afssaps
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Analyse des fiches d'incidents graves et des fiches d'effets indésirables receveurs de grade 0 liées à l'immuno-hématologie

Yves Auroy, HIA Val de Grâce, Paris

L'histoire !

Service d'hématologie
Vendredi 14 août 2009

Mr. Leroumain est hospitalisé en hématologie pour une LAM et il doit bénéficier d'une chimiothérapie d'induction en urgence. Une voie veineuse centrale doit lui être posée par le service de réanimation en fin de matinée (sur appel). En raison d'une thrombopénie à 70 000, un CPA doit lui être administré avant.

Service d'hématologie
Vendredi 14 août 2009

Mr. Khardavosteck, d'origine roumaine, est hospitalisé aussi en hématologie et doit bénéficier de la mise en place d'une chambre implantable au bloc opératoire (sur appel en début d'après midi). Pour lui aussi, une transfusion d'un CPA est nécessaire avant l'acte chirurgical en raison d'une thrombopénie.

- 9h00 : à la visite, il est bien précisé de planifier les transfusions de CPA de manière décalée…

- 10h00 : la réanimation téléphone : « Nous sommes un peu à la bourre ce matin, le KTC de «Mr. Leroumain » sera posé dans l'après midi sur appel ». L'externe transmet l'appel à l'IDE « qui court dans le couloir ».

- 12h15 : Réception au dépôt de délivrance de 2 CPA pour 2 patients hospitalisés en hématologie

- 12h30 : L'AS d'hémato récupère les 2 CPA et les dépose sur l'agitateur et part déjeuner

- 13h00 : c’est la relève entre les équipes du matin et de l’après midi. Le bloc téléphone pour faire descendre Mr. Khardavosteck, dit « le roumain », rapidement car un créneau s’est libéré.

- 13h30 : le brancardier vient chercher « Leroumain » pour le bloc. Comme le CPA n’est pas encore « branché », le patient est descendu avec le CPA qui sera « branché » au bloc opératoire

-13h35 : appel du bloc opératoire : « vous vous êtes trompé de patient, dépêchez-vous de descendre Mr. Khardavosteck après lui avoir transfusé le CPA sinon… »

- 13h45 : retour de Mr Leroumain dans le service d'hémato. Le CPA est replacé sur l'agitateur.

- 14h15 : le brancardier revient chercher « le roumain » pour le bloc opératoire. Mr Khardavosteck est donc descendu au bloc avec le CPA en cours de transfusion.

-14h35 : L'infirmière SY entre dans la chambre de Mr Leroumain pour transfuser le CPA avant de descendre en réanimation. Elle s'aperçoit de l'erreur de sa collègue ZA l'inversion de CPA…

- 15h05 : La réanimation appelle pour faire descendre Mr Leroumain. Le CPA n'est pas prêt. Mr Leroumain est quand même descendu… Le CPA « le rejoindra »…

- 16h15 : Mr Leroumain revient dans le service d'hématologie avec sa VVC. Le CPA est alors transfusé !

Résultats de l'analyse :

- Défaillance humaine (c'est dans 90% de cas !)
- L'IDE ZA n'avait qu'à faire le contrôle
- Rappel («remontée de bretelles») à ZA de bien faire son travail
- Conclusion : nouvelle formation dans le service à programmer

Période de vacances

ZA travaille habituellement en rééducation fonctionnelle

Elle n’a pas transfusé depuis 2 ans

Les 2 patients sont de groupe 0+ et j’ai vérifié que le groupe était identique

C’est quoi le phénotype C+ E+

Comment réalisez-vous le contrôle pré-transfusionnel ?

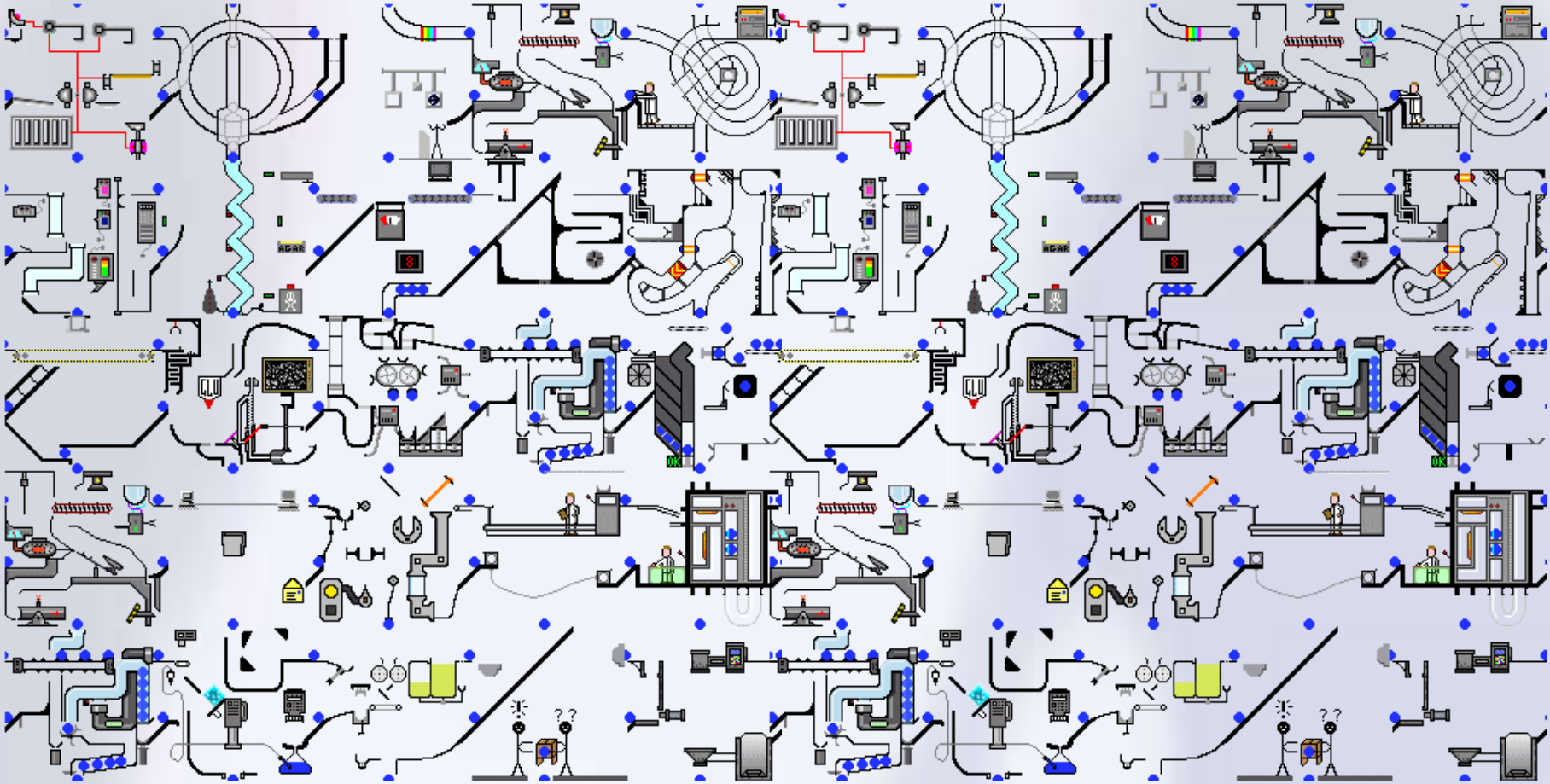
Cela dépend : si il s’agit de rouge… pour les plaquettes, on ne fait rien (pas de carte…) et on connaît nos patients…

afssaps
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Analyse des causes racines

- Démarche structurée
- Non punitive
- Confidentielle
- Pour comprendre les défaillances du système
- Autant que les défaillances humaines

Personne ne fait volontairement mal son travail !
Toute personne « souffre » d'avoir fait une erreur



un système complexe !

ou compliqué ?

17.)

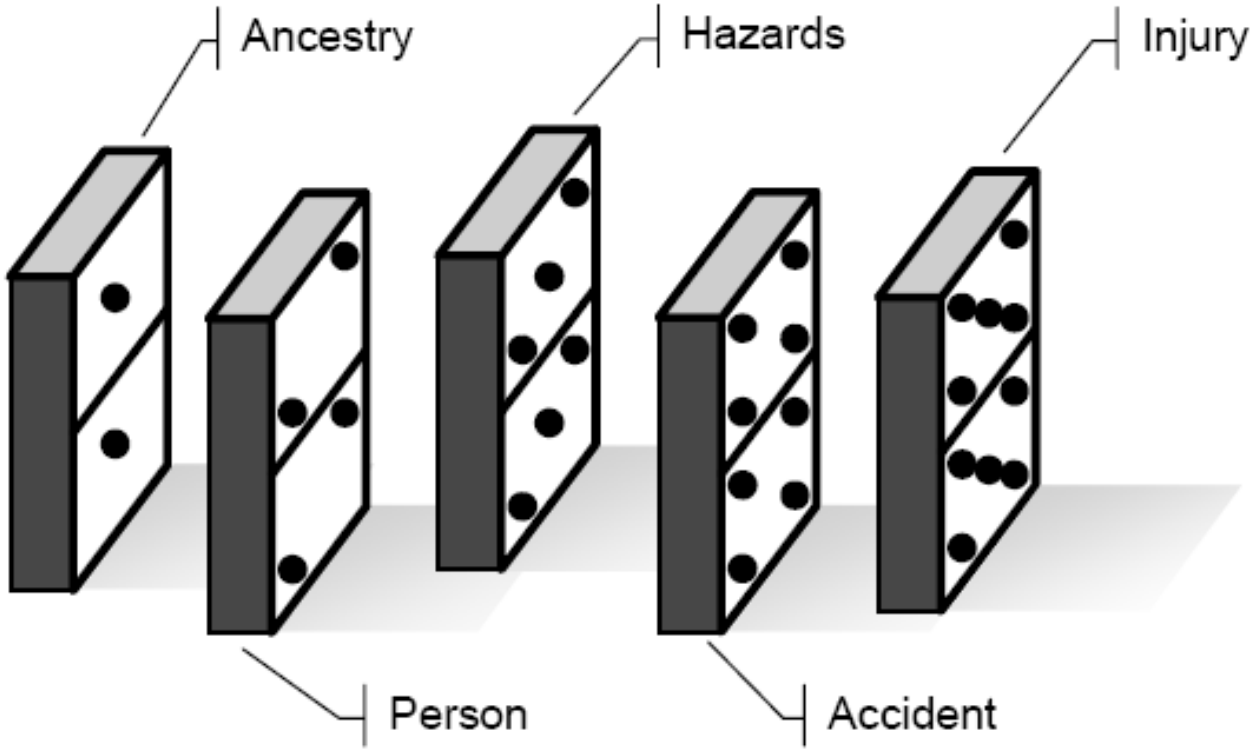
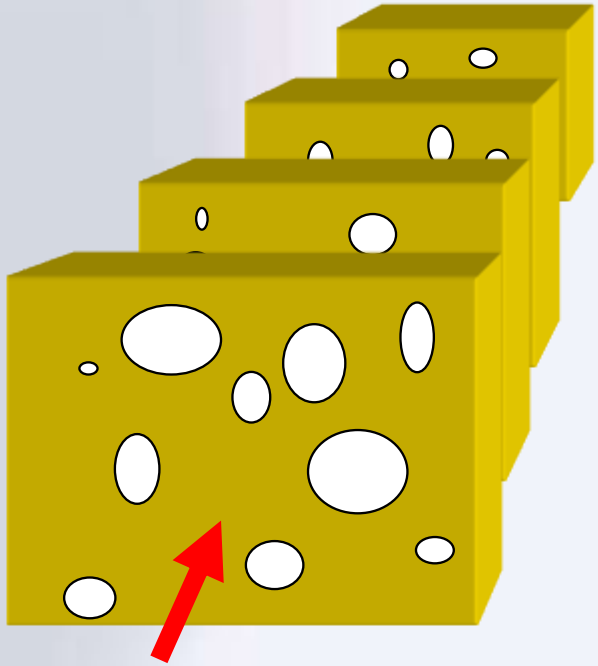
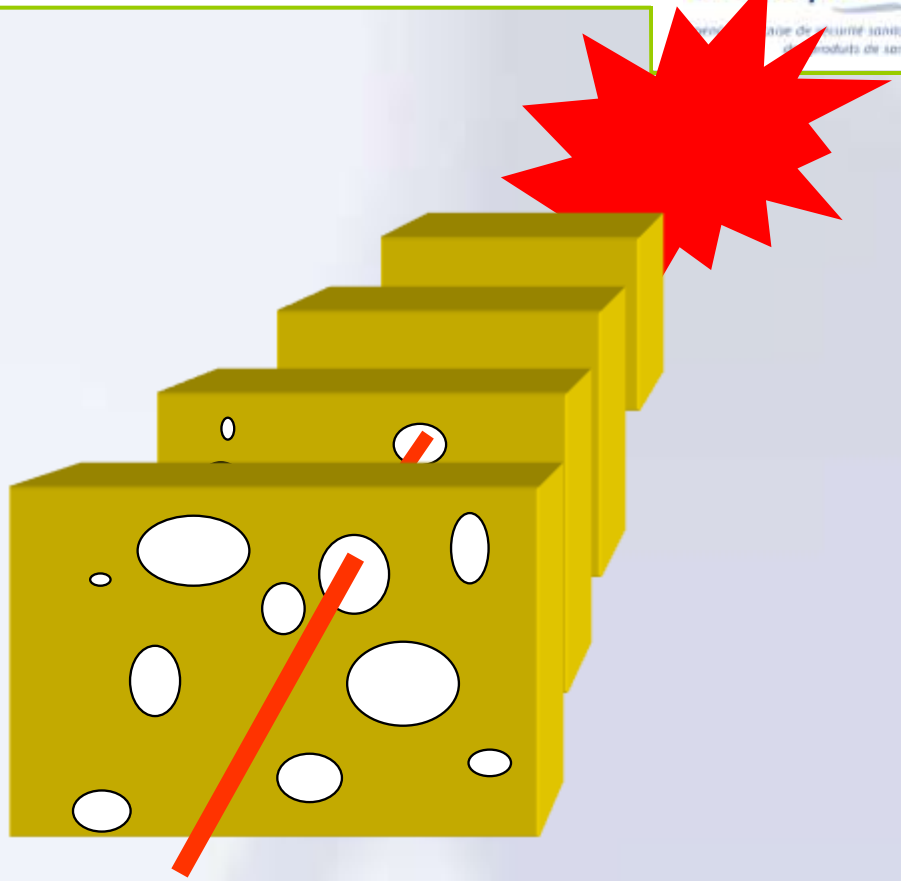


Figure 1.1: Simple linear accident model (Domino model)

Modèle d'accident d'Heinrich (modèle des dominos)

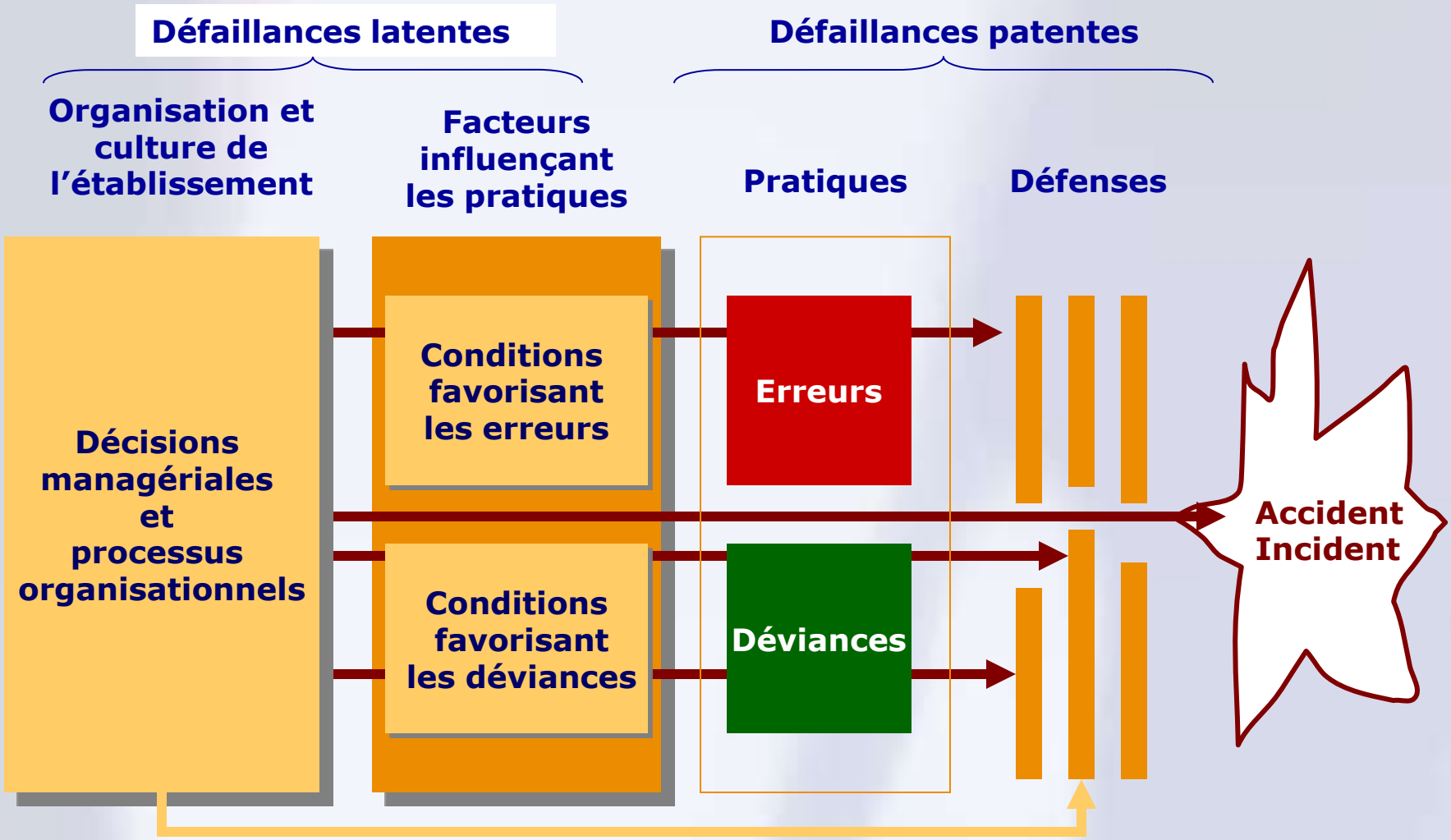




Modèle d’accident de Reason

Genèse des accidents

Schéma de J. REASON



Une Vision systémique de la sécurité

Les moustiques ou l'étang?

Préambule

La première victime d'une erreur :

c'est le patient !

La seconde victime de l'erreur :

c'est celui qui l'a commise !

7808 EIR déclarés en 2009

IMPUTABILITE	
0 Exclue	21,4%
1 Douteuse	
2 Possible	30,3%
3 Vraisemblable	48,3%
4 Certaine	

GRAVITE	
1 Absent	70%
2 Morbidité à long terme	24,2%
3 Menace vitale immédiate	5,1%
4 Décès	0,4%

Incompatibilité immunologique 316 cas

Incompatibilité ABO seule 11 cas

Incident grave de la chaîne transfusionnelle

- 440 cas déclarés

  231 cas sans transfusion associée

  176 cas avec transfusion et EIR grade 0

  33 cas avec transfusion et EIR grade 1 à 4

- **Presqu'accident ABO:**

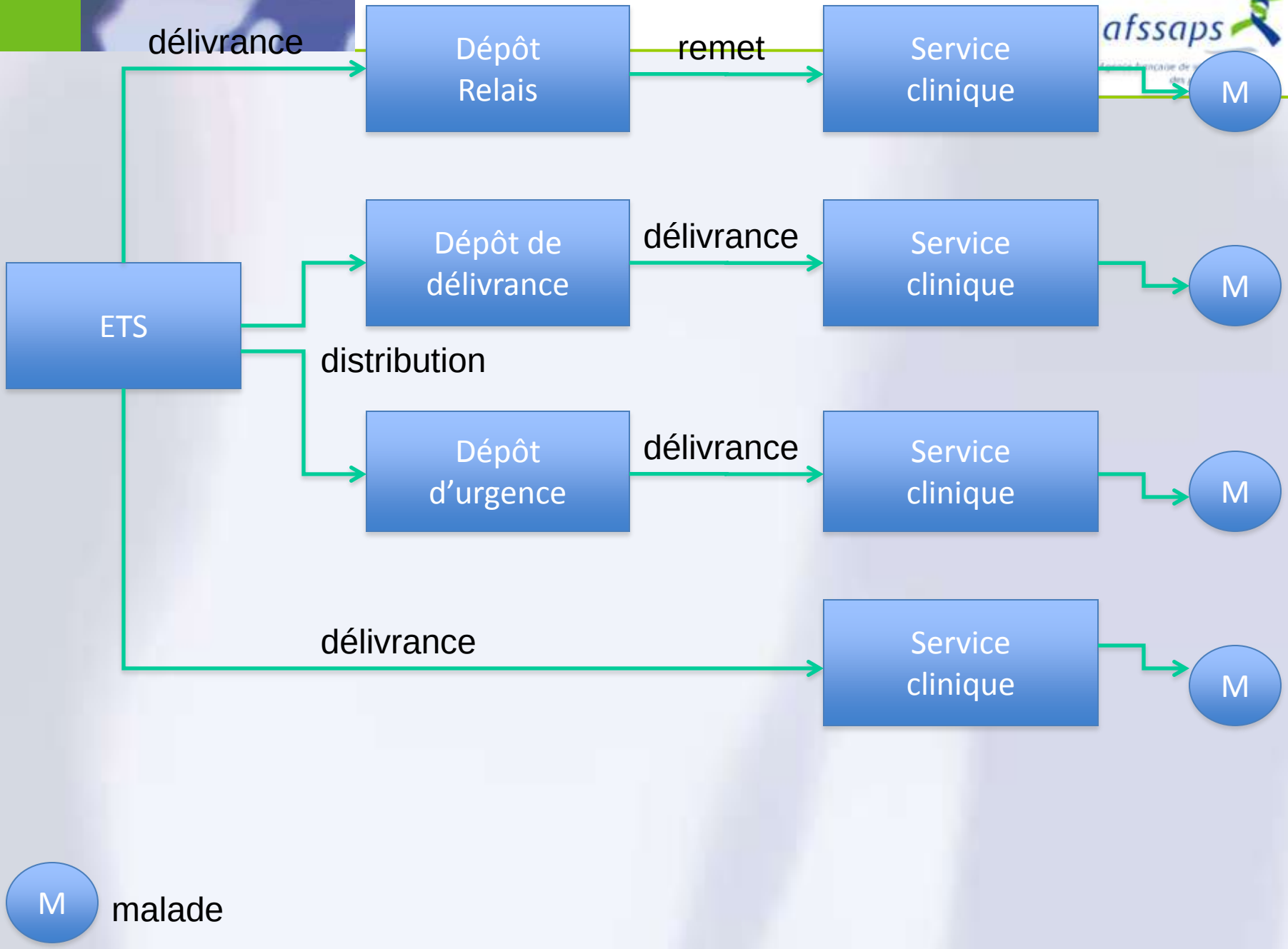
  « near miss accident »

Matériel et méthodes

- Description des étapes de la chaîne transfusionnelle:

Donneur → transfusion

Don du sang
Commande du médecin et transmission au centre référent
Préparation de la commande
Délivrance de la commande
Transport et réception de la commande
Transfusion dans le service


ETS
délivrance
Dépôt Relais
remet
Service clinique
M
Dépôt de délivrance
délivrance
Service clinique
M
distribution
Dépôt d'urgence
délivrance
Service clinique
M
délivrance
Service clinique
M
M
malade

Grille d’analyse

- Différentes modalités de réponses:

Non défaillante

Défaillante

Révélateur de l’anomalie

Inconnu (étape non décrite)

Non applicable

Défaillant/ Non défaillant

- l'étape de la sécurité transfusionnelle

n'a pas été faite

a été faite mais incorrecte

A été faite correctement

- Exemple:

le Beth Vincent a été fait mais mal interprété

= défaillant

le Beth Vincent a été fait et bien interprété

= non défaillant

Révélateur de l'anomalie

- L'étape de la sécurité transfusionnelle

a été réalisée et a permis la découverte de l'erreur

- Exemple:

L'infirmière contrôle les concordances patient/ poche/ fiche de délivrance et s'aperçoit qu'il s'agit de la poche destinée à un autre patient

= révélateur de l'anomalie

Matériel

- Cahiers de l'hémovigilance:

  FIG de 2009

  197 fiches au total

- Sélection:

  CGR délivré

  Incompatibilité ABO

  Mauvais receveur (ABO compatible ou non)

Cas d'incompatibilité

	ABO COMPATIBLE	ABO INCOMPATIBLE
BON DESTINATAIRE	TRASNFUSION CORRECTE	CAS
MAUVAIS DESTINATAIRE	CAS	CAS

43 cas étudiés

- 11 récupérations: la transfusion n'a pas eu lieu
  - 3 par Beth Vincent au lit du patient
  - 8 avant contrôle au lit du patient
    - 3 lors de la réception
    - 3 avant l'arrivée en service
    - 2 après réception et avant contrôle au lit
- 1 cas non décrit
- 31 transfusions erronées

31 transfusions erronées

- 21 transfusions interrompues
  - 8 traçabilités réalisées d'emblée
  - 4 cas avec intolérance
  - 3 autres (contestation d'identité, relecture de la fiche de délivrance)
  - 6 transfusions en parallèles
- 10 transfusions erronées complètes

délivrance avec ou sans transfusion d'un PSL initialement destiné à un autre patient et/ou d'une incompatibilité ABO						
année	CGR	CP	PFC	non précisé	tous PSL	nb patients
2006	1				1	1
2007	53	11	4	1	69	69
2008	69	12	7		88	88
2009	83	13	6	1	103	100
2010	78	24	8	6	116	115
total	284	60	25	8	377	373

	nombre de PSL délivrés en France			
année	CGR	CP	PFC	total
2007	2 165 238	245 326	312 272	2 724 843
2008	2 287 350	252 887	327 005	2 869 250
2009	2 343 804	263 401	371 658	2 980 872
2010	2 378 241	278 097	382 449	3 040 797
total	9 174 633	1 039 711	1 393 384	11 615 762

incidence de délivrance avec ou sans transfusion d'un PSL initialement destiné à un autre patient et/ou d'une incompatibilité ABO (1 / n PSL)				
année	**CGR**	**CP**	**PFC**	**total**
2007	40 854	22 302	78 068	39 490
2008	33 150	21 074	46 715	32 605
2009	28 239	20 262	61 943	28 941
2010	30 490	11 587	47 806	26 214
total	**32 305**	**17 329**	**55 735**	**30 811**

délivrance avec ou sans transfusion d'un PSL initialement destiné à un autre patient et/ou d'une incompatibilité ABO

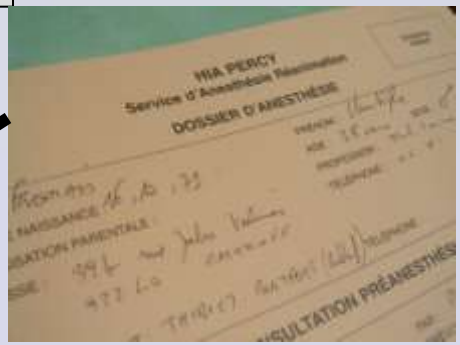
grille d'analyse

	N° FIG :	IG 7541 750803447 11 0001
	N° FEIR (si transfusion réalisée) :	7541 750803447 11 0009
type de PSL impliqué	**concentré de globules rouges**	
	concentré de plaquettes (aphérèse ou mélange)	
	plasma frais congelé	**OUI (decongelé)**

Circuit de délivrance dans lequel l'incident a eu lieu	**1**	
délivrance directe par EFS ou CTSA	1.1	**OUI**
délivrance par EFS ou CTSA et remise au service clinique via un dépôt relais	1.2	
délivrance directe par dépôt de délivrance	1.3	
délivrance directe par dépôt d'urgence	1.4	
Qualification biologique du don / Préparation / transformation du PSL **si absence de défaillance, passer à section 3**	**2**	
groupage du donneur correspondant	2.1	
étiquetage du PSL	2.2	
autre	2.3	
si autre, spécifier :	2.4	texte libre
si défaillance, donner la description détaillée :	2.5	texte libre
Identification du patient pour la détermination des groupes sanguins **si absence de défaillance, passer à section 4**	**3**	
à l'entrée à l'établissement de santé (bureau des entrées)	3.1	
dans le service d'hospitalisation	3.2	
sur le document de prescription des analyses IH	3.3	
si défaillance sur l'identité du patient, spécifier :		
nom de naissance	3.4	
nom d'usage	3.5	
prénom	3.6	
date de naissance	3.7	
interversion d'étiquettes avec un autre patient	3.9	

Qu’est ce qu’une vérification ou un contrôle ?

Test de concordance



Nom
Prénom
DDN

La sécurité ne serait elle pas la gestion des discordances ?

Prise en charge de Mr X 69 ans au bloc opératoire pour PTG Gauche prévu au programme opératoire. A l'accueil, lors des vérifications d'usage par l'IADE et l'IBODE, le déclare devoir être opéré du c

Dossier d anesthésie PTG Gauche

Confirmation orale par le patient du coté a opérer Genou Droit

Vérification Coté à opérer

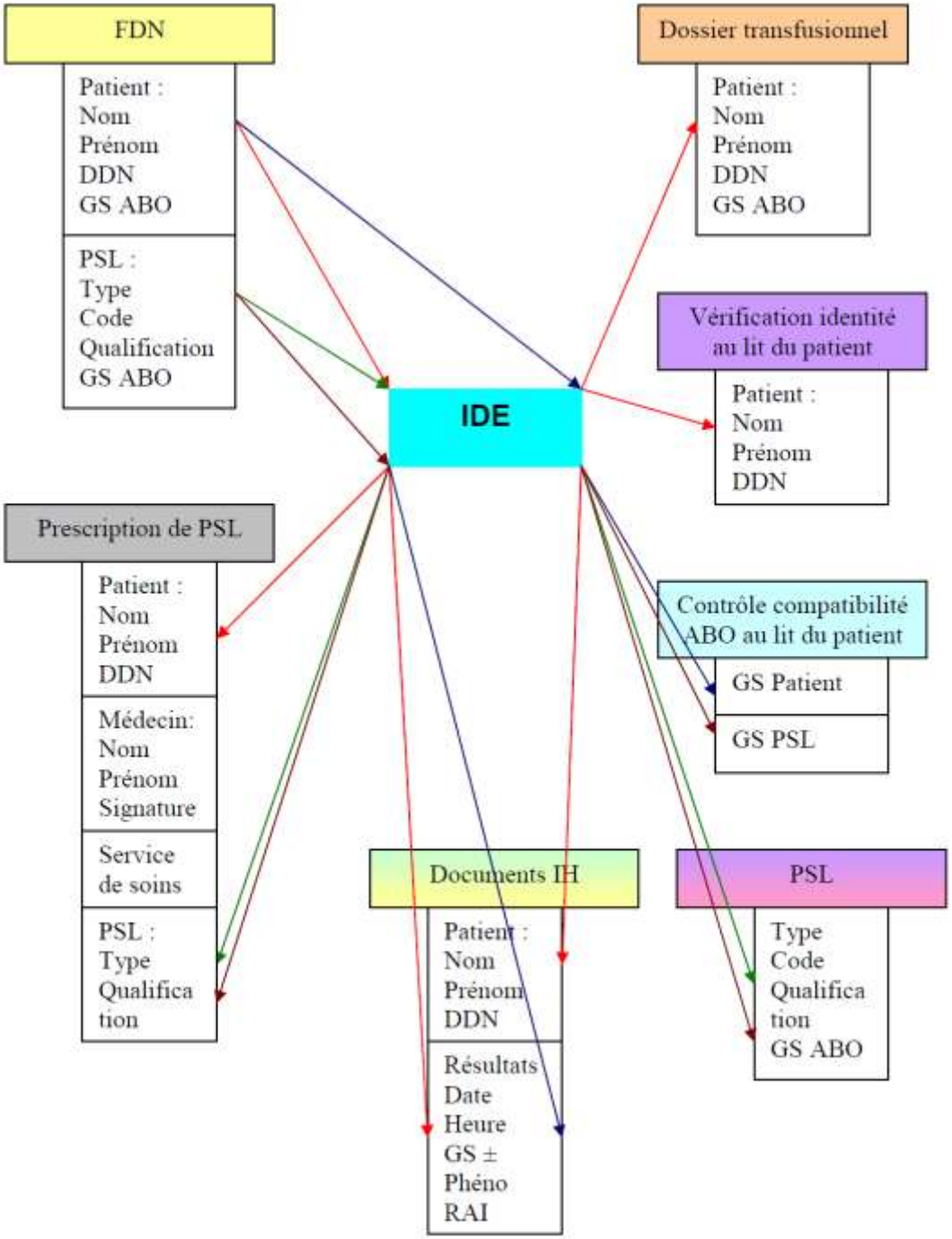
Autres : **Genou Droit**

dossier de soins infirmiers
observation médicale
préparation cutanée

procédure de marquage cutané par le patient lui-même NON sur Genou Gauche

RX CR Radiologue Genou Droit

Appel du chirurgien


FDN
Patient :
Nom
Prénom
DDN
GS ABO
PSL :
Type
Code
Qualification
GS ABO
Dossier transfusionnel
Patient :
Nom
Prénom
DDN
GS ABO
Vérification identité au lit du patient
Patient :
Nom
Prénom
DDN
IDE
Prescription de PSL
Patient :
Nom
Prénom
DDN
Médecin:
Nom
Prénom
Signature
Service de soins
PSL :
Type
Qualification
Contrôle compatibilité ABO au lit du patient
GS Patient
GS PSL
Documents IH
Patient :
Nom
Prénom
DDN
Résultats
Date
Heure
GS ±
Phéno
RAI
PSL
Type
Code
Qualification
GS ABO

Merci !

RECHERCHER
Votre recherche
Ok
> Recherche avancée

Devenir membre de la SFAR

Espace Grand public

egar
Toutes les vidéos egar 2010

Inscription à la Newsletter

Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation
www.sfar2011.com

Les thèmes du moment
antibioprophylaxie Votre recherche **Maladie thrombo-embolique** polytraumatisé

Les examens préopératoires systématiques (RPC 1998)

Mis en ligne le 22 Octobre 2007 et modifié le 02 Août 2011

Version imprimable

Recommandations pour la pratique clinique
ANAES décembre 1998

- Texte des recommandations
- Argumentaire

Documents reliés :

art62_exampreop_c.pdf

Examens préop argumentaire (244.4 ko)

Articles reliés :

- Agents antiplaquettaires et période périopératoire (CE 2001)
- Etats Généraux de l'Anesthésie-Réanimation (EGAR): Données principales.
- Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux (RFE 2009)
- Maladies neuromusculaires
- Recommandations concernant la période préanesthésique
- Tabagisme périopératoire (CE 2005)

Revenir en haut de la page

Version imprimable

LES EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES SYSTÉMATIQUES

DÉCEMBRE 1998

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

XI. LES EXAMENS IMMUNO-HÉMATOLOGIQUES

ABO, Rhésus, le phénotypage et la recherche récente d'agglutinines irrégulières. Ces examens ne sont pas justifiés si le risque de transfusion peropératoire est faible.

On pourrait imaginer qu'une évaluation exhaustive préopératoire serait judicieuse pour tous les patients, permettant ainsi de tendre vers le risque zéro.

Cette conception est fausse pour plusieurs raisons :