

Identité et Groupage

A propos d'un cas

Laurence TIMSIT

Hémovigilante

CH SOISSONS

Résumé de l'erreur constatée

- 17h30 à J0 Constat au laboratoire d'une discordance de groupe sanguin entre première et deuxième détermination d'une **patiente A** présente en salle d'accouchement.
- 18h00 à J0 Mesures immédiates prises par le laboratoire: annulation de l'examen, élaboration d'une fiche de non-conformité et contact avec le service pour enquêter sur cette erreur.
- 8h00 à J1 Contact avec la cadre du service. Enquête menée auprès des Sages Femmes présentes la veille dans le service.

Résumé de l'erreur constatée

Enquête à J1:

- Dossiers d'accouchement consultés. Annulation de l'ensemble des bilans réalisés sur les deux dossiers présents lors de l'erreur.
- Après enquête: deux **patientes A et B** situées dans deux salles d'accouchement. Demande de groupage sanguin première et deuxième détermination pour la patiente A.
- Habitude du service de préparer les bons d'examen et les planches d'étiquettes au niveau du bureau central du bloc obstétrical.

Chronologie des faits

- Deux dossiers ouverts sur le plan de travail du bureau.
- A 14H30, la sage femme se rend dans la salle où se trouve la **patiente A** avec les tubes pour effectuer une première détermination de groupe **mais sans le bon ni la planche d'étiquette** qui restent dans le bureau central.
- Pas de vérification de concordance Identité/bon/étiquettes réalisée au lit de la patiente A.
- La sage femme retourne au bureau central et étiquette ses tubes avec la planche d'étiquettes de la **patiente B**.

Chronologie des faits

- Lors du deuxième groupage réalisé à 16h30 par une deuxième sage femme, celle-ci prélève avec la bonne identité la patiente A (même habitude d'étiquetage différé des tubes néanmoins)
- Au laboratoire, lors de la réalisation des deux groupages: constat d'une discordance de groupe entre première et deuxième détermination pour la patiente A.

Évènement indésirable potentiellement grave

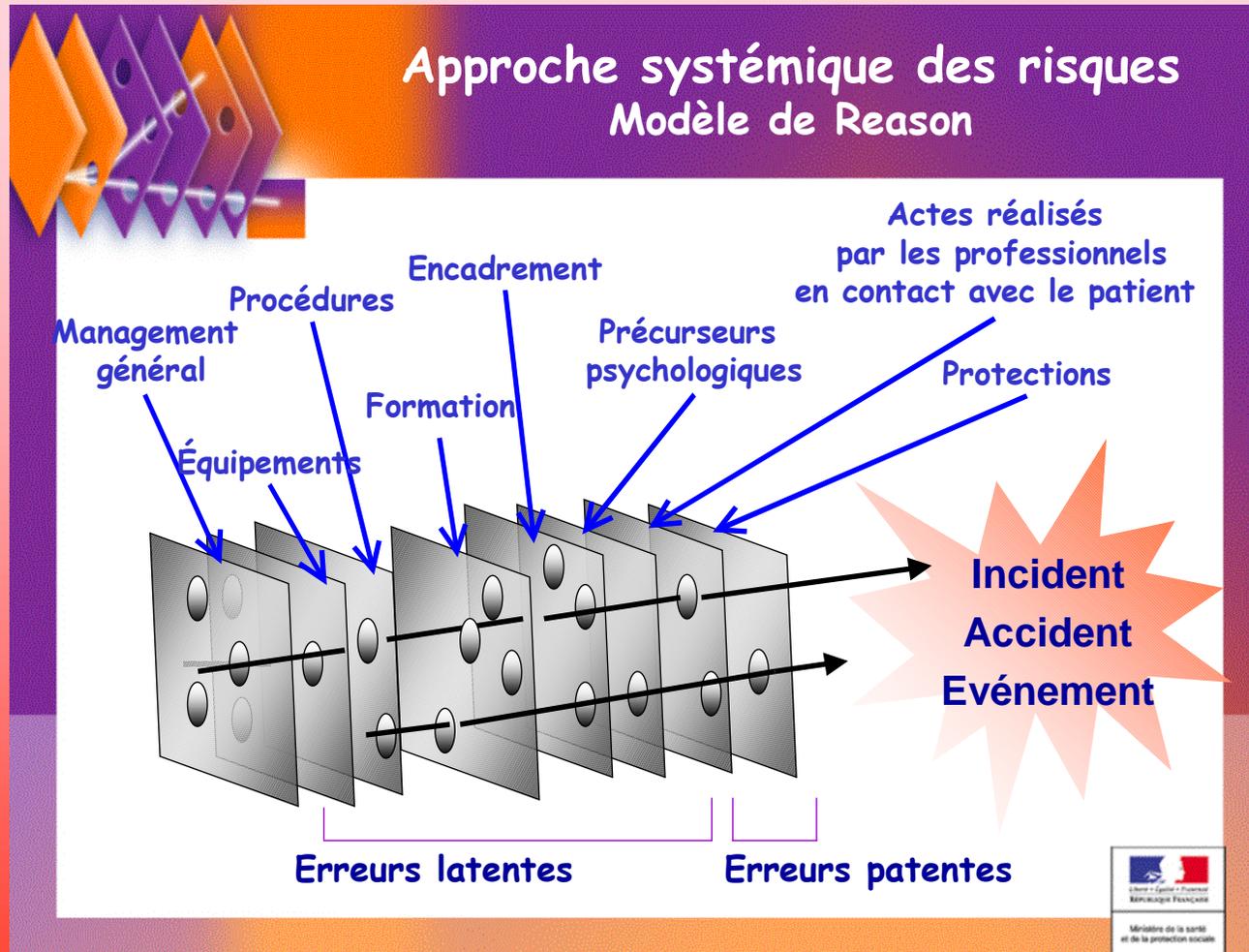
- Car toute erreur d'identification en amont du laboratoire ne peut être vue que si il existe une antériorité discordante.
- Potentiellement grave en cas de transfusion de CGR incompatibles.
- A déclarer comme un évènement grave de la chaîne transfusionnelle.

Comment a été analysée cette erreur?

- **Utilisation de la méthode ALARM**
 - **Protocole d'analyse systémique en 4 étapes développé au Collège Universitaire de Londres par le Dr Vincent pour les évènements indésirables graves hospitaliers liés à des défauts de soins.**

- **Reconstitution chronologique des faits et actes (analyse factuelle)**
- **Identification des défauts de soins**
- **Identification des erreurs système (facteurs contributifs latents)**
- **Proposition de mesures correctives**

MODELE DE REASON



METHODE ALARM

- En pratique
 - 1- Établir en détail la chronologie des évènements jusqu'à l'accident ou l'évènement indésirable.
 - 2- Examiner et considérer les actes des personnes impliquées: identifier les problèmes de soins (erreurs, violations, manquements,...).
 - 3- Remonter jusqu'aux conditions dans lesquelles le personnel travaillait et le contexte organisationnel dans lequel l'incident est survenu.

Problèmes liés aux soins

- Définition: action ou omission par le personnel dans le processus de soin, délétère (ou potentiellement délétère) pour le patient
 - ⇒ Actes à risques ou manquements
- Implique 2 conditions:
 - Dérive de soins au-delà d'une pratique sûre
 - Conduisant (potentiellement) à un effet indésirable (dommage)

Facteurs contributifs

- Ce sont les conditions de survenue des problèmes de soins
- Deux types
 - Facteur contributif spécifique: survenue ponctuelle au moment de l'évènement
 - Facteur contributif général: récurrent
- Les facteurs récurrents sont ceux sur lesquels il est nécessaire d'agir +++

Facteurs liés au patient

- Étude du contexte lié au patient, participant à la survenue du problème de soin:
 - Etat clinique
 - Etat psychique (stress, angoisse)
 - Facteur socio culturel (coutumes, barrière de la langue)

Bénéfices de la méthode ALARM

- Moins mettre l'accent sur les individus que sur les facteurs organisationnels
- Enquête systématisée, plus efficace et plus exhaustive (causalité)
- Réduction du risque d'explications simplistes et de condamnation routinière (culture de la faute)
- Méthode d'apprentissage de l'organisation des soins
- Conduisant à des stratégies d'amélioration de la sécurité du patient

ANALYSE DU CAS

Réunion régionale d'hémovigilance Lille- 13 mars 2012

Analyse du cas

- ***Problèmes d'organisation des soins***

Dérive avec manquement au principe essentiel de bonne pratique de prélèvement qui est de procéder à une vérification orale de l'identité de la personne à prélever avec vérification de concordance avec les documents au lit du patient.

Analyse du cas

- ***Facteurs contributifs généraux***

Habitude de service de revenir au bureau central pour procéder aux étiquetages des tubes prélevés.

Vérification de l'identité avant prélèvement non corrélée à une vérification de concordance avec le bon et les étiquettes restant dans le dossier au bureau central.

Analyse du cas

- ***Facteurs contributifs spécifiques***
 - Deux dossiers ouverts sur la table de travail.
- ***Facteurs liés au patient***
 - Patientes stressées qui vont accoucher.
 - « Fausse sécurité » liée au fait que les patientes sont vues à plusieurs reprises sur un temps court.

Analyse du cas

- **Mesures correctives**

- ✦ Annulation de tous les prélèvements effectués durant cette période.

- ✦ Rencontre des équipes pour rappel des principes essentiels de bonne pratique de prélèvement avec identification et étiquetage au lit du patient.

Analyse du cas

- **Mesures correctives**

- ✦ Note de service destinée au bloc obstétrical rappelant que l'étiquetage des tubes doit se faire devant la patiente, avec la planche d'étiquettes à disposition dans la salle d'accouchement où les prélèvements sont effectués.

- ✦ Réflexion institutionnelle sur la formalisation d'une procédure d'identification à toutes les étapes de la prise en charge du patient.

Analyse du cas

Mesures correctives

✦ Sensibilisation de l'équipe avec intervention de la biologiste en staff pour rappeler les règles de bonne exécution des analyses médicales et du groupage en particulier.

✦ Formation institutionnelle sur l'identitovigilance inscrite au PAQ 2012.

IDENTIFICATION D'UN EXAMEN DE BIOLOGIE MÉDICALE



PILOTE : Cadre

ACTEURS : Médecin prescripteur, médecin ou biologiste réalisant examen, IDE, IADE, IBODE, SF, PUER technicien et toute personne acheminant les prélèvements.

DONNEES D'ENTREE :

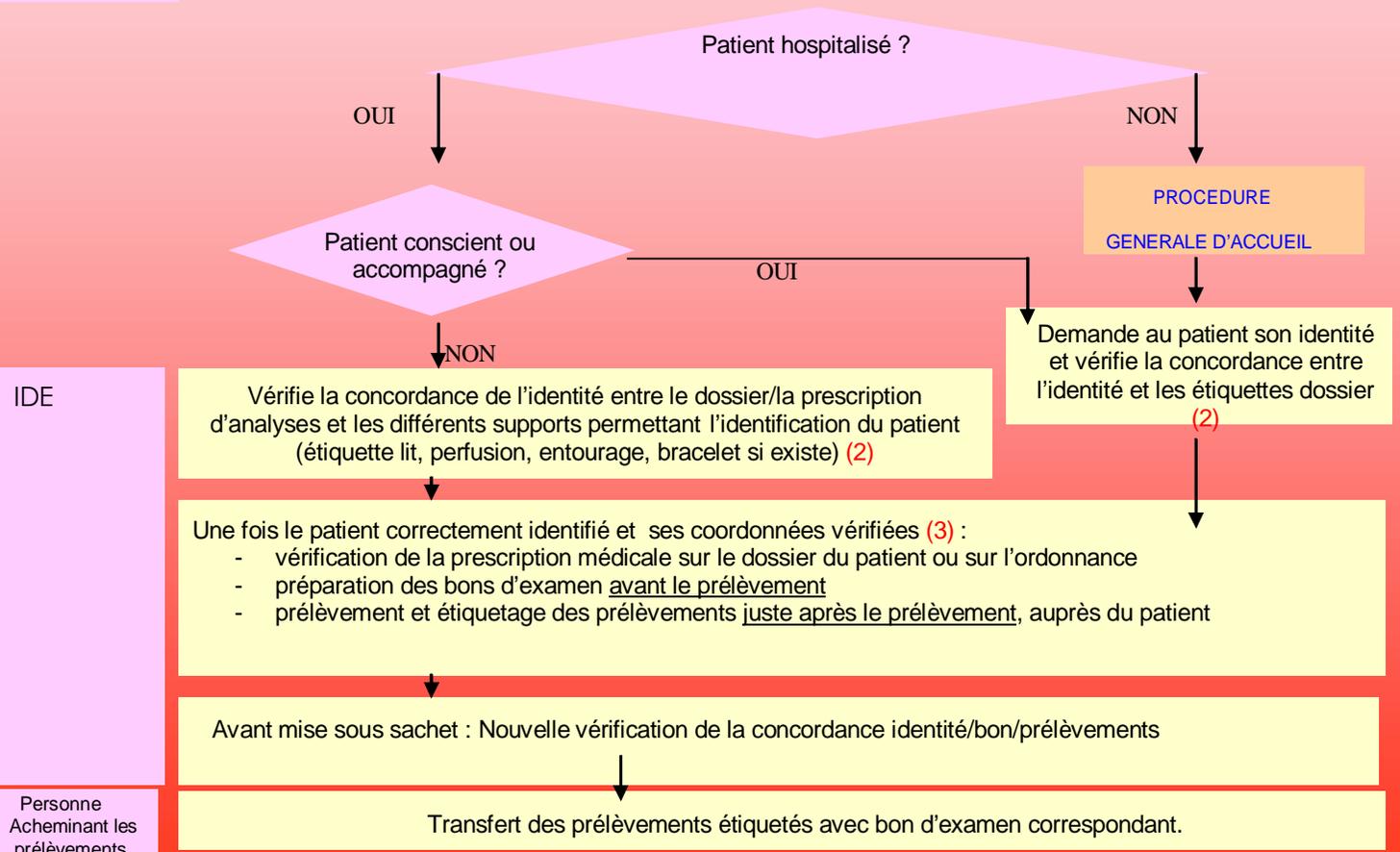
- Patient nécessitant des analyses médicales

ACTEUR
Médecin

Prescription d'examens de laboratoire, après vérification de l'identité du patient

DONNEES DE SORTIE :

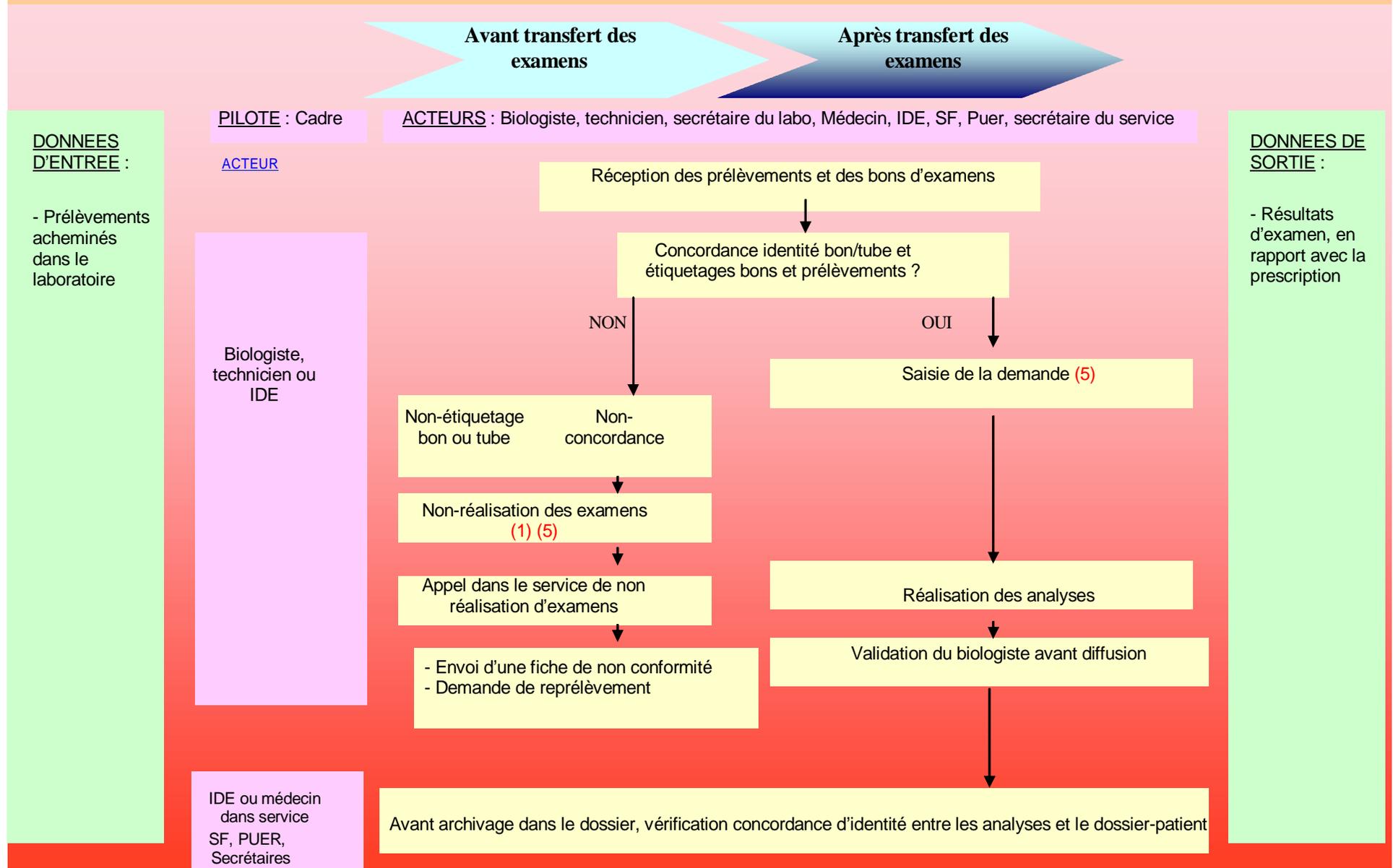
- Identité patient créée, si patient non hospitalisé
- Prélèvements acheminés dans le laboratoire.



IDE

Personne Acheminant les prélèvements

IDENTIFICATION D'UN EXAMEN DE BIOLOGIE MÉDICALE



Contrôles à mettre en place

Vérification de l'identité avant prélèvement au lit du patient

⇒ A l'aide d'une **question ouverte**, il faut s'assurer de l'identité du patient prélevé

« **quelle est votre date de naissance, votre nom, prénom?** »

Ne pas poser une question fermée:

« **Vous êtes bien Madame DUPONT née le ...?** »

⇒ Une fois l'identité du patient obtenue, vérification dans le dossier patient de l'identité portée sur le dossier et sur les étiquettes

Les deux identités vérifiées sont elles concordantes ?

Contrôles à mettre en place

Vérification au moment du prélèvement

Avant prélèvement, préparation des bons d'examen selon la prescription médicale et à l'aide des étiquettes vérifiées précédemment.

Juste après le prélèvement, au lit du patient, étiquetage des prélèvements toujours avec des étiquettes vérifiées.

Avant de descendre les prélèvements, vérifier une ultime fois l'étiquetage à la fois de tous les prélèvements et du bon d'examen, et leur concordance.

Contrôles à mettre en place

Vérification au laboratoire

Une procédure « d'acceptation d'un prélèvement au laboratoire » existe.

⊗ Si le prélèvement est considéré comme **non conforme**, une fiche de non-conformité est réalisée avec un appel au service pour **reprélever** le patient

⊗ Le prélèvement, une fois considéré comme conforme, entre dans un processus interne au laboratoire avec des règles d'étiquetage propres au service, définies dans le **manuel qualité du laboratoire**.

Formation et sensibilisation des professionnels

- Formation à délivrer au moyen des procédures formalisées mais surtout à partir de cas concrets.
- Un des points étant d'arriver à ce que les différents contrôles soient perçus et acceptés par les professionnels comme faisant partie intégrante de l'acte de soin.

CONCLUSION

- Concernant le cas analysé:
 - Importance de l'analyse de ces cas d'erreur de groupage même si l'erreur a été constatée à temps.
 - Rappel à une vigilance +++ concernant les prélèvements pour groupage sanguin compte tenu de la gravité potentielle d'une erreur d'identification en cas de transfusion.

CONCLUSION

- De manière plus globale:
 - S'assurer que l'on pratique le bon soin au bon patient fait partie depuis toujours de la culture soignante et ne saurait être remis en question par les professionnels.
 - Nécessité de mise en place d'une politique de sécurisation de l'identité du patient tant au niveau primaire (lors de son admission) que secondaire (aux différentes étapes de la prise en charge du patient)