

Focus sur les transfusions inappropriées au CHU de Bordeaux en 2015

Bilan et leçons à tirer

Evelyne Signac IDE Coordination des Vigilances

Dr Sophie Pujol
Unité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

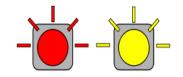






Je n'ai pas de conflit d'intérêt





Transfusions inappropriées

Définition : Transfusion à un patient d'un PSL inadéquat

- Soit destiné à un autre patient
- Soit périmé
- Soit ne répondant pas aux qualifications prescrites

Evolution

Période	Nombre de transfusions
2015	12
2014	8
2013	5



Note ANSM 22 mai 2015 relative à 3 cas de transfusions incompatibles



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

2 2 MAI 2015

Saint-Denis, le

Direction des thérapies innovantes, des produits issus du corps humain et des vaccins

Direction des therapies innovantes, des produits issus du corps numain si Direction de la surveillance Dosaler suivi par : Blodie Pouchol / Anne-Charlotte SAILLY Tel. : Tél : -38 (i) 15 58 73 51 5 / 37 43 E-mail : isode pouchol@warm.sante.fr / anne.charlotte.Sailly@ansm.sante.fr N° OTES : 2015041 400124

NOTE POUR LES DIRECTEURS GENERAUX DES AGENCES REGIONALES DE SANTE A l'attention des Coordonnateurs Régionaux D'Hémovigilance et de sécurité transfusionnelle

Pour diffusion aux directeurs d'établissement de santé, présidents de CME, correspondants d'hémovigilance et responsables de dépôts de sang

Objet: Message de sensibilisation du réseau transfusionnel suite à une fréquence élevée d'erreurs de receveurs observée depuis début 2015.

L'ANSM souhaite attirer votre attention sur l'importance du respect de la pratique de l'acte transfusionnel et plus particulièrement des étapes de contrôle des produits sanguins labiles (PSL) à réception dans les services et du contrôle ultime pré-transfusionnel : concordance documentaire incluant la vérification de l'identité du receveur et compatibilité biologique ABO au lit du malade.

Objet: Message de sensibilisation du réseau transfusionnel suite à une fréquence élevée d'erreurs de receveurs observée depuis début 2015.

réalisées

- absence de contrôles de concordance documentaire (identité du patient) et de concordance de produit au lit du malade ou contrôles défaillants ;
- non prise en compte d'une anomalie révélée lors du contrôle de compatibilité ABO au lit du malade ;
- dans un des cas, les contrôles d'identité du receveur et des produits à réception dans le service ont été

L'ANSM rappelle que tout dysfonctionnement relatif à une erreur de receveur doit être déclaré (articles R. 1221-23 et R. 1221-49 du code de la santé publique), même en l'absence de constat d'effet indésirable Dominique MARTIN



Répartition des 12 signalements

- 5 transfusions de PSL avec délai des 6 h dépassé
- 1 transfusion de CP périmé
- 4 transfusions au mauvais patient (3CP et 1 CGR ABO compatible)
- 1 transfusion ne répondant pas aux qualifications et transformations prescrites (CGR non irradié)
- 1 transfusion par excès sur un résultat d'Hb erroné



Quelles défaillances ?

Défaillances observées

Délivrance à l'EFS: 4

- Erreur dans la gestion de l'identité du patient : mauvais raccrochage informatique : 2
- Non respect de la transformation (irradiation) prescrite sur un CGR: 1
- Délivrance d'un CP à péremption limite à la réception dans le service : 1

Contrôle Réception et/ou Concordance pré-transfusionnel : 11

- Défaut de vérification des qualifications : 1
- Défaut de vérification de l'identité du patient : mauvais PSL au mauvais patient : 4
- Défaut de vérification de l'heure de péremption / délai des 6h : 6

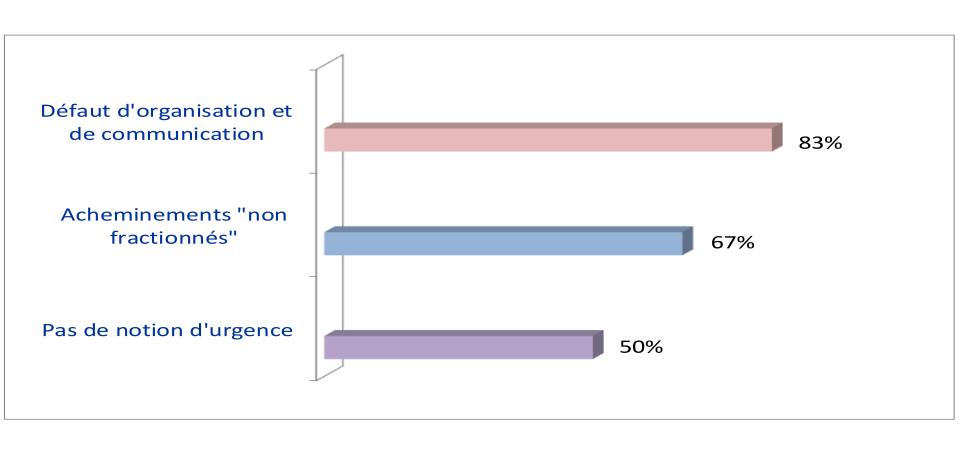
Prescription inadaptée : 5

- Absence de demande d'acheminement « fractionné » : 4
- Prescription par excès sur résultat d'HemoCue® erroné : 1



Quelles causes profondes?

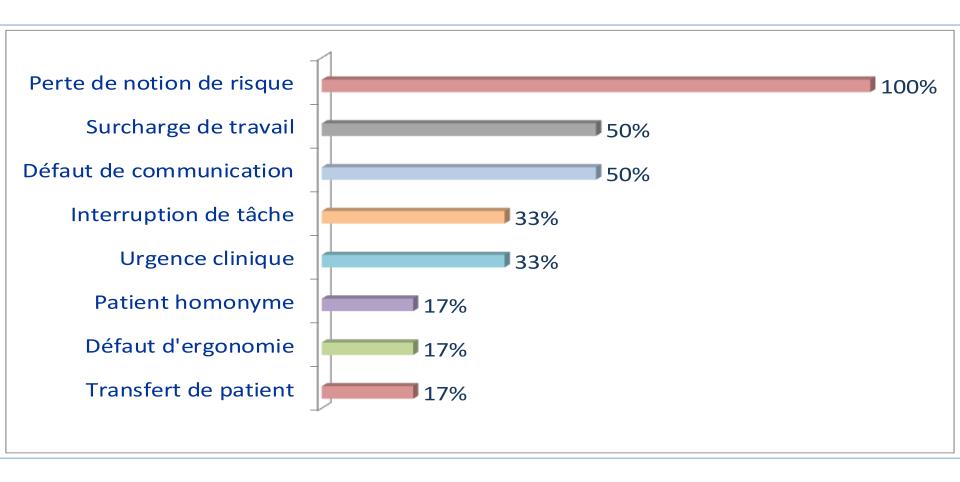
Transfusions à délai dépassé ou PSL périmé (6)





Quelles causes profondes?

Autres Transfusions inappropriées (6) (erreur patient, transfusion par excès, produit non transformé...)





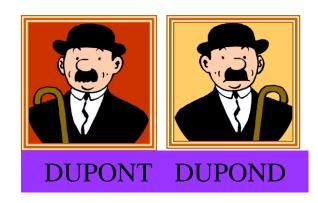
Les leçons à tirer

- Rappel des fondamentaux
- Se re-sensibiliser aux risques : vigilance renforcée !
 - De la délivrance à la transfusion : multiples intervenants, facteurs humains....
 - Autant de risques d'erreur!
- Rappeler l'importance des derniers verrous avant la pose de la transfusion
 - Contrôle à réception et pré-transfusionnel avec un outil d'aide: la globuliste
 - Vérifier les qualifications / transformations
 - PFC et Plaquettes : Ne pas négliger les contrôles
- Former les équipes soignantes : Pédagogie par l'erreur
 - Outils pratiques de simulation : ateliers institutionnels
- Renforcer les transmissions concernant les transfusions entre équipes



Les leçons à tirer

- Renforcer les contrôles d'identité :
 Vulnérabilité majeure du processus
- Stricte concordance des 4 traits d'identité patient/documents
- Question ouverte, bracelet d'identité
- Attention aux patients homonymes, non communiquant, au mauvais raccrochage informatique de dossiers, aux usurpations....





Les leçons à tirer

- Bonnes pratiques de l'utilisation de l' HemoCue®
- Causes directes des écarts :
 - Utilisation de consommables périmés
 - Mauvais entretien/hygiène de l'appareil
 - Qualité des prélèvements
- Répéter l'analyse et prélever systématiquement une NF de contrôle



Et en 2016 2 transfusions inappropriées

1/ Délivrance de Plasmas ABO compatible

- Erreur de sélection informatique d'une patiente à l'EFS à partir de la date de naissance
- Absence de contrôles à réception et de concordance
- Erreur de patiente dépistée lors de la traçabilité

2/ Transfusions Plasmas au mauvais patient (incompatibilité ABO)

- Au bloc opératoire, réception PFC, puis erreur de salle
- Transmission et communication défaillantes, interruption et partage de taches, multiples intervenants
- Absence de contrôles de concordance pré transfusionnel

Les conséquences de l'erreur en terme de sécurité dépendent du contexte où elle se produit









Merci de votre écoute

evelyne.signac@chu-bordeaux.fr

