25 Février*, chez un patient 1 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 2, 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 ETS de B... (**il est de groupe A rhésus négatif**, il sera successivement transfusé pour des problèmes de disponibilités de CG ce jour là sur la région successivement en O négatif puis O positif en attente du groupe définitif puis en A positif.
- Enfin, une autre demande est parvenue un peu plus tôt dans la matinée pour une transfusion de trois culots pour un patient **3 rhésus positif**.
- Le patient 1 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 1 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 ce patient 1.
- Aux transmissions avec l'infirmière de nuit, il est naturellement question de la transfusion du patient 1., 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.

3. Suites

- 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.

4. Chronologie

Heure	Activité
18h20	Commande N°1 de 5 CGR effectuer
18h30	Décongeler 2 PFC (30 minutes en moyenne)
18h50	Commande N°2 et N°3 nominatives (3 CGR et 2 CGR) effectuer
18h59	délivrance de 2 PFC décongelés délivrance de 2 CGR nominatifs
19h	Arrivée de la commande N°1 de 5 CGR
19h10	Arrivée de la commande N°2 et 3 de (3+2) CGR
19h10	Délivrance des CGR responsables de l'incident
19h10	Commande N°4 (5 PSL) à l'ETS
19h10	IDE vient chercher le 1^{er} culot comme il est de tradition pour des raisons de sécurité dans l'établissement à l'exception du service de réanimation et du bloc opératoire A noter : 3 personnes de 3 services différents arrivent au dépôt de sang (2 pour récupérer des PSL, la 3eme une commande)
20h	Début de la transfusion
21h10	Transmission avec l'équipe de nuit et doute
21h15	Contact avec le biologiste

21h20	Arrêt de la transfusion
21h20	Appel réanimateur de garde

5. Synthèse

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.

III. Approche analytique par arbre des causes (proposition non aboutie)

Conséquences	Causes d'ordre 1	Causes d'ordre 2	Causes d'ordre 3	Causes d'ordre 4 (dites racines)	Pistes d'actions correctives et préventives
Transfusion inadaptée d'un CGR (15 ml) sans conséquence décelable	Pose d'un CGR inadéquat (arrêt par l'IDE prenant la garde de nuit)	Non prise en compte des résultats du contrôle ultime	Reçoit du A+ en délivrance (au lieu du O+ demandé). IDE ne réagit pas.	Plusieurs demandes simultanées de PSL Procédure manuelle de délivrance Multi activité du biologiste en garde	A COMPLETER

IV. Approche analytique par méthode ALARM / analyse des facteurs contributifs

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 ?) 	<p>Les contrôles suivants n'ont pas été effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contrôle lors de la délivrance des CGR - vérification à la livraison des CGR la concordance : <ul style="list-style-type: none"> . des identités portées sur les différentes pièces (carte de groupe, R.A.I, fiche de distribution) . de la concordance des numéros entre les numéros indiqués sur les poches et ceux qui sont reportés sur la fiche de distribution . du groupe porté sur les poches et de celui porté sur la carte de groupe - Contrôle avant l'administration de CGR la concordance entre le groupe porté sur la poche et celui indiqué sur la carte de groupe du patient - Un doute lors du contrôle ultime (bien effectué et très lisible) et aucune information des médecins. - Une fois le doute confirmé lors des transmissions, contact du biologiste au lieu d'arrêter immédiatement la transfusion. 		
2. Facteurs liés au contexte individuel	<ul style="list-style-type: none"> . Insuffisance d'échange d'informations entre professionnels et patient et/ou sa famille 	<ul style="list-style-type: none"> . Une transfusion en urgence relative qui doit être faite avant la relève de l'équipe de nuit qui devient urgente (d'un point de 		

(personnel)	<ul style="list-style-type: none"> . 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 <i>(autre ?)</i> 	<p>vue de l'organisation de travail du personnel paramédical) vers 19h</p> <ul style="list-style-type: none"> . Une transfusion qui ne se justifie plus après un passage du patient au bloc opératoire où il n'est pas transfusé. Une transfusion qui ne se justifie plus après un passage du patient au bloc opératoire où il n'est pas transfusé 		
3. Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail	<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 <i>(autre ?)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> . Un automate en panne non réparé dimanche . Une charge de travail importante : 22 PSL commandés et délivrés, de nombreuses interruptions dans le travail de délivrance du dépôt de sang (demande de médicaments, une activité de biologie supérieure de 40% à la normale et pas d'automate pour faciliter le travail) 		
4. Facteurs liés à l'équipe	<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> 	<ul style="list-style-type: none"> . Aucune supervision de la transfusion (au niveau du dépôt de sang, du service clinique ou du médecin prescripteur) 		
5. Facteurs liés à l'organisation	<ul style="list-style-type: none"> . Défaut de coordination entre les services . Gestion du personnel inadéquate 	<ul style="list-style-type: none"> . La procédure de sécurité transfusionnelle ne couvre pas la totalité des contrôles à réaliser 		

	<ul style="list-style-type: none"> . 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 inadéquate <p><i>(autre ?)</i></p>			
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 <p><i>(autre ?)</i></p>			
7. Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> . Etat de santé (complexité et gravité) . Personnalité et facteurs sociaux <p><i>(autre ?)</i></p>			

V. Actions d'amélioration à engager (telles qu'établies par le CH de Belle Terre)

- Envoi par messagerie interne dès le 26 Février d'un rappel d'information à tous les cadres de santé, cadres supérieurs de santé, praticiens hospitaliers et membres médicaux et paramédicaux dotés d'une messagerie du pôle accueil urgences - réanimation, à afficher et diffuser verbalement et par écrit.
- Mise en place par le responsable du laboratoire Dr. SSS de réunions d'informations avec l'ensemble des biologistes de son service, le 3 mars au matin. Une accélération du processus d'informatisation du dépôt de sang est demandée à notre direction, les choix techniques comme il avait été dit au CSH du 16 Février, étant faits et les devis donnés.
- Réunion pour mise en conformité par rapport aux directives de l'Afssaps de notre ordonnance de prescriptions de produits sanguins labiles le 2 Mars.
- Réunion de l'ensemble des réanimateurs le 8 mars 2007 pour analyser de la séquence de l'événement et de leurs implications. Une autre réunion prochaine se fera avec les médecins attachés assurant des gardes dans l'établissement.
- Demande de temps de parole pour information à la CME du 8 Mars concernant deux types de réunions à venir :
 - Passage dans chaque service auprès des médecins, du correspondant d'hémovigilance à l'heure choisie par le chef de service dans un délai de moins d'un mois pour :
 - Présentation de l'incident
 - Présentation de la nouvelle ordonnance
 - Rappel des bonnes pratiques transfusionnelles (réglée, urgente, responsabilité transfusionnelle)
 - Discussion
 - Passage par deux fois, dans chaque service auprès des infirmiers (jour, nuit), de l'hémovigilant aux heures choisies par le cadre de santé dans un délai de moins d'un mois et demi pour :
 - Présentation de l'incident
 - Information sur la nouvelle ordonnance
 - Rappel des bonnes pratiques
 - Discussion
- Formation de tous les nouveaux infirmiers assurée par un organisme extérieur, comme en WWW, sur la transfusion sanguine et la sécurité transfusionnelle d'ici la fin du premier semestre (sur place d'une journée).
- Formation de tous les cadres de santé et cadres supérieurs de santé par ce même organisme extérieur, sur la transfusion sanguine et la sécurité transfusionnelle d'ici la fin du premier semestre (sur place d'une journée).
- Participation aussi souvent que possible aux réunions de formations de l'hémovigilant, du responsable du dépôt de sang et de leurs collaborateurs.
- Révision de la procédure de sécurité transfusionnelle et formalisation des points de contrôle à respecter.
- Envisager que le contrôle de concordance des différents documents et des PSL soit tracé
- Rappeler la notion de doute lors des contrôles