

Il y avait du soleil dans les chambres

Présenté par le Dr. Anne DAMAIS-CEPITELLI

- Deux patientes à transfuser dans un service d'onco-hématologie. Elles ne sont pas dans la même chambre
 - Mme X : A
 - Mme Y : O
- 15h50 : L'EFS délivre les deux CGR dans deux sachets différents contenant chacun le CGR et sa fiche de délivrance, mais dans la même boîte isotherme
- A l'arrivée en salle de soins, l'IDE vérifie les poches, les bons et prépare deux plateaux, un par patiente, qu'elle met sur un chariot.

Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- Facteurs de risques
 - 2 CGR délivrés dans la même boîte isotherme
 - IDE seule dans le service l'après-midi (conforme aux normes 1 IDE pour 12 lits)

- Par ailleurs IDE très consciencieuse et expérimentée, venue en formation 2 ans auparavant

- Mme Y. n'est pas dans sa chambre
- L'IDE décide de transfuser Mme X (patiente de groupe A), elle va dans la chambre avec le bon plateau, fait son contrôle de documents et installe tout son matériel
- De multiples interruptions vont s'enchaîner : le médecin pour voir une famille, le kiné, une visiteuse, le téléphone, le médecin pour voir une seconde famille....
- Quand l'IDE revient dans la chambre pour transfuser Mme X, la patiente demande si on peut différer la transfusion, car sa propre famille est là pour voir le médecin
- L'IDE accepte de différer la transfusion

ET

Comme il y a du soleil dans la chambre, elle décide de remettre le CGR en salle de soins dans la boîte isotherme, mais elle laisse tous les documents dans la chambre

- L'IDE décide d'aller transfuser Mme Y (patiente de groupe O), avec le 2ème plateau. Mme Y n'est toujours pas dans sa chambre. Pensant qu'elle va revenir, l'IDE fait comme dans la première chambre : contrôle des documents et installation du matériel
- La patiente n'étant toujours pas revenue l'IDE décide de remettre le CGR de Mme Y également dans la salle de soins (toujours à cause du soleil). Elle le met dans la même boîte que celui de Mme X, sans les documents qui sont eux aussi restés dans la chambre

Les deux CGR sont donc dans la même boîte dans la salle de soins, sans documents


Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

■ Facteurs de risques

- Gestion de 2 actes transfusionnels en même temps, par le même agent
- Interruptions répétées

■ Ecart de procédure

- Désolidarisation des CGR et des documents aboutissant à la présence de 2 CGR dans la même boîte isotherme sans les fiches de délivrance

- 16 h 30 : le médecin en a terminé avec Mme X et sa famille, l'IDE va transfuser Mme X, mais se trompe de poche dans la boîte et prend celle de Mme Y
- Au contrôle ultime, c'est du O pour du A 
 - Pas de vérification des documents
 - Test d'agglutination compatible
 - Non confronté aux documents
 - Le tout réalisé en discutant avec Mme X et son mari (soutien psychologique)
- La transfusion est branchée et le début correctement surveillé

- 17 h : Pour aller transfuser Mme Y, l'IDE prend le CGR qui reste dans la boîte, qui est A.
- Au lit de la patiente :
 - Pas de vérification des documents
 - L'IDE fait le contrôle d'agglutination sans le lire, en discutant avec la patiente (jeune patiente drépanocytaire qui a accouché un mois auparavant)
- Elle branche la transfusion (CGR A patiente O)
- Mme Y présente presque immédiatement des douleurs lombaires aiguës
- Alertée, l'IDE vérifie sa transfusion, constate que le CPU est incompatible, arrête la transfusion et va chercher le médecin
- Pas de conséquences cliniques (grade1)



Dysfonctionnements/Ecarts de procédures

- **Ecarts de procédure**
 - **1ère transfusion :**
 - contrôle de concordance incomplet : pas de contrôle de concordance entre la FD, restée au lit du patient, et le CGR apporté pour la transfusion
 - **Test d'agglutination compatible et correctement interprété (patiente A CGR O) mais non confronté avec la fiche de délivrance (CGR A)**
 - **2ème transfusion**
 - Contrôle de concordance non fait : CGR A alors que FD et carte de groupe sont O
 - **Test d'agglutination correctement réalisé mais non lu.**

- **Au total : inversion de deux CGR dans un service**
 - 2 PSL dans une seule boîte isotherme
 - IDE ayant répondu à des sollicitations multiples
 - Transfusions différées
 - PSL désolidarisés des fiches de délivrance
 - Pas de contrôle des documents
 - Test d'agglutination non interprété

Fiche d'analyse des causes

Causes immédiates (défaillances actives ou immédiates ou défaut de soins)	EV	NEV
1- Contretemps (IDE dérangée à plusieurs reprises, une patiente absente de sa chambre, demande de l'autre patiente ayant entraîné une désolidarisation entre CGR et documents)	X	
2- Inversion des CGR	X	
3- Oubli de l'étape de vérification des documents <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de lien documents CGR, pas de vérification de concordance des résultats du test d'agglutination lors de la transfusion compatible ▪ oubli de l'étape de vérification lors de la transfusion incompatible 	X	
4- Pas d'interprétation du contrôle d'agglutination fait « machinalement »	X	

Causes profondes	EV	NEV
<p>Liées au matériel ou aux conditions de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ matériel utilisé : une seule boîte isotherme pour 2 patients ▪ Interruptions multiples, multiples sollicitations pour une IDE seule 	X	
<p>Liées à l'organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déménagement récent de l'unité + changement de cadre 		X
<p>Liées à la gestion des ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ charge de travail importante 		X

Actions correctrices

■ Organisation

- ⇒ Direction des soins alertée sur la charge de travail
- ⇒ Réunion de crise avec la Direction des soins : rappel des bonnes pratiques aux cadres
- ⇒ Recommandations aux IDE de « refuser » les autres sollicitations quand elles transfusent
- ⇒ Sensibilisation des médecins au fait que l'IDE ne doit pas être dérangée

■ Environnement

- ⇒ Fourniture de boîtes isothermes : un container par patient obligatoire

■ Revoir les procédures

- ⇒ Ajout sur la procédure « acte transfusionnel » : **contrôle ultime à recommencer intégralement en cas d'interruption du processus**
- ⇒ Jamais de désolidarisation entre le PSL et la fiche de délivrance

■ Actions de formation

- ⇒ Formation devenue obligatoire en accord avec la Direction des Soins

- ⇒ Contenu revu :
 - o Présentation de l'erreur sous forme de cas clinique
 - o Ajout de travaux pratiques : réalisation et interprétation d'une carte de contrôle ultime, exercices de contrôle de documents et de compatibilité
 - o Mise en place d'une épreuve individuelle : test de connaissance écrit + contrôle ultime avec interprétation
 - o Formation validée par une attestation

- ⇒ IDE concernée réinscrite en formation

CAS PRATIQUES :

**ERRARE HUMANUM EST,
PERSEVERARE DIABOLICUM**