

Analyse d'un évènement indésirable dans le processus transfusionnel

Aquitaine Santé- Polyclinique Jean Villar
Comité de Sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

Melle Virginie MERCIER- Mr Philippe ROUSSE
Cadres de soins service de Chirurgie et de Réanimation

Aquitaine Santé- Jean Villar

Présentation

- Spécialités:
 - ❑ **Médecine** gastro-entérologie et gériatrie
 - ❑ **Chirurgie** digestive- urologique gynécologique- orthopédique plastique et esthétique stomatologie et ORL
 - ❑ **Obstétrique**

- ❑ de 214 lits et places
- ❑ 270 salariés – 70 praticiens
- ❑ Radiologie- IRM- Scanner
- ❑ Laboratoire
- ❑ Centre de procréation médicalement assistée



Aquitaine Santé- Jean Villar: **le circuit transfusionnel**

- Présence d'un dépôt de sang depuis 2002
renouvellement de l'autorisation en 2008
- Commande et livraison: intervention d'un
transporteur extérieur
- Procédures transfusionnelles en place depuis
1999

Analyse d'un EI

Destruction inutile d'un CGR

Méthode de l'arbre des causes

- Groupe de travail: CSTH
 - ❑ cadres de soins ide et sage femme, référents en hémovigilance
 - ❑ cadre de soins responsable du dépôt de sang
 - ❑ praticien hémovigilant
 - ❑ hémovigilant régional
 - ❑ directrice des soins infirmiers
 - ❑ Ingénieur qualité
- Réunion: 2 réunions d'une heure pour faire l'arbre des causes et faire la synthèse sur les axes d'amélioration mis en place.

Analyse d'un EI:

Rappel chronologique de l'évènement

- 4/03/2009 Mr B opéré la veille présente une anémie à 7,8 gr
- IDE n°1 appelle Dr B pour lui signaler l'anémie : Prescription d' une transfusion de deux culots globulaires
- 10 h 30 première commande faxée à l'EFS (procédure validée entre les deux établissements)
 - tubes prélevés pour demande de RAI
 - appel de Biotrans (société extérieure chargée du transport) pour acheminer la commande de sang et les tubes pour les RAI à l'EFS
- 12h30 appel de EFS:
 - non concordance entre étiquettes (identité administrative), tubes et carte de groupe sanguin
 - Carte :Mr B Alain Pierre/ Etiquette (id administrative) : Mr B Alain
 - EFS demande de refaire une carte

Analyse d'un EI

Rappel chronologique de l'évènement :

■ 12h30

Le cadre du service demande à l' IDE n°1 de prélever les tubes pour faire refaire la carte avec la bonne identité par l'EFS

IDE n°1 occupée à d'autres tâches transmet l'info à l' IDE n°2, en oubliant de lui préciser que le prélèvement doit être envoyé à EFS pour refaire la carte de groupe sanguin

IDE n°2 réalise le prélèvement et l'envoie au laboratoire sur site afin de refaire la carte de groupe (procédure habituelle).

■ 16h00 une fois la carte de groupe reçue,

Deuxième commande faxée, Biotrans contacté pour aller chercher la livraison des culots et les ramener au dépôt de sang.

■ 17h15: livraison des deux culots au dépôt de sang en réanimation par Biotrans

Analyse d'un EI:

Rappel chronologique de l'évènement

- 17h15: IDE n°1 descend chercher la livraison au dépôt avec sa collègue, nouvelle sur la structure.
- L'IDE de réa lui propose de lui délivrer simultanément les 2 culots.
- L' IDE 1 accepte en évaluant la charge de travail de ses collègues (fin de journée et nuit) et la gestion des transfusions.

Sortie des 2 culots globulaires de la banque de sang: RUPTURE CHAINE DE FROID à 17h20.

Rappel que la transfusion du culot laissé à temp ambiante doit débuter avant 6h

- 17h55: début de la transfusion par l'équipe de jour
- 20h15: Transmission à l'équipe de nuit :
 - Transfuser le deuxième culot globulaire

Analyse d'un EI:

Rappel chronologique de l'évènement

- **20h15: Prise en charge du service par l'IDE de nuit qui:**
 - refuse de transfuser sans la présence d'un praticien
 - appelle le bloc: présence du Dr F qui valide la transfusion du 2^{ème} culot par l'ide.
 - demande de conseil au responsable de nuit. Celui-ci lui fait remarquer que le 2^{ème} culot est à température ambiante depuis 3h et que la chaîne de froid est rompue: donc pour lui il ne faut pas transfuser mais se rapprocher de l'EFS pour connaître la marche à suivre.
- **21h30: L'IDE téléphone à l'EFS.**

Confirmation de ne pas transfuser le 2^{ème} culot et de le détruire.

Analyse d'un EI: Destruction inutile d'un CGR

Méthode de l'arbre des causes

| Evènement indésirable | Causes ordre 1 | Causes ordre 2 | Causes ordre 3 |
|---|---|---|---|
| <p>9- Destruction du CGR à 21h30</p> <p><i>Valable 23h15</i></p> | <p>■6- Dépôt de sang 17h20: Non application des procédures -Délivrance des 2 CGR</p> <p>□7- Service de soins 17h55 : Transfusion du 1^{er} culot 2^{ème} culot reste en attente à T° ambiante 17h20</p> <p>■8- Transmission jour/nuit 20h15: -Refus de transfuser la nuit sans présence médecin dans le service . Médecin dans l'établissement: valide la transfusion, -Doute sur la durée de validité du culot a T° ambiante/IDE. Appel de l' IDE au référent de nuit pour confirmation démarche à suivre auprès de EFS), -Appel de IDE de nuit à EFS (21h30) : confirmation de de ne pas transfuser .</p> | <p>□4- Service de soins IDE n°2 -Envoi des tubes -Refaire la carte Demande faite au laboratoire sur site et non à EFS 2^{ème}commande de sang faxée à 16h00</p> <p>↓</p> <p>□5- Livraison par BIOTRANS à 17h15</p> | <p>■ 1-Service de soins 1^{er}commande faxée à 10h30 Par IDE n°1 pas de vérification stricte de la concordance carte/ étiquette (ID administrative)</p> <p>←</p> <p>■2- EFS: 12h30 Identitovigilance Donnée incomplète (prénom) entre carte et étiquettes tubes refus de délivrer sang demande d'établir nouvelle carte</p> <p>■3- Service de soins Transmission incomplète des informations entre IDE n°1 et IDE n°2:</p> |

Analyse d'un EI: Destruction inutile d'un CGR

Méthode de l'arbre des causes

| Evènement indésirable | Causes ordre 1 | Causes ordre 2 | Causes ordre 3 |
|---|---|--|---|
| <p>9- Destruction du CGR à 21h30</p> <p><i>Valable 23h15</i></p> | <p>■6- Dépôt de sang 17h20: Non application des procédures -Délivrance des 2 CGR</p> <p>□7- Service de soins 17h55 : Transfusion du 1^{er} culot 2^{ème} culot reste en attente à T° ambiante 17h20</p> <p>■8- Transmission jour/nuit 20h15: -Refus de transfuser la nuit sans présence médecin dans le service . Médecin dans l'établissement: valide la transfusion, -Doute sur la durée de validité du culot a T° ambiante/IDE. Appel de l' IDE au référent de nuit pour confirmation démarche à suivre auprès de EFS), -Appel de IDE de nuit à EFS (21h30) : confirmation de de ne pas transfuser .</p> | <p>□4- Service de soins IDE n°2 -Envoi des tubes -Refaire la carte Demande faite au laboratoire sur site et non à EFS 2^{ème} commande de sang faxée à 16h00</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>□5- Livraison par BIOTRANS à 17h15</p> | <p>■ 1-Service de soins 1^{er} commande faxée à 10h30 Par IDE n°1 pas de vérification stricte de la concordance carte/ étiquette (id administrative)</p> <p>■2- EFS: 12h30 Identivigilance Donnée incomplète (prénom) entre carte et étiquettes tubes refus de délivrer sang demande d'établir nouvelle carte</p> <p>■3- Service de soins Transmission incomplète des informations entre IDE n°1 et IDE n°2:</p> |

Analyse d'un EI: Destruction inutile d'un CGR

Méthode de l'arbre des causes

| Evènement indésirable | Causes ordre 1 | Causes ordre 2 | Causes ordre 3 |
|--|--|---|---|
| <p>9- Destruction du CGR à 21h30 <i>Valable 23h15</i></p> | <p>■6- Dépôt de sang 17h20: <u>Non application des procédures</u> -Délivrance des 2 CGR</p> <p>□7- Service de soins 17h55 : Transfusion du 1^{er} culot 2^{ème} culot reste en attente à T° ambiante 17h20</p> <p>■8- Transmission jour/nuit 20h15: -Refus de transfuser la nuit sans présence médecin dans le service . Médecin dans l'établissement: valide la transfusion, -Doute sur la durée de validité du culot a T° ambiante/IDE. Appel de l' IDE au référent de nuit pour confirmation démarche à suivre auprès de EFS), -Appel de IDE de nuit à EFS (21h30) : confirmation de de ne pas transfuser .</p> | <p>□4- Service de soins IDE n°2 -Envoi des tubes -Refaire la carte Demande faite au laboratoire sur site et non à EFS 2^{ème}commande de sang faxée à 16h00</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>□5- Livraison par BIOTRANS à 17h15</p> | <p>■ 1-Service de soins 1^ocommande faxée à 10h30 Par IDE n°1 pas de vérification stricte de la concordance carte/ étiquette (id administrative)</p> <p>■2- EFS: 12h30 Identitovigilance Donnée incomplète (prénom) entre carte et étiquettes tubes refus de délivrer sang demande d'établir nouvelle carte</p> <p>■3- Service de soins Transmission incomplète des informations entre IDE n°1 et IDE n°2:</p> |

Analyse d'un EI:

Destruction inutile d'un CGR

Méthode de l'arbre des causes

Identification des causes profondes:

■ **Tâches – protocoles**

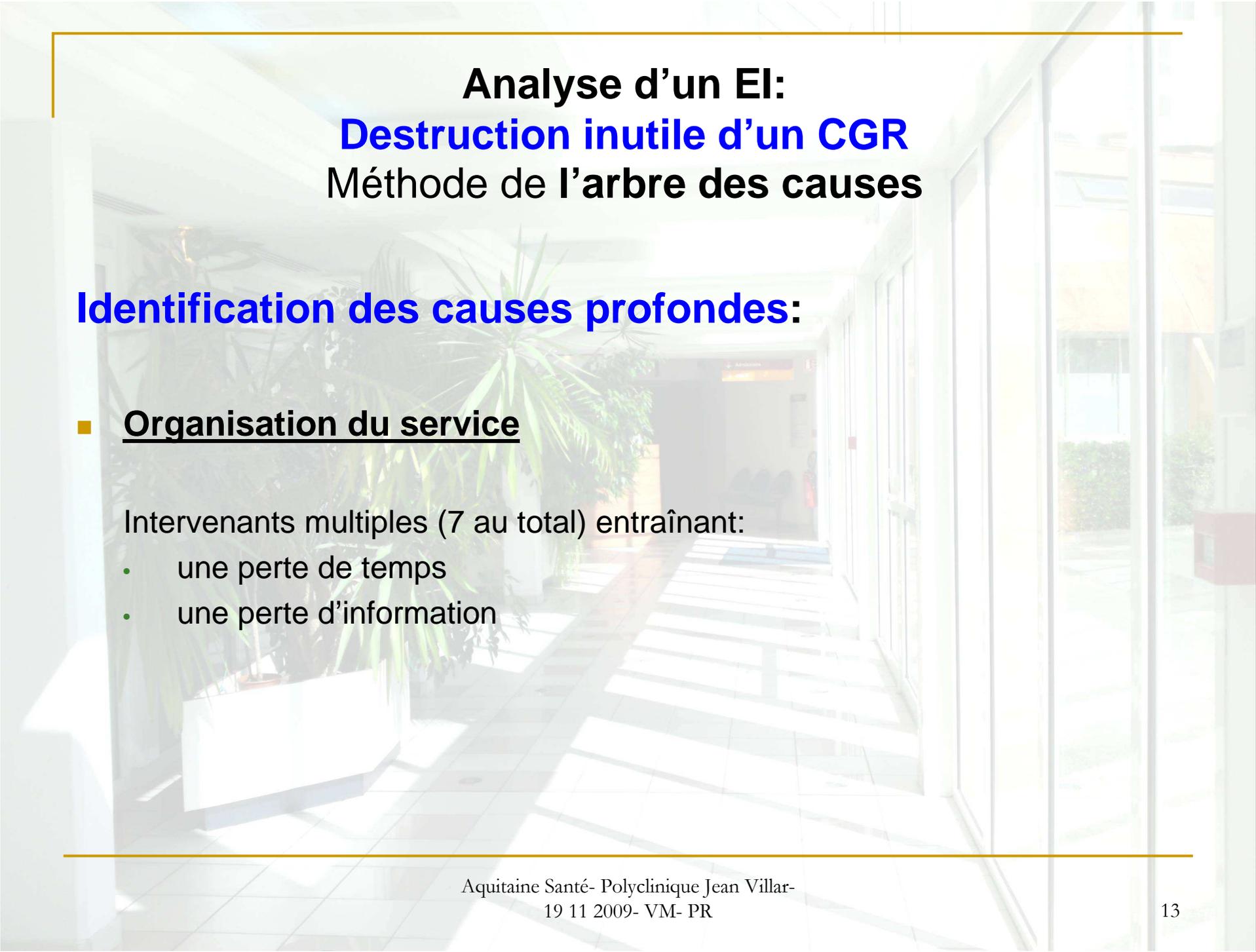
- Protocoles mis en place par le CSTH diffusés dans les services sous format papier puis sur intranet depuis 2009 :

- Procédure d'identitovigilance non appliquées:

concordance carte/étiquette (id administrative)- vérification identité administrative du patient avant toute commande de produits sanguins

- Protocoles transfusionnels non maîtrisés :

- délai des 6h entre la délivrance par le dépôt et le début de la transfusion
- délivrance des poches du dépôt une par une.



Analyse d'un EI: Destruction inutile d'un CGR Méthode de l'arbre des causes

Identification des causes profondes:

- Organisation du service

Intervenants multiples (7 au total) entraînant:

- une perte de temps
- une perte d'information

CONCLUSION:

Actions d'amélioration entreprises

□ Organisation du service:

Rappels aux équipes:

-Prise en charge globale du patient:

tous les soins relatifs à un même patient doivent être réalisés par la même IDE

-Gestion du dépôt de sang :

délivrance d'une seule poche à la fois **aux IDE** + rappel par affichage dans le service du dépôt de cette règle.

-Utilisation des protocoles écrits (papiers ou intranet) comme d' une check- liste : point par point, puis après validation, passage à l'étape suivante.

CONCLUSION:

Actions d'amélioration entreprises

□ Formation et évaluation des formations

- **Formation « de formateur » dispensée aux référents en hémovigilance** par le groupe medi-partenaires (organisme de formation):
Organisation trimestrielle de formation interne structurée sur la sécurité transfusionnelle (plan de formation 2010)
- **Évaluation des connaissances des participants en début et en fin de formation puis 6 mois après.**

CONCLUSION:

Actions d'amélioration entreprises

- ❑ **Contrôle continu de l'actualisation des protocoles par le CSTH**
Renforcement de la vérification systématique de la concordance entre la carte d'identité, la carte de groupe sanguin et les étiquettes du patient (identitovigilance) .
- ❑ **Signalement à l'EFS de l'évènement indésirable dans le cadre plus général de la gestion des risques**

En vous remerciant de votre attention.

