



## Incidents graves marquants 2016

Dr Sophie SOMME

Responsable adjoint Pôle Vigilances Grand Est

# Incompatibilité ABO

## Contexte :

Prescription de deux CGR pour 2 patients M. O positif et Mme B positif, pris en charge par la même IDE

Délivrance des 2 prescriptions à la même heure

L'IDE achemine les deux colis de l'EFS à l'UF et réalise, en salle de soins, les contrôles de réception de chaque colis sans en tracer l'heure.

## Incident n°1:

- L'IDE ne réalise pas le contrôle de concordance entre les données d'identification de la patiente et celles renseignées sur la fiche de délivrance et la carte de groupe
- A 18h26, elle réalise le contrôle ultime de compatibilité des 2 CGR en agrafant deux cartons tests et inversant les cases patient/culot. Elle ne renseigne pas les réactions d'agglutination et fait contresigner le carton test par un médecin selon les procédures en vigueur
- L'IDE débute la transfusion du CGR à 18h30, qu'elle arrêtera à 19h00 dès le dépistage de l'erreur de receveur

# Incompatibilité ABO

## Incident n°2:

- L'IDE se rend dans la chambre de M. O... avec le colis destiné à Mme B... Elle reproduit les mêmes erreurs que pour la transfusion de Mme B. A 18h17, elle réalise le contrôle ultime de compatibilité des 2 CGR en agrafant les 2 cartons tests (confirmé par le patient). Le médecin présent contresigne le test
- M. O... présente à 18h 50 quelques minutes après le début de la transfusion du CGR une douleur thoracique associée à une dyspnée et une désaturation puis une douleur lombaire et des frissons. Arrêt de la transfusion dès les premiers symptômes
- Evolution favorable sans complication d'hémolyse : état hémodynamique stable, normalisation de la Sa O2, pas d'insuffisance rénale, ni trouble de la coagulation, taux normal d'haptoglobine
- A la lecture à distance du dispositif identifié au nom de M. O... les agglutinations patient / CGR correspondent à celles du groupe B. Il est noté que l'étiquette d'identification patient est au niveau du culot et celle des CGR au niveau patient.
- La RAI post-transfusionnelle est négative.

# Incompatibilité ABO

## Analyse des principales causes :

- Prise en charge des 2 patients par un même soignant
- Incident n°1 :
  - Non-respect des étapes de contrôle de concordance
  - Contrôle ultime de compatibilité : inversion des cases patient et culot, heure de réalisation non tracée
- Incident n°2 :
  - Non-respect de l'unité de temps : contrôle réalisé à 18h17 pour une transfusion débutée à 18h50.
  - Test de 2 produits en même temps.
  - Non-respect des étapes des contrôles de concordance.
  - Réalisation non valide du contrôle ultime

## Cause racines :

- Méconnaissance du rôle majeur des contrôles de concordance dans la sécurité transfusionnelle
- Interruption de tâche
- Déresponsabilisation des acteurs par la contre signature médicale

## Mesures d'amélioration :

- Suppression de la contre signature
- Sensibilisation des acteurs

# Exemples incidents EFS

- Prélèvement

- **Pb identification donneur** : pb informatiques, pb étiquetage, non vérification d'identité

- **Survolume** : non respect des abaques : sexe, poids et taille

Lié soit à erreur de prescription des médecins, non respect de prescription de la part des IDE, incident d'agitateurs de prélèvement

Dans un cas : malaise vagal chez donneur

- **Non respect des critères d'admission** : âge, nombre de dons, oubli d'Hb pré-don

Dans 2 cas : prélèvement donneur déjà anémique

# Exemples incidents EFS

- Préparation

- Incident : Découverte 3 caisses de CGR de la veille (214 CGR) en quarantaine pour étiquetage dans le local de préparation à température ambiante alors qu'ils auraient du se trouver en chambre froide
- Analyse : un incident en local de préparation a mobilisé l'ensemble du personnel disponible à ce moment et détourné leur attention. Les caisses de CGR qui auraient dues être rangées dans la chambre froide ont été oubliées à cette occasion.

- Gestion des blocages suite à EIR

- Signalement EIR par un ES fait par erreur sur une fiche de réactovigilance. Réception par une technicienne EFS Strasbourg qui ne trouve pas la procédure EIR et pense que c'est géré par Nancy
- la fiche de signalement de l'ES est transmise par fax à la distri de Nancy qui contacte la responsable d'Epinal responsable de la gestion des blocages pour le Grand Est. Elle croit qu'il s'agit d'une erreur de destinataire et n'en tient pas compte
- Conséquence : pas de blocage des produits restant en stock effectué
- Fiche également faxée au Pôle Vigilances de Nancy qui a retransmis le dossier à l'HVG de Strasbourg. Constat du non respect de procédure. Mesures d'amélioration en cours.

# Exemples incidents EFS

- Délivrance

- 1- Erreur de délivrance : prescription d'un CGR, délivrance et transfusion de deux CGR

- Mme S. D... est hospitalisée pour une ischémie aiguë des membres inférieurs. Admission en post opératoire au service de réanimation.
- Le 17-06 à 10 heures, le réanimateur prescrit **un CGR**, pour une anémie mal tolérée à 7 g/dl.
- A 10 h 28, l'EFS délivre **deux CGR**.
- A 10 h 40, lors de la réception physique du colis, le soignant contrôle le service destinataire, l'intégrité du colis, le respect des conditions d'hygiène et de transport sans vérifier la concordance entre PSL prescrits et délivrés.
- Vers 11 h 30 la patiente est transférée au service de chirurgie cardio-vasculaire avec le colis de PSL. L'IDE du service de réanimation précise dans la fiche de transfert : 2 CGR à transfuser et ne joint pas le double de l'ordonnance de PSL.
- Au service de chirurgie cardiovasculaire, lors de la réception informatique, l'IDE vérifie la conformité des PSL délivrés, en se référant à la fiche de transfert.
- Lors du contrôle de concordance des données d'identification, l'IDE se réfère aux données déclinées par la patiente, à celles renseignées sur la fiche de délivrance, la carte de groupe sanguin, le résultat de la RAI et la fiche de transfert.
- Le médecin présent confirme que la transfusion des deux CGR était licite.

# Exemples incidents EFS

- Délivrance (Suite)
  - Analyses des principales causes :
    - Lors de la délivrance EFS : non contrôle de la concordance entre le nombre de PSL prescrit et celui délivré favorisé par l'inattention
    - Lors de la réception non ouverture du colis
    - Erreur du nombre de CGR à transfuser liée à un défaut d'attention
    - Double d'ordonnance de PSL non transmise au service de chirurgie cardiovasculaire.
  - Conséquences potentielles :

Transfusion par excès si la transfusion du 2ème CGR n'était pas licite.

# Exemples incidents EFS

- Délivrance
- 2-Défaillances combinées prescription, communication, délivrance, transport etc.
  - Prescription faxée en UVI de 6 CGR, 6PFC, 2 MCP pour hémorragie post-op en chirurgie cardiovasculaire à 20h28 sans appel au coursier, ni à l'EFS
  - La technicienne prépare la commande. En l'absence du coursier, elle contacte le service à 20h50. Le médecin occupé jusque là la rappelle à 20h55 pour lui demander de suspendre la délivrance, il lui communique son numéro de téléphone et lui dit qu'il la rappellera dans quelques minutes
  - La prise en charge du patient ne permet pas au médecin de rappeler
  - La technicienne rappelle le service à 21H30. En l'absence d'informations claires, elle délivre les produits et les remet au coursier présent pour une autre UVI.
  - Lorsque le médecin rappelle l'EFS pour annuler la prescription, la technicienne l'informe que les produits sont en cours de livraison

# Exemples incidents EFS

- Délivrance (suite)
- Vers 4 h du matin, les produits non transfusés sont renvoyés à l'EFS pour destruction.

## Analyses des causes :

- information relative à l'UVI non transmise par téléphone au personnel de la délivrance et au coursier
- Les données renseignées sur la prescription sont celles du service d'admission
- délai de confirmation des besoins transfusionnels non respecté, retard dû à la prise en charge complexe du patient
- non prise en compte de la suspension temporaire de la délivrance de PSL
- impossibilité pour la technicienne de l'EFS de contacter le médecin au bloc opératoire