SFVTT
www.sfvtt.org

Dramatique à sang pour sang

Chronologie et analyse
d'un accident ayant abouti à la
transfusion d'un CGR A
à un patient de groupe O

Présenté par Mme. Brigitte LE CORVAISIER

Le contexte

- Service de chirurgie, activité soutenue
  ⇨renfort de l'équipe par une IDE du roulement
- 15h45 : livraison de 2 mallettes correspondant à une commande de PSL pour 2 patients
  - Mr X de groupe A : 2 CGR A
  - Mr Y de groupe O : 2 CGR O
- Contrôle à réception des PSL : effectué suivant les bonnes pratiques par l'IDE du roulement
- Cette IDE vient de réaliser une transfusion pour un autre patient et va prendre en charge ces 2 nouvelles transfusions

Facteurs de risques

Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- **Facteurs de risques**
  - Arrivée de 2 colis en même temps
  - « Travail à la tâche » de l'IDE de renfort : enchaînement des 3 actes transfusionnels
  - Profil de l'IDE :
    - Etudes en France mais a exercé pendant 15 ans en Suisse : pas de contrôle de compatibilité au lit du malade
    - Dans l'établissement depuis 2 ans mais n'a pas eu la formation en sécurité transfusionnelle organisée en interne dans l'établissement
    - A un problème médical sérieux devant être traité par chirurgie dans les jours prochains

Dans la salle de soins

l'IDE prépare les transfusions

Pour chacun des 2 patients :

- Un plateau individuel avec
  - o 1er CGR à transfuser
  - o La carte de groupe
  - o Le bordereau de délivrance sur lequel elle colle l'étiquette du CGR correspondant
- Le 2ème CGR est identifié et mis dans le réfrigérateur du service *(procédure validée par l'ES)*

Facteurs de risques

Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- **Facteurs de risques**
  - Gestion de 2 actes transfusionnels en même temps, par le même agent
- **Ecart de procédure**
  - Pré-étiquetage en salle de soins alors qu'il doit être réalisé au lit du malade

Transfusion de Mr X (groupe A)

- L'IDE se rend dans la chambre de Mr X avec le plateau destiné à Mr Y (groupe O)
- Elle effectue les contrôles ultimes au lit du malade
  - Contrôle de l'identité du patient
  - Contrôle « concordance documents » entre le CGR et le bordereau de délivrance
  - Contrôle ultime de compatibilité
    - agglutination avec l'anti-A pour le patient
    - pas d'agglutination pour le CGR = non iso-groupe mais compatible
- 16 h : l'IDE débute la transfusion
- Elle assure la surveillance du patient pendant 10 mn et quitte la chambre pour poursuivre son activité

Facteurs de risques

Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- **Dysfonctionnements**
  - Contrôle de concordance document incomplet
    - pas de lien entre l'identité du patient
    - Et celle notée sur le bordereau de délivrance et la carte de groupe (Mr Y)
  - Contrôle ultime de compatibilité
    - Compatible
    - Mais non cohérent avec les documents : agglutination du patient avec l'anti A alors que la carte de groupe sur le plateau (celle de Mr Y) est de groupe O
    - Pas de contrôle de la mention « réservé à la transfusion isogroupe » apposée sur le CGR
- **Ecart de procédure**

  Durée de surveillance : 10 mn

Transfusion de Mr Y (groupe O)

- L'IDE se rend dans la chambre de Mr Y avec le plateau destiné à Mr X (groupe A)

- Elle effectue les contrôles ultimes au lit du malade de la même manière :
  - Contrôle de l'identité du patient
  - Contrôle concordance documents
    - entre le CGR et les mentions inscrites sur le bordereau de délivrance

Contrôle ultime de compatibilité

- En théorie les résultats devaient être :
  - o Mr Y (groupe O) : pas d'agglutination
    - ⇨ Résultats incohérents avec la carte de groupe sur le plateau (= celle de Mr X, groupe A)
  - o CGR : agglutination en A
    - ⇨ **Interdiction de transfuser**
- En pratique L'IDE a noté une agglutination avec l'anti-A pour le patient et pour le CGR

16h20 : l'IDE débute la transfusion d'un CGR A à un patient O

- Elle assure la surveillance du patient pendant 5 mn

Facteurs de risques

Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- **Dysfonctionnements**
  - Contrôle de concordance document incomplet
    - pas de lien entre l'identité du patient
    - Et celle notée sur le bordereau de délivrance et la carte de groupe (Mr X)
  - Contrôle ultime de compatibilité : ininterprétable à J+1

    Pb technique ? Erreur d'interprétation ? Intime conviction ?

- **Ecart de procédure**

  Durée de surveillance : 5 mn

La suite…

- Vers 16H30 : l'IDE est appelée car Mr Y présente une dyspnée aiguë
- Elle arrête la transfusion et appelle le médecin
- Ce patient est un patient fragilisé, septique, ayant déjà présenté un épisode de dyspnée dans les jours précédents

  ⇨ La responsabilité de la transfusion n'est pas évoquée à ce moment là

- Le médecin décide de transférer le patient en salle de réveil pour surveillance rapprochée

Facteurs de risques

Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- **Facteurs de risques**
  - Difficultés de diagnostic en raison de l'état du patient avant transfusion
- **Ecart de procédure**
  - SSPI non destinée à ce type de prise en charge

En salle de réveil

- Mr Y arrive en salle de réveil avec :
  - la transfusion du 1er CGR en cours
  - Toujours le bordereau de délivrance et la carte de groupe de Mr X
  - le 2nd CGR à transfuser resté en attente et bien identifié (groupe O)
- L'IADE en charge du patient réalise le CULM
  - Pas d'agglutination ni pour le patient ni pour le CGR alors que le CGR en cours de transfusion est de groupe A
  - ⇨ Il refait une carte : même résultat
- L'erreur de poche est suspectée et la transfusion est arrêtée, il est 17h (début de la transfusion 16h20)

Facteurs de risques

Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- **Transfusion reprise ?? Par qui ??**

- **Dysfonctionnement**
  - Pas de contrôle de concordance documents

- **Ecart de procédure**
  - Contrôle à l'avance de la 2ème poche par l'IADE

C'est cet écart de procédure qui permettra (enfin…) de révéler l'accident ABO

La fin…

- Le patient est transféré en réanimation en état de choc par incompatibilité ABO
  - SDRA (mais sepsis)
  - Hémolyse
  - CIVD
  - Insuffisance rénale anurique

- Evolution fatale à J+21

Fiche d'analyse des causes

Causes immédiates	Evitable	Non évitable	Sans objet
Liées à un produit de santé ▪ Inversion de 2 CGR	X		
Liées à une procédure de soins ▪ Préparation simultanée de 2 transfusions pour 2 patients différents ▪ Travail de l'IDE en supplément « à la tâche » sans secteur identifié	X X		
Liées à une erreur humaine ▪ Contrôle de concordance documents (pré-remplissage partiel en salle de soins, pas de lien identité patient documents) ▪ Contrôle ultime de compatibilité	X X		
Liées à une supervision			X

Fiche d'analyse des causes

Causes profondes	Evitable	Non évitable	Sans objet
Liées à l'organisation des activités			
▪ Travail « à la tâche » de l'IDE de renfort	X		
▪ Gestion simultanée de plusieurs actes transfusionnels	X		
Liées à la communication			X
Liées à la composition des équipes de soins			
▪ IDE sans formation au sein de l'ES depuis son embauche	X		
▪ Souci de santé IDE : problème de concentration possible		X	
Liées aux locaux, équipements, fourniture…			X
Liées à un défaut de culture de sécurité			
▪ Pré-étiquetage en salle de soins	X		
Liées à la gestion des ressources humaines			
▪ Absence de formation en sécurité transfusionnelle de l'IDE	X		
Liées à un défaut de politique de l'ES	X		

Actions correctrices

- Revoir les organisations
  - ⇨ Eviter au maximum la gestion simultanée de 2 actes transfusionnels par la même IDE
  - ⇨ Supprimer (si possible…) le travail « à la tâche » pour l'IDE en renfort

- Revoir les procédures
  - ⇨ Modification de la procédure « Conduite à tenir en cas d'EIR »

    Ajout de la mention « **Contrôle d'identité obligatoire** avant de reprendre la transfusion»

Actions correctrices

- Revoir les actions de formation
  - ⇨ Temps de formation renforcé (2h → 3h30)
  - ⇨ Contenu revu :
    - o TP sur le CULM : réalisation et interprétation d'une carte de contrôle ultime, exercices de compatibilité,
    - o Mises en situation
    - o Insistance +++ sur l'identité du patient
    - o Présentation de l'accident ABO
    - o *Rappel surveillance de 15'*
  - ⇨ Intervention de l'Hémovigilance lors de la journée d'intégration des nouveaux IDE
    - o Présentation des procédures et des documents propres à l'ES
    - o Réalisation et interprétation d'une carte de contrôle ultime

SFVTT
www.sfvtt.org

CAS PRATIQUES :

ERRARE HUMANUM EST, PERSEVERARE DIABOLICUM