

CAS PRATIQUES :

TRANSFUSION INUTILE

Présenté par le Dr. Silvana LEO-KODELI

Identification de l'évènement

- ❖ transfusion inutile d'un CGR à une patiente de 91 ans dans le service de court séjour gériatrique (CSG)

Les faits

❖ J0 - mardi

- USTH est contactée par le Cadre de Santé du service de Court Séjour Gériatrique (CSG)
- signale un problème de transfusion à une patiente suite à une erreur de prélèvements sanguins effectués au SAU
- avant de se rendre dans le service, le CHV consulte, dans le serveur de laboratoire de l'ES, les résultats des analyses biologiques de la patiente transfusée et retrouve 2 patientes avec le même nom, prénom et NJF, mais 2 DN différentes 😞
- 1 - le 19/04/1919 = patiente A hospitalisée en CSG
- 2 - le 04/01/1919 = une patiente régulièrement hospitalisée dans les services de gériatrie
- déplacement dans les services pour analyse de l'incident
- rencontre avec les acteurs concernés (sauf médecin de SAU, absent)

Chronologie des faits (1)

1	J -1 8h00	Madame A , diabétique, arrive au SAU pour une plaie ouverte du nez, contusion de la hanche, suite à une chute à la maison de retraite, difficilement interrogéable Admission enregistrée à partir des informations notées sur le bon de transport ☹️ rempli par les ambulanciers et sans demander les documents d'identité ☹️ de la patiente, avec la DN :19/04/1919
2	9h00	Réalisation de l'ECG + prélèvement sanguin - n°1 (NFS, hémostase, biochimie)
3	10h30	Vue par Dr N qui suture la plaie faciale et décide du transfert au Court Séjour Gériatrique (CSG) car l'état clinique jugé instable (selles noires, urines hématuriques)
4	10h30 - 11h	Appel du laboratoire de Biochimie, signalant un problème de prélèvements de la patiente A , à contrôler ... IDE informe le médecin qu'elle refait les prélèvements Commentaire visible sur le serveur labo « <i>problème de prélèvement, contrôle demandé</i> » , mais pour biochimie seulement ☹️
5		En même temps une deuxième patiente Madame B , venant également d'une maison de retraite, est admise au SAU et installée dans le même box que Madame A , puis prise en charge par la même IDE
6	11h00	IDE - Réalise prélèvements - n°2, pour la Patiente A (dit avoir refait tous les prélèvements) et ceux demandés pour la patiente B - Etiquetage des tubes dans le box, mais pas de vérifications des identités (bracelet) ☹️ - L'IDE ne trace pas cette 2 ^{ème} série de prélèvements ☹️ de la patiente A dans le dossier de soins informatisé des urgences

Chronologie des faits (2)

7	13h58	<p>Transfert de la Patiente A au CSG, résultats n°2 en attente</p> <p>Patiente B retourne à la maison de retraite</p>
8	~15h00	<p>Au CSG, Dr M voit la Patiente A et regarde les résultats de laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'étonne que les résultats des prélèvements n°1 n'aient pas été pris en charge au SAU (Hb à 6,4 g/dl , Ht 29 %, le reste de la NFS normale, hémostase également perturbée) et qu'aucune information n'ait été transmise 😞 - Seul le contrôle de biochimie n°2 est corrigé par rapport au résultat n°1 - Anémie compatible avec le contexte d'hospitalisation, mais bien tolérée - Prescrit des prélèvements complémentaires (Fer, Vit B12, Ferritine, bilan hépatique), groupage sanguin et RAI, à effectuer immédiatement - Prescrit transfusion de 2 CGR : 1er le jour même, 2ème le lendemain - Prévoit nouveau bilan sanguin pour le lendemain matin (NFS, hémostase, biochimie)
9	20h30	<p>Transfusion du premier CGR à la Patiente A</p>

Chronologie des faits (3)

10	JO 6h39	Prélèvement - n°3 de la Patiente A (NFS, hémostase, biochimie)
11	10h	Résultats des analyses rendus avec les commentaires écrit du laboratoire : <i>«résultats NFS très différents par rapport à la veille, NFS vérifiée : erreur d'identification »</i> <i>«résultat du bilan de coagulation discordant par rapport à la veille»</i> Téléphone au service signalant probable erreur d'identification → Hb 14 g/dl
12	10h37	Nouveau prélèvement - n°4, pour contrôle (NFS, hémostase) Résultats confirment Hb à 13,3 g/dl
13	11h	Le Cadre de Santé du service CSG contacte alors l'USTH signalant une transfusion faite inutilement à la patiente A

Premières conclusions

14	12h	<p>Analyse immédiate :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Vérification de tous les résultats du laboratoire, compatibles avec une erreur de prélèvement n°1 2 - Problème de prélèvement n°1 au SAU identifié comme erreur d'étiquetage des tubes par l'IDE (inversion Patientes A et B) 3 - Analyse des pratiques des IDE et de l'ergonomie des locaux au SAU 4 - Comparaison des dossiers médicaux et vérification des documents d'identité confirme la fausse DN de la patiente A (enregistrée au SAU à partir du bon de transport des ambulanciers), la patiente est en effet connue dans le service de gériatrie avec DN 04/01/1919
15	12h30	<p>Premières mesures correctives :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Annulation de la transfusion du 2^{ème} CGR pour patiente A 2 - Recherche de la patiente B qui occupait le même box au SAU Cette patiente B est rentrée à la maison de retraite l'hébergeant → demande à la maison de retraite de refaire les prélèvements sanguins 3 - Information du bureau des admissions pour correction de DN de la patiente A 4 - Information de la société ambulancière 5 - Rédaction de 2 fiches de dysfonctionnement d'Identitovigilance (1^{ère} - bureau des admissions et 2^{ème} - SAU)

mais !

Chronologie des faits (4)

16	<p>J+2 9h</p>	<p>IDE du SAU signale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que la Patiente B n'a été admise au SAU qu'à 11h - les prélèvements n°1 de la patiente A, erronés, ont été réalisés à 9h <p>→ l'inversion des tubes entre les deux patientes était impossible 😊</p> <p>- se rappelle également que le laboratoire a évoqué lors de son appel l'hypothèse d'un prélèvement hémodilué et qu'elle avait réalisé la première série de prélèvements de la Patiente A en aval de la perfusion 😊</p>
17	12h	<p>Nouvelle réunion dans le service :</p> <p>Récupération des résultats de la patiente B qui sont normaux 😊</p> <p>Résultats des prélèvements n°1 (NFS, hémostase, biochimie) de la patiente A au SAU compatibles avec l'hypothèse d'hémodilution</p> <ul style="list-style-type: none"> - seule la biochimie a été contrôlée

Identification et Analyse de l'EI (méthode ORION)

ECART	CAUSE	FACTEUR INFLUENT
<p>1- Retranscription de la mauvaise DN au moment de l'admission de la patiente A : document d'identité non demandé, alors qu'elle l'avait en sa possession</p>	<p>ORG : non respect de la procédure d'admission</p>	<p>HUM : charge de travail importante aux urgences</p>
<p>2 - Première série de prélèvements au SAU de la patiente A non conforme</p>	<p>TECH : prélèvement dilué, effectué en aval de la perfusion ORG : non respect des bonnes pratiques de prélèvement -étiquetage</p>	<p>HUM : « jeune » IDE</p>
<p>3 - Pas de trace du 2^{ème} prélèvement au SAU ni du motif de sa réalisation</p>	<p>HUM : oubli</p>	<p>HUM : « jeune » IDE HUM : charge de travail importante aux urgences</p>
<p>4 - Pas de transmission, ni médicale ni infirmière, de SAU au CSG, concernant les problèmes des prélèvements</p>	<p>HUM : oubli ORG : non respect des transmissions inter-service</p>	
<p>5 - Absence de commentaire sur la partie hématologique du bilan sanguin dans le serveur laboratoire</p>	<p>ORG : communication inter-labo des dysfonctionnements pas clairement définie</p>	

Liste d'actions correctives proposée

Rappels

- ❖ Procédure d'admission des patients au SAU – Identitovigilance
- ❖ Bonnes pratiques de prélèvement au SAU
(+ IFPM, formation continue en interne, interventions ponctuelles dans les Services)
- ❖ Traçabilité des actes et transmissions dans les dossiers informatisés des patients

Communication et suivi des actions

- ❖auprès des référents DPI
- ❖ Au laboratoire → améliorer la communication des dysfonctionnements en interne (biochimie - hémostase – hémato)
- ❖ En interne aux gériatres, au SAU
- ❖ Aux instances - CSTH, COVIRISQ

Conditions prioritaires pour un bon déroulement de l'analyse

- ❖ **Délais de collecte des données**
→ ni trop tôt ni trop tard
- ❖ **Confiance**
- ❖ **Impunité**

CAS PRATIQUES :

**ERRARE HUMANUM EST,
PERSEVERARE DIABOLICUM**