

L'histoire de ce « cas banal »

- ✓ ***Vers 19 h30 : bilan pré-opératoire :
cholécystectomie par voie coelioscopique
(cholécystite aiguë lithiasique).***
 - ✓ ***Prélèvements sanguins classiques réalisés:
NFS, ionogramme, coagulation, 1° puis 2°
détermination pour groupage sanguin et RAI.***
- (A noter : cette intervention a été rajoutée au
programme opératoire pour le lendemain).***

- ✓ -> **Vers 19h30 - 20 h** : le technicien du laboratoire reçoit le bon et les tubes de prélèvement de la 1^o détermination.
- ✓ **la patiente est de groupe** : ***ORH1,2,-3,4,5.***
- ✓ **Un peu plus tard** : il reçoit le bon et le tube de la 2^o détermination pour groupage sanguin pour cette patiente : **toujours du groupe** :
ORH1, 2,-3, 4,5.

✓ **Un peu plus tard (bilans non urgents) :**
Vérification informatique au laboratoire des ATCD
immuno-hématologique de cette patiente (existence
d'une RAI et groupage sanguin déjà connus ?)

✓ **Effectivement, il la retrouve sur son logiciel mais
constate un groupe sanguin différent :**

O Rh 1, 2, -3, -4, 5.

(Phénotype différent avec un « **c** » absent alors qu'il
est présent sur le tube prélevé).

✓ **Il remplit alors le formulaire de :**

« signalement des événements indésirables ».

✓ **Dans la nuit, donc :**

- **Appel** du labo du dépôt à l'IDE pour **signaler** au service la discordance des phénotypes par rapport à l'antériorité et

- **Demande de nouveaux prélèvements** : 2 nouvelles déterminations pour groupage sanguin et nouvelle RAI.

Le lendemain :

*enquête du correspondant d'hémovigilance
auprès de l'IDE et confirmation que :*

L' erreur provient d'une :

***erreur d'étiquetage des documents et des
tubes de prélèvement,***

et non une erreur sur la personne prélevée.

Identification du problème

Il a donc été constaté par le technicien du dépôt une **discordance** entre les résultats des 2 déterminations pour groupage sanguin effectuées par l'IDE du service et les résultats connus inscrits sur l'historique informatique de cette patiente.

Circonstances de survenue

L' infirmière explique alors que :

- ✓ dans l'après-midi, *l'informatique n'a pas fonctionné* et donc aucune entrée informatique des patients n'a pu se faire, que ce soit pour les 4 patients programmés ou pour les 3 patients rajoutés au programme pour le lendemain.
- ✓ Lors de la remise en route informatique **vers 18h**, il y a eu donc une *sortie « en masse » de toutes les étiquettes* de tous les patients, en même temps sur un long rouleau déroulant qu'il a fallu ensuite découper puis séparer les étiquettes appartenant à chaque patient. (environ 10 étiquettes par patient).
- ✓ Les premières *étiquettes d'une autre patiente* ont été malencontreusement collées sur les bons et tubes de prélèvement et envoyés au labo.

De plus

cette après-midi là, le **personnel** était **en sous-effectif** : **1 aide-soignant absente une bonne partie de l'après-midi.**

Il ne restait donc qu' 1 IDE et 1 aide-soignante pour effectuer les tâches du service :

réceptionner les entrants et vérifier leurs dossiers, distribuer les traitements en même temps que les repas, prendre les TA, contrôler les glycémies..

(l'autre aide soignante était absente jusqu'à 16h 30 car à l'IFSI)

✓ **Enfin,**

Ce prélèvement pré-opératoire, s'est effectué dans la soirée, après la visite du chirurgien, juste avant les transmissions de fin de service et ceci pour avancer le travail de sa collègue de nuit.

✓ **De plus,** l'IDE a du revenir compléter son bilan pré-op 10-15 mn après le 1° prélèvement et en a profité pour effectuer sa 2° détermination pour groupage sanguin.

✓ **Elle est ensuite revenue au PC infirmier pour coller ses étiquettes.**

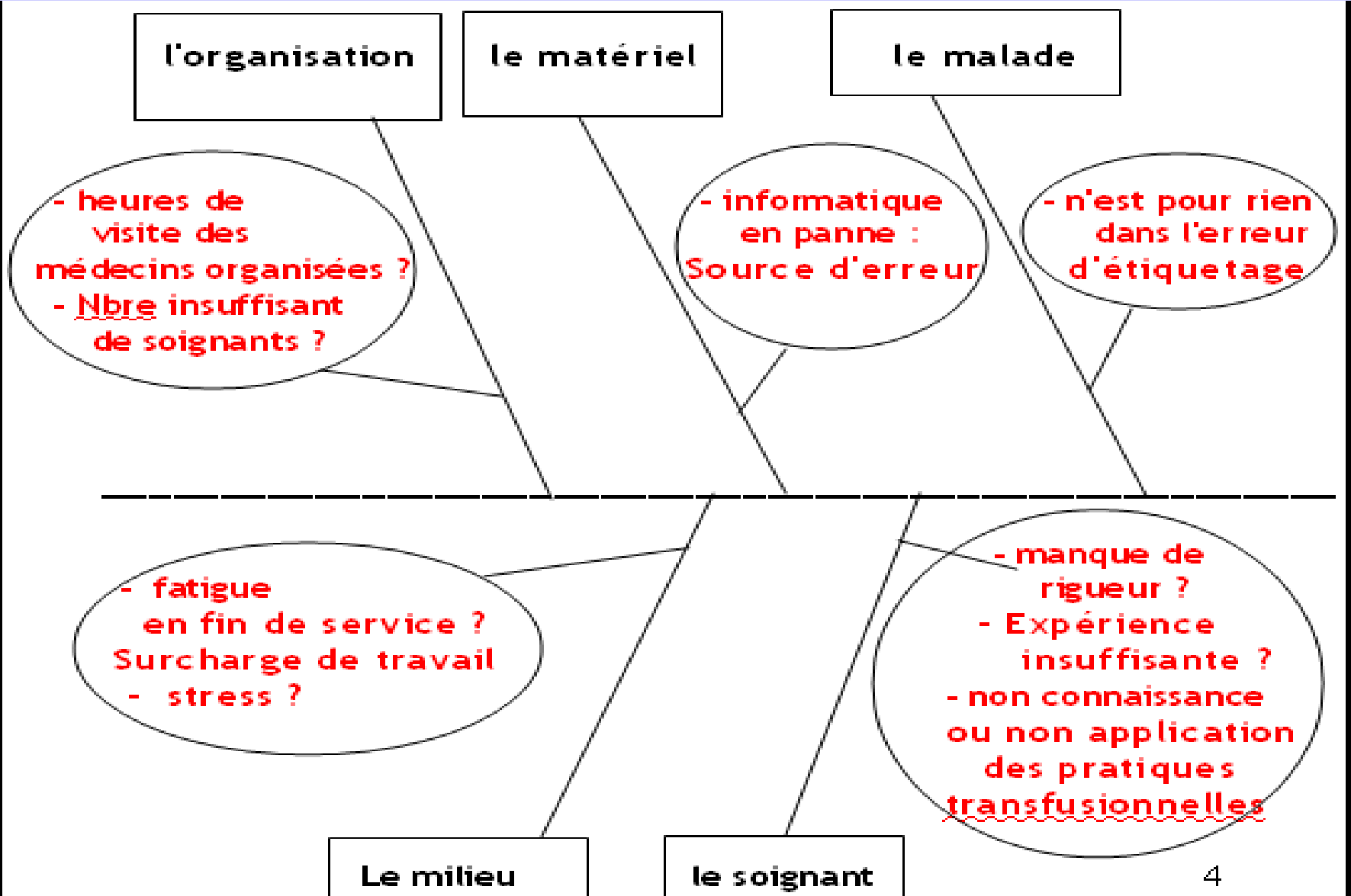
Les étiquetages se sont donc faits en salle de soin sans avoir été vérifiés avant de les coller sur les documents et tubes et surement dans une ambiance de précipitation dans l'exécution des gestes...

CONSEQUENCES

Les prélèvements des 1° et 2° déterminations et RAI étant parfaitement conformes, une ***carte de groupe sanguin erronée*** aurait été établie officiellement par le dépôt au nom de la patiente.



Analyse schématique des causes



En conclusion



La concomitance de ces phénomènes a abouti à un ***manque de vigilance et de rigueur*** dans la réalisation des actes de prélèvement.

Petit focus à propos de ce « cas banal »

« Cette situation vous est-elle déjà arrivée ? »

**.... Petit silence puis.... Interventions des uns
et des autres :**

« Oui, je fonctionne mal depuis toujours... »

D'où :

=> Remise en cause de ses propres pratiques.

**=> Prise de conscience des bonnes pratiques
dans l'exécution des prélèvements.**

Mesures prises

- > Enquête sur place auprès du personnel soignant concerné (CHV).
- > et discussion privée entre l'IDE, le cadre du service et le correspondant d'hémovigilance.
- > Utilisation du « cas » à visée pédagogique lors des réunions de formation pluri-annuelles sur les **bonnes pratiques** transfusionnelles (*notamment en matière de prélèvement*).
- > mise en place d'un diaporama spécifique contre ces erreurs d'étiquetage.
- > Rappel sur l'existence des fiches synthétiques affichées dans les services et du « cahier transfusionnel » sur les **CAT** en matière de **sécurité transfusionnelle**.

IV) Propositions de correction

1) Le Matériel :

L'informatique doit être fonctionnelle.

Peut-on faire quelque-chose ?

Est- ce un événement fréquent ?(Il semblerait que OUI !!....)

CAT=>

REPETER LES SIGNALEMENTS à chaque incident

lié à une défection du système informatique par l'envoi systématique d'une

« fiche de dysfonctionnement ».

2) Le Malade :

Dans ce cas, le malade n'y est pour rien.

3) La Méthode :

- Réflexion au niveau de l'équipe soignante sur l'organisation la plus adéquate en organisant des réunions de discussion internes avec le personnel et cadre de santé.
- Remplacement des personnels pour ne pas être dans la situation de travailler en sous effectifs (cause de stress).

⇒ Ces informations doivent remonter au cadre du service, directeur des soins et administration pour résoudre au mieux ces problèmes. Pour cela, chaque dysfonctionnement doit donc être signalé officiellement en rédigeant une « fiche d'événement indésirable ».

⇒ Leur accumulation interpellera le coordinateur gestionnaire des risques et l'administration.

4) *Le Milieu* :

- La fatigue du soir : est inéluctable!
- la surcharge de travail (peut être un problème organisationnel ...).

5) *la Main-d'oeuvre* (le soignant) :

L'IDE est le dernier rempart avant l'erreur ++++++ :

Par sa rigueur dans l'exécution des tâches à accomplir dans le respect des bonnes pratiques transfusionnelles, notamment dans les VERIFICATIONS des CONCORDANCES des identités « patients – documents - tubes de prélèvement », elle assure la sécurité du patient.

Ceci, même en cas d'urgence ou de surcharge de travail !!!

(de la même façon qu'elle ne pourra jamais omettre de faire son CUPT au lit du patient en urgence vitale.)

Ces réflexes de vérifications sont capitaux et il faut en prendre conscience....

Le métier d'infirmier, sage-femme.... est loin d'être facile !

**On a évité l'accident à cause de la
chance cette-fois-ci !**

Mais la prochaine fois ????????

Rappels des Bonnes Pratiques lors des prélèvements pour bilans IH

1) Prélèvement / étiquetage =

- Au chevet du patient IMMEDIATEMENT après le prélèvement.
 Tubes vides NON étiquetés (étiquettes à part).
- Vérifier l'identité du patient par une question ouverte.
- Comparer cette identité avec celle figurant sur les étiquettes
(nom, prénoms, date de naissance, sexe)
- *Enfin ! On peut coller les étiquettes.*

2) formulaire de demande d'examen :

Vérifier :

- **l'identité complète :**
nom de naissance, prénoms,
nom marital, **date de naissance.**
- **degré d'urgence.**
- **Date et heure.**
- **NOM, Qualité, SIGNATURE** de la personne
ayant effectué le prélèvement.

Le contrôle Ultime de l'identité au lit du patient.....

Permet de dépister les incohérences sur :

- Les dates de Naissance,
- L'orthographe des noms et prénoms,
- Voire, les usurpations d'identité...

Le contrôle de l'identité à chaque étape de la prise en charge du patient procède d'un élément incontournable de tous les actes de soin.

Réalisation du groupage sanguin :

- DEUX déterminations

Phénotypage ABO, Rhésus, Kell réalisés à partir de

- DEUX prélèvements distincts.

si possible par 2 personnes différentes.

=> Le but étant de vérifier par 2 fois, l'identité du patient.

RESULTATS 2013 (à ce jour)

Six signalements d'erreurs d'étiquetage (les 6 premiers mois) :

- 1 en chirurgie digestive
- 4 en obstétrique
- 1 aux urgences

***NB : attention aux services « hautement » préleveurs :
urgences, obstétriques, hémato-oncologie,
réanimation.***

***NB : attention aux « non déclarations » des erreurs
d'étiquetage ayant pour conséquences des bilans
faits ne correspondant pas à la bonne personne qui risque
alors de recevoir un traitement inadapté, voire des
facturations d'examens.... ou une carte de groupe sanguin
erronée !***

MERCI