



« A propos d'un cas d'homonymie stricte, identitovigilance et hémovigilance : Attention à apporter dans le cadre de la prévention des accidents ABO ».

H. Odent-Malaure

L'identification du patient : élément fondamental de la sécurité des soins.

Pourtant, des erreurs d'identité consécutives à des défauts d'identification des patients lors des soins continuent d'entraîner des effets indésirables receveurs et incidents graves de la chaîne transfusionnelle.

Fréquence de ces erreurs : difficile à évaluer et mal connue.

## Incidents graves de la chaîne transfusionnelle

### Décision du 24 décembre 2010

« Un incident grave est un incident lié aux prélèvements de sang, à la qualification biologique du don, à la préparation, à la conservation, à la distribution, à la délivrance ou à l'utilisation de PSL, dû à un accident ou une erreur, (...)»

### Décret du 12 septembre 2014

« Les dysfonctionnements associés à **l'identification des patients** sont également des incidents dès lors qu'ils sont susceptibles d'affecter la sécurité ou la qualité des produits et d'entraîner des effets indésirables ... »

## Incidents graves de la chaîne transfusionnelle : relevant de l'EFS : Identification patient

Distribution / Délivrance, n = 115	
Non respect de prescriptions, consignes, protocole	36
Discordance PSL/FDN	10
Erreur de remise au coursier	12
Erreur de colisage	6
Mauvaise gestion d'un individu dans le LMT	10
Délivrance sur documents non valides ou incomplets	11
Rupture / retard de service	15
PSL périmé /percé	9
Autres	6

 9 %

## Incidents graves de la chaîne transfusionnelle : relevant de l'EFS : Identification patient

IH, n = 9

Erreur technique ou de saisie de groupage ou RAI	1
Mauvaise gestion d'un individu dans le LMT	3
Rupture /retard de service	4
Autre	1

33 %

## **Incidents graves de la chaîne transfusionnelle : relevant de l'ES : Identification patient**

- sélection homonyme à l'admission
- erreur de saisie identité à l'admission
- usurpation d'identité
- sélection homonyme en service de soins
- erreur de saisie identité en service de soins
- sélection homonyme au laboratoire
- .....

## Enquête nationale, multicentrique d'identitovigilance pré-transfusionnelle Coordonnée par les CRH

Prévalence des erreurs d'identification

231 erreurs d'identification / 5639 prescriptions de PSL

A dark blue speech bubble containing the text '4%' in a light blue font.

4 %

480 erreurs d'identification / 23910 prescriptions d'examens IH

Erreurs d'identification

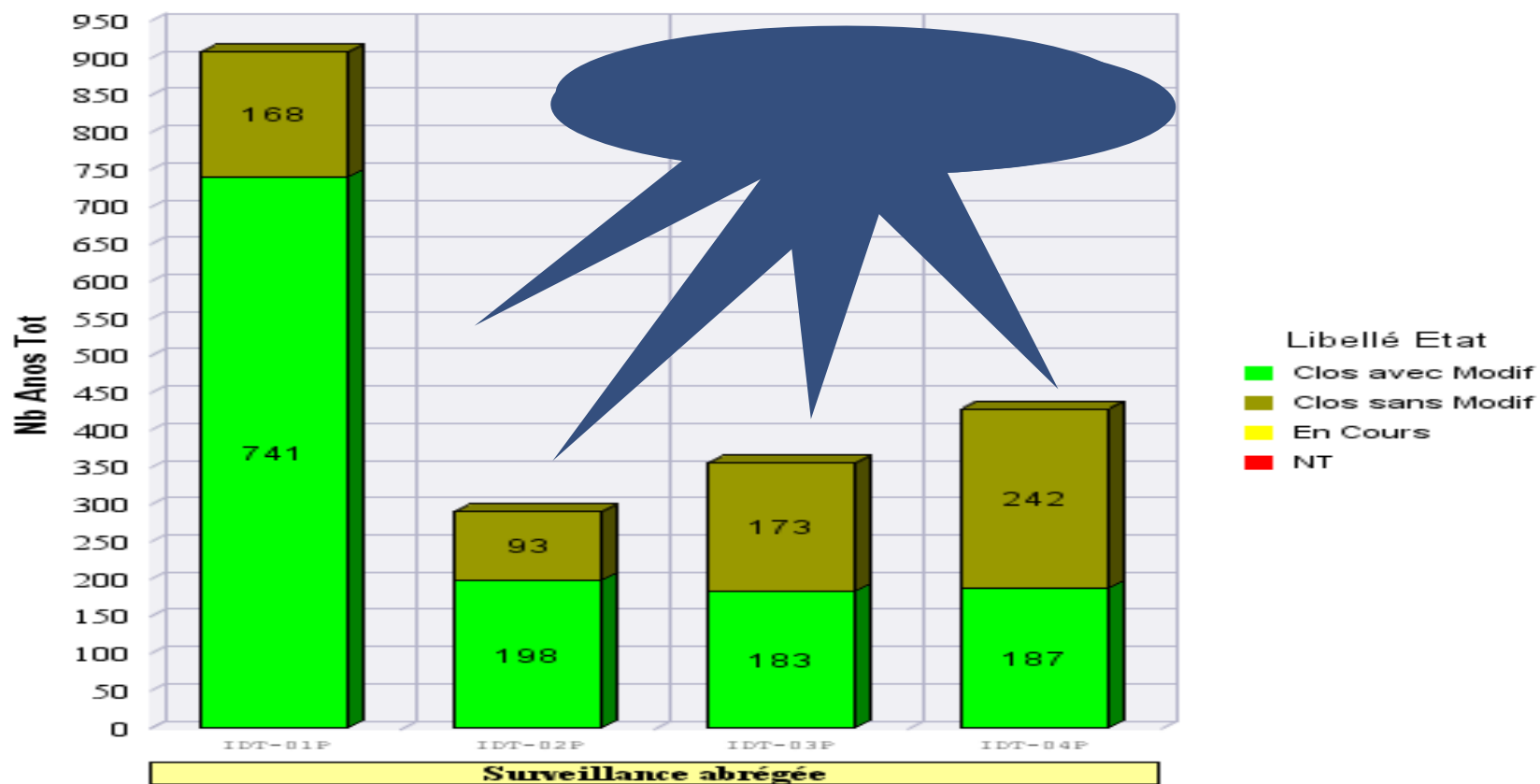


**Doublons / Collisions**

A dark blue speech bubble containing the text '2%' in a light blue font.

2 %

# Doublons (Bilan 2015 EFS) :





## **Incidents graves de la chaîne transfusionnelle : relevant de l'EFS**

Collision : situation dans laquelle un identifiant unique est attribué à deux personnes (au moins)



**Existence d'un seul dossier receveur**

## Circonstances de découverte


Découverte d'une homonymie receveur au laboratoire du Centre Hospitalier (CH) d'Aurillac : THO. M. né le 27/12/1939 : un receveur de groupe A RH1, le second O RH1.

A l'EFS, un seul dossier avec des ATCD transfusionnels : CGR de Groupe O et A.

Cis.FT.qrp

**EFS Auvergne Loire**  
Site d'Aurillac  
50, avenue de la République  
BP 229  
15002 Aurillac  
04 71 43 49 50

**Fiche Transfusionnelle**  
pour receveur N° 4387965037



Edité le 28/08/15  
à 14:45  
Par DA62

Page 1

---

Adresse : Treille  
M. (Né le 27/12/1939)

Adress	Treille	Mo	er	), Né le 27/12/1939
1ère détermination :	O+	10/02/2004		
2ème détermination :	O+	15/07/2008		ned
Phénotype :	C+ E- c+ e+ K-			
Dernière RAI :	20/06/2009	RAI Négative		

Date	Produit/Examen	Libellé	N° / Lot	Quantité	Résultat	Confirmée
24/10/2012	04171	CGR UA SAGM DEL Clos	4299-63120497831	1,00	OUI	OUI
	A+ D+ C+ E- c+ e+ K-	Kpa-			Transfu : 26/10/2012 12:20	
	CGR- Phénotypé RhKell					
17/10/2012	04171	CGR UA SAGM DEL Clos	4299-63120486534	1,00	OUI	OUI
	A+ D+ C+ E- c+ e+ K-				Transfu : 24/10/2012 16:00	
	CGR- Phénotypé RhKell					
26/09/2012	04171	CGR UA SAGM DEL Clos	4299-63120553725	1,00	OUI	OUI
	O- D- C- E- c+ e+ K- Jka+ Fya+				Transfu : 25/10/2012 10:00	
	CGR- Phénotypé RhKell					
21/06/2009	04171	CGR UA SAGM DEL Clos	4299-63093387943	1,00	OUI	OUI
	O+ D+ C+ E- c+ e+ K- Jka- Fya+				Transfu : 21/06/2009 11:45	
	CGR- Phénotypé RhKell					
20/06/2009	RAI	Recherche Anticorps Irréguliers			RAI Négative	
24/05/2009	RAI	Recherche Anticorps Irréguliers			RAI Négative	
23/05/2009	04171	CGR UA SAGM DEL Clos	4299-63093335860	1,00	OUI	OUI
	O+ D+ C+ E- c+ e+ K-				Transfu : 23/05/2009 13:00	
	CGR- Phénotypé RhKell					

## Historique :

Mr THO.M. né le 27/12/39 est hospitalisé en septembre 2015 :

- sur le logiciel du laboratoire de l'ES, **deux dossiers sont proposés pour ce patient** (un de groupe A RH1 et un de groupe O RH1). Un dossier est sélectionné : 2 déterminations A RH1 sont saisies, découverte d'une discordance avec l'historique, patient connu de groupe O RH1
- sur le logiciel de l'EFS, **un seul patient connu** (de groupe O RH1), ATCD transfusionnels multiples, dernier épisode en 2012, transfusion de CGR A RH1 au dépôt du Centre Hospitalier de Saint-Flour.
- Après enquête, le patient A RH1 au CH d'Aurillac a été transfusé à partir du dépôt de PSL du CH de Saint-Flour en 2012, carte A RH1 (LABM) : Ce receveur est inconnu dans le logiciel de l'EFS et les transfusions ont été confirmées dans le dossier existant de l'homonyme de groupe O RH1.

Erreur de **traçabilité** lors de la confirmation des transfusions

## Actions correctives et/ou préventives (actions à moyen-long terme) :

- ✓ Commentaire sur le Logiciel Médico Technique à l' EFS de **refaire un groupage à chaque hospitalisation**
- ✓ **Mention d'homonymie éditable** sur la carte de groupe sanguin de l'EFS
- ✓ Demande au service d'identitovigilance des deux ES (pour le receveur A RH1 et O RH1) d'une vigilance particulière avec **commentaire dans les dossiers patients.**

Homonymies fréquentes : 



Les noms les plus portés par département 1891-1990

Une autre observation d'identitovigilance :

## **Transfusion érythrocytaire ABO incompatible**

### **Les étapes :**

Erreur d'identification temporaire du patient

Rapprochement d'identités similaires lors de la délivrance des PSL

Contrôle de concordance d'identité incomplet à réception des PSL

Absence de contrôle ultime préalablement à la transfusion

## Transfusion érythrocytaire ABO incompatible :

Le 20/12/15 accueil simultanément d'un blessé par accident de la voie publique (AVP) et d'un accident de la vie courante (plaie jugulaire) :

**Deux patients = Deux identités temporaires à l'accueil de l'ES :**

Le patient porteur de la plaie jugulaire à son arrivée est identifié :  
**TEMPOG**AAAAA X né le 30/06/1980

Le blessé lors de l'AVP à son arrivée est identifié :  
TEMPOGA B XXXX né le 22/12/1980

Selon la procédure d'identification de l'ES :

Le 1<sup>er</sup> patient doit être enregistré sous l'identité TEMPOGA,  
Le 2<sup>nd</sup> sous TEMPOGB ... (TEMPO = Temporaire, G = initiale du site,  
puis A,B,C selon l'ordre d'arrivée quotidien des identifications temporaires)

## Transfusion érythrocytaire ABO incompatible lors de l'accueil de deux patients avec des identités temporaires

### Patient blessé lors de l' AVP :

19h30 : Prise en charge du patient intubé/ventilé (arrêt cardio-respiratoire sur les lieux de l'accident), mydriase bilatérale inefficacité circulatoire, exsangue, pâleur des téguments

Commande de PSL sous **identité TEMPOGA B XXXX**

20h 45 : Appel reçu par le Bloc Urgence pour annoncer une laparotomie exploratrice chez ce polytraumatisé grave instable avec pronostic vital engagé

Demande de sang (5 CGR et 5 PFC) sous **l'identité temporaire TEMPOGA**

### Patient porteur de la Plaie Jugulaire :

EFS 19h : Groupage sanguin patient identifié **TEMPOGAAAAA X** né le 30/06/1980 : A-



## Transfusion érythrocytaire ABO incompatible lors de l'accueil de deux patients avec des identités temporaires (suite)

EFS 19h : Groupage sanguin patient identifié **TEMPOGAAAAAA X** né le 30/06/1980 : A-



Patient porteur de la plaie jugulaire

EFS 20H46 : Réception d'une **demande de sang** en UVI au nom de **TEMPOGA**  
(né le ??? Environ 40 ans) de 5 CGR et 5 PFC



Patient blessé lors de l' AVP (**TEMPOGA B**) de groupe O

La **demande de sang** (DDS) est rattachée à l'identité :  
**TEMPOGAAAAAA X** né le 30/06/1980 avec délivrance de 5 CGR A-  
départ 20H51

## Bloc urgence :

Vers 20h 55 : réception des PSL avec les fiches de délivrance et une carte de groupe pour **TEMPOGAAAAA X** associées à la DDS identifiée **TEMPOGA**. L'identité provisoire du patient qui est **TEMPOGA B** n'est pas connue des intervenants.

Vers 21h20-21h25 : la transfusion est débutée sous accélérateur sans réalisation préalable du contrôle ultime (test ABO de compatibilité) et l'incision abdominale est effectuée dans le même temps (avec hémorragie à l'ouverture).

Le test de compatibilité ABO est réalisé après transfusion de 2 CGR A montrant un patient de groupe O.

La transfusion est interrompue.

Le patient recevra au bloc opératoire 2 CGR A, 5 CGR O, 6 PFC AB.

## QUELLES SONT LES DEFAILLANCES ACQUISES ?

- Erreur d'identification temporaire du patient
- Rapprochement d'identité approchantes lors de la délivrance des PSL
- Contrôle de concordance d'identité incomplet à réception des PSL
- Absence de contrôle ultime préalablement à la transfusion
- Procédure d'identification temporaire des patients complexe et perfectible



Révision de la Procédure d'identification temporaire des patients

## Conclusion

Les incompatibilités immunologiques de type ABO méritent une attention particulière, car elles sont évitables par le respect des bonnes pratiques transfusionnelles et sont potentiellement source de morbidité importante, voire de mortalité. Elles font suite à une erreur d'administration des PSL, souvent consécutive à une erreur ou une suite d'erreurs : erreur d'attribution, **mauvaise identification du patient/PSL**, non-respect des procédures transfusionnelles.

L'incidence annuelle des incompatibilités dans le système ABO entre 2010 et 2014 est relativement stable et se situe entre 0,3 à 0,4 EIR pour 100 000 PSL.

En 2014, au plan national, treize incompatibilités immunologiques érythrocytaires sont des incompatibilités de type ABO, soit une incidence de déclaration de 0,4 EIR pour 100 000 PSL cédés.

Les EIR déclarés sont non graves (grade 1, n= 12 et grade 2, n= 1). Il faut noter qu'aucun EIR de grade 3, ni de grade 4 n'a été rapporté en 2014.

**Référence : Rapport d'activité Hémovigilance 2014 établi par l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**