

XIV^e CONGRÈS NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE VIGILANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE
TRANSFUSIONNELLE

Du 23 au 25 novembre 2022
Le Corum Palais des Congrès

Montpellier

SFVTT
Société Française de Vigilance
et de Thérapeutique Transfusionnelle

Déclaration des liens d'intérêts

Nom du conférencier **Dada MUSAFIRI, CRHST ARS Normandie**

Co-auteur :

Isabelle HERVE - CRHST ARS Normandie

Pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

XIV^e CONGRÈS NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE VIGILANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE
TRANSFUSIONNELLE

Du 23 au 25 novembre 2022
Le Corum - Palais des Congrès

Montpellier

SFVTT
Société Française de Vigilance
et de Thérapeutique Transfusionnelle

**Le contrôle rigoureux des documents immuno-hématologiques :
un impératif !**



Résumé du cas :

Evènement :

Edition de duplicatas de résultats immuno-hématologiques d'un autre patient suite à une mauvaise sélection dans le logiciel du laboratoire

Conséquences :

Erreur receveur avec transfusion d'un concentré de globules rouges (CGR)

Dans ce cas, sans conséquences cliniques ou biologiques car groupe phénotype ABO RHK identique



Chronologie des évènements : Vendredi (J0)

Un patient **P1 Charles XAVIER DDN 21/06/1932** est transféré en urgence des urgences de l'établissement de santé 1 (ES1) vers le service de médecine polyvalente de l'ES2

⇒ Besoin de transfusion d'un CGR

L'IDE1 prépare le dossier transfusionnel en prévision d'une commande de CGR

Il manque les documents des résultats de deux déterminations de groupe sanguin

⇒ Le patient **P1 DDN 21/06/1932** signale avoir été transfusé la veille dans l'ES1

L'IDE1 appelle les urgences ES1 pour demander l'envoi des documents IH du patient



Chronologie des évènements : Vendredi (J0)

La technicienne du laboratoire de l'ES1 :

- Edite des duplicatas mais sélectionne le patient **P2 Charles XAVIER DDN 01/09/1945**
- Faxé les documents au service de médecine polyvalente de l'ES2

L'IDE1 du service de médecine polyvalente ES2 :

- réceptionne les documents de groupe sanguin = duplicatas de phénotypes réalisés en 2021 et à J-3 du patient **P2 DDN 01/09/1945**



Chronologie des évènements : Vendredi (J0)

La technicienne du laboratoire de l'ES1 :

- Edite des duplicatas mais sélectionne le patient **P2 Charles XAVIER DDN 01/09/1945**
- Faxé les documents au service de médecine polyvalente de l'ES2

L'IDE1 du service de médecine polyvalente ES2 :

- réceptionne les documents de groupe sanguin = duplicatas de phénotypes réalisés en 2021 et à J-3 du patient **P2 DDN 01/09/1945**

 **L'erreur n'est pas détectée** 

Les documents IH sont mis dans le dossier transfusionnel du patient **P1 DDN 21/06/1932**

Chronologie des évènements : Samedi (J1)

L'IDE2 du service de médecine polyvalente de l'ES2 :

- Faxe à l'EFS directement du service et sans informer l'IDE2 habilité au dépôt de sang
 - La commande d'1 CGR au nom de **P1 DDN 21/06/1932**
 - Les documents IH reçus au nom de **P2 DDN 01/09/1945**

La technicienne de l'EFS :

- Réceptionne :
 - La commande au nom de **P1 DDN 21/06/1932**
 - Les documents IH au nom de **P2 DDN 01/09/1945**
- Sur la check list : TOUS les items de contrôles sont cochés OK (DDN !/ \)
- Délivre un CGR avec une fiche de délivrance (FD) au nom de **P1 DDN 21/06/1932**

Chronologie des évènements : Samedi (J1)

L'IDE2 du service de médecine polyvalente de l'ES2 :

- Réceptionne la commande de CGR, la FD est au nom du patient **P1 DDN 21/06/1932**
(CGR délivré directement dans le service et pas d'information à l'IDE habilitée au dépôt de sang)
- Fait le contrôle ultime pré-transfusionnel et
- Transfuse le patient **P1 DDN 21/06/1932**

/!\ Sur la check list : concordance des documents cochée « oui »



Chronologie des évènements : Mardi (J3)

Nouvelle prescription de 2 CGR pour le patient **P1 DDN 21/06/1932**

L'IDE3 du service de médecine polyvalente de l'ES2

– Faxe au dépôt de sang

- La commande programmée de 2 CGR au nom de **P1 DDN 21/06/1932**
- Les documents au nom de **P2 DDN 01/09/1945**

L'IDE du dépôt de sang de l'ES2 :

- Réceptionne une commande programmée de 2 CGR pour le patient **P1 DDN 21/06/1932** hospitalisé en médecine polyvalente



Chronologie des évènements : Mardi (J3)



L'IDE du dépôt de sang de l'ES₂ :

– **Fait le contrôle des documents** : identité sur la prescription \neq celle figurant sur les documents IH
nom/prénom/lieu de naissance : identiques, DON 21/06/1932 \neq DDN 01/09/1945

– **Mais ce patient a été transfusé durant le WE , avec ces mêmes documents IH...**

– Appel EFS  L'erreur est confirmée :





Chronologie des évènements : Mardi (J3)



L'IDE du dépôt de sang de l'ES2 :

– **Fait le contrôle des documents** : identité sur la prescription \neq celle figurant sur les documents IH
nom/prénom/lieu de naissance : identiques, DDN 21/06/1932 \neq DDN 01/09/1945

– **Mais ce patient a été transfusé durant le WE , avec ces mêmes documents IH...**

– Appel EFS  L'erreur est confirmée :



– **P2 DDN 01/09/1945** hospitalisé sur un autre site de l'ES1

– Il a aussi été transfusé et va avoir besoin d'une nouvelle transfusion

– **Phénotype O RH 1,2,-3,4,5 K-1 identique**



Les défaillances s'enchainent dans les 3 établissements

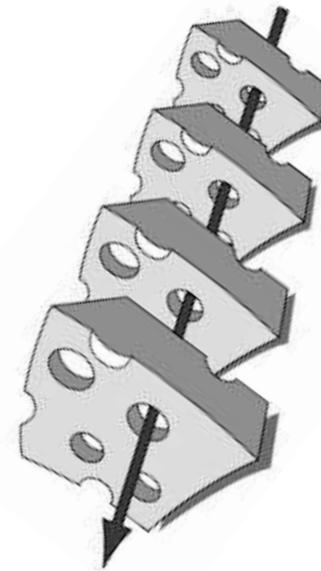
Labo ES1

Edition documents IH

ES 2

Réception documents IH
Envoi commande CGR
& documents IH

1. Recherche dossier patient non faite par la DDN pour l'édition du duplicata des résultats IH
2. Contrôle à la réception des documents IH mal fait par l'IDE 1
3. Contrôle avant envoi de la commande par l'IDE2 et l'IDE3 mal faite
4. Le samedi : envoi commande par IDE directement du service à l'EFS sans informer l'IDE du dépôt de sang





Les défaillances s'enchainent dans les 3 établissements

EF5

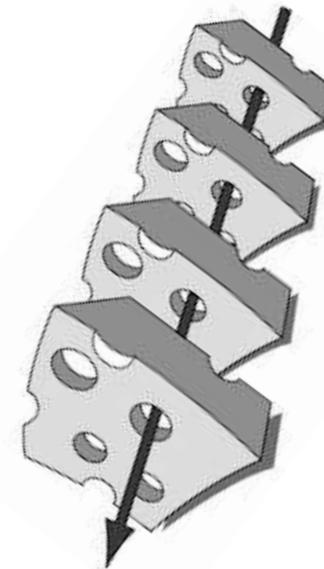
Réception commande
CGR/documents IH/
Délivrance CGR

5. Contrôle à la réception de la commande mal fait => non détection de l'incohérence d'identité entre la prescription et les documents IH
6. Délivrance du CGR toujours sans identifier l'incohérence entre la prescription et les documents IH
7. Check-list remplie de façon automatique

ES 2

Réception &
Transfusion CGR

8. Contrôle à la réception du CGR mal fait par l'IDE2
9. L'IDE dépôt de sang non informée de l'arrivée du CGR
10. Transfusion du CGR après Contrôle Ultime pré-Transfusionnelle au lit du patient mal réalisé/incomplète
11. Check-list remplie de façon automatique





Facteurs contributifs



Analyse des causes réalisée dans les 3 structures



Un facteur contributif commun : 2 patients

- Identité : **homonymie nom et prénom, même lieu de naissance, ≠ DDN**
- En cours d'épisode transfusionnel (**Phénotype ABO RHK identique**)
- Les 2 ES **approvisionnés par le même site EFS**

Facteurs contributifs identifiés : Laboratoire ES1

La technicienne de laboratoire:

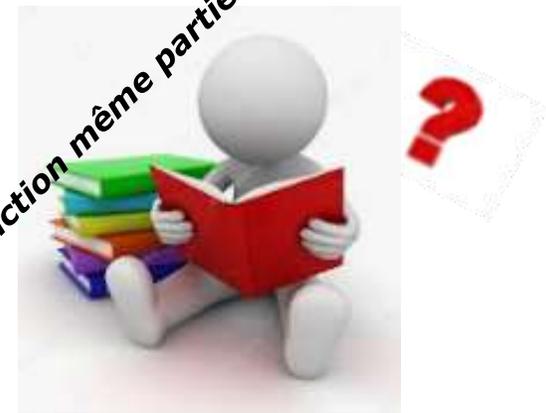
- très expérimentée,
- donnant toute satisfaction

Le contexte:

- Pas de surcharge de travail
- Pas de sous-effectif

Les procédures / L'organisation:

- Existence d'une procédure d'édition des résultats IH
- **Pas de mention de la recherche du patient par la date de naissance**
- Edition régulière de résultats IH par les techniciens de laboratoires et les biologistes car nécessité de transmettre le résultat papier parallèlement à la transmission ERA lors des commandes de PSL à l'EFS





Mesures correctives : Laboratoire ES1

- Mise à jour de la procédure d'édition des résultats IH précisant la recherche par la date de naissance
- Diffusion de cette procédure à tous les techniciens et biologistes



Facteurs contributifs identifiés : ES2

L'IDE2:

- Jeune IDE, depuis 6 mois dans l'ES,
- A reçu le livret d'accueil « transfusion »
- **Pas de formation en hémovigilance**
- **Non habilitée au dépôt de sang**
- **N'a pas contacté l'IDE habilitée au dépôt de sang et qui était présente**
=> ne mesurant pas le risque

Le contexte:

- **Pandémie / cluster / arrêts de travail récurrents**

Les procédures / L'organisation:

- Procédures de commande et de réception des PSL existent y compris pour la nuit, le WE et les JF
- Présence d'une IDE habilitée y compris les WE mais
son planning n'est pas diffusé en interne donc non consultable dans tous les services pour qu'elle soit bien identifiée





Mesures correctives : ES2

- Relance des actions de formation et de sensibilisation aux risques liés à la transfusion pour les IDE, les médecins et responsables de service
=> Turn over +++
- Identification de l'IDE habilitée au dépôt de sang sur le tableau de garde des services





Facteurs contributifs identifiés : EFS

La technicienne de laboratoire:

- Expérimentée (depuis 1994), même si, sur ce site depuis seulement 3 mois,
- Procédures et check-list connues et a priori suivies
(même si tous les items sont cochés « OK », y compris le contrôle de la date de naissance !)

Le contexte / Les procédures / L'organisation :

- Pas de surcharge de travail
- Pas de sous-effectif
- Existence procédures de contrôle à réception et de délivrance
- + un check-list à remplir



Mesures correctives : EFS

- Pas d'action corrective identifiée
- Dysfonctionnements considérés comme étant liés à une erreur humaine
=> inattention /!



A RETENIR

- ❑ Attention à la réédition manuelle de comptes rendus des phénotypes ABO RHK au laboratoire / Doit être réalisée dans un cadre défini par une procédure identifiant les personnes habilitées et les modalités de sélection des patients par la date de naissance
- ❑ Les limites des check-lists => Risque de banalisation par le personnel (expérimenté ou non)
- ❑ Les procédures dégradées les week-ends et jours fériés dans les ES avec dépôts de sang (pour rappel, les commandes faites dans les services doivent être transmises au dépôt pour contrôle à réception /Arrêté 25 octobre 2021)

A RETENIR

- ❑ Attention à la réédition manuelle de comptes rendus des phénotypes ABO RHK au laboratoire / Doit être réalisée dans un cadre défini par une procédure identifiant les personnes habilitées et les modalités de sélection des patients par la date de naissance
- ❑ Les limites des check-lists => Risque de banalisation par le personnel (expérimenté ou non)
- ❑ Les procédures dégradées les week-ends et jours fériés dans les ES avec dépôts de sang (pour rappel, les commandes faites dans les services doivent être transmises au dépôt pour contrôle à réception / Arrêté 25 octobre 2021)



Les intervenants en amont ne sont pas infailibles

XIV^e CONGRÈS NATIONAL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE VIGILANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE
TRANSFUSIONNELLE

Du 23 au 25 novembre 2022
Le Corum - Palais des Congrès

Montpellier

SFVTT
Société Française de Vigilance
et de Thérapeutique Transfusionnelle

Merci beaucoup pour votre attention



2022 © SFVTT - Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.