

Erreur d'identification d'un patient

Objectifs :

- + **Montrer l'importance d'une identification précise et univoque d'un patient à toutes les étapes de sa prise en charge.**
- + **Montrer que l'acte transfusionnel est un ensemble d'étapes qui commence par la prescription des analyses et dans lequel toute défaillance à une étape peut avoir un impact sur les étapes suivantes.**

Déroulements des faits :

Le 28 août, Monsieur X est hospitalisé en service de médecine. Le médecin prescrit une numération globulaire.

Prélèvement de la numération :

- Une infirmière (IDE n°1) prélève la numération, sans s'assurer de l'identité de son patient et de sa concordance avec les étiquettes d'identification.
- Elle quitte la chambre de Monsieur X avec les tubes non étiquetés et demande à sa collègue (IDE n°2) de bien vouloir étiqueter le prélèvement de Monsieur X.
- L'IDE n°2 accepte, pour rendre service, et colle sur les tubes de Monsieur X, sans vérifier l'identité, une étiquette d'identité de Monsieur Y, hospitalisé dans la même unité pour bilan d'une anémie.
- Elle complète ensuite une feuille de demande d'examen et l'étiquette au nom de Monsieur Y sans s'assurer qu'il existe une prescription au nom de Mr Y. La numération étiquetée « Y » est envoyée au laboratoire.
- Le laboratoire vérifie la cohérence des données d'identité entre la feuille de demande et les tubes et enregistre la numération au nom de Monsieur Y.

Résultats de la numération étiquetée « Y » :

Taux d'hémoglobine à 6,8 g/dL, anémie normochrome et normocytaire, taux de plaquettes normal à 147 G/L, taux de globules blancs normal à 7,7 G/L associé à une formule sanguine normale. Les résultats sont transmis au service prescripteur.

Après avoir pris connaissance des résultats de Monsieur Y, le médecin décide de le transfuser sans refaire d'examen clinique. Il prescrit une numération globulaire de contrôle, un groupage sanguin et une recherche d'anticorps anti-érythrocytaires (RAI).

Dans le cadre du bilan étiologique de l'anémie, il prescrit aussi une fibroscopie gastrique à la recherche d'un saignement digestif.

Le lendemain les analyses sont prélevées à Monsieur Y et les prélèvements acheminés au laboratoire. Les résultats sont transmis au service prescripteur : carte de groupage sanguin, RAI négative et taux d'hémoglobine à 10,8 g/dL.

Sans prendre connaissance de ces résultats, le médecin prescrit la transfusion : Monsieur Y reçoit 3 concentrés de globules rouges (CGR).

Le troisième jour, une numération de contrôle post-transfusionnelle prélevée à Monsieur Y montre un taux d'hémoglobine de 14 g/dL.

Le médecin qui en prend connaissance s'étonne alors que le taux d'hémoglobine du patient soit passé de 6,8 g/dL à 14 g/dL après transfusion de 3 CGR. Il reprend l'ensemble du dossier et constate alors que la numération globulaire de contrôle effectuée avant la transfusion montrait un taux d'hémoglobine à 10,8 g/dL.

La fibroscopie réalisée dans l'intervalle est par ailleurs normale.

L'enquête mise en œuvre à ce moment-là montre qu'il s'agit vraisemblablement d'une erreur lors du prélèvement et de l'étiquetage de la 1^{ère} numération étiquetée « Y », sans qu'on puisse retrouver quel autre patient a été prélevé de façon erronée avec les étiquettes de Monsieur X.

Analyse des dysfonctionnements :

Cet incident grave a fait l'objet d'une enquête avec analyse des causes ; plusieurs dysfonctionnements ont été relevés :

- 1) Au moment du prélèvement et de l'étiquetage de la 1^{ère} numération :
 - Absence de vérification de l'identité de Monsieur X avant de procéder au prélèvement : L'IDE n°1 n'a pas fait décliner son identité à Monsieur X et ne l'a pas croisée avec les documents d'identification (étiquettes/demande).
 - Non-respect des règles d'étiquetage des tubes et de la demande d'examen
 - ✓ Non-respect de l'unité de lieu : L'IDE n°1 n'a pas collé l'étiquette sur le tube et la demande au lit du patient, juste après le prélèvement et avant de quitter la chambre.
 - ✓ Non-respect de l'unité de personne : L'IDE n°1 ayant prélevé n'a pas collé elle-même les étiquettes. Malgré sa volonté d'aider sa collègue, l'IDE n°2 n'aurait pas dû accepter de prendre en charge un prélèvement non étiqueté.
 - ✓ Non-respect des unités de lieu et de personne : L'IDE n°2 a complété a posteriori la demande d'examen en apposant des étiquettes erronées et sans vérifier l'existence d'une prescription.

- 2) Au moment de la prise de connaissance des résultats de la 1^{ère} numération étiquetée « Y » :

Le résultat du taux d'hémoglobine à 6,8 g/dL n'a pas déclenché un examen clinique du patient par le médecin, permettant de vérifier la cohérence du résultat avec l'état clinique du patient ainsi que son niveau de tolérance de l'anémie.

L'IDE en charge de Monsieur Y s'est d'ailleurs étonnée de ce chiffre alors qu'elle trouvait son patient en relative bonne forme, mais cette incohérence n'a pas été relevée plus avant.

- 3) Au moment de la prise de connaissance des résultats de la numération de contrôle de Monsieur Y :

Le médecin n'a pas pris connaissance des résultats de la numération de contrôle qu'il avait lui-même prescrite et a alors prescrit une transfusion inutile.

- 4) Au moment de l'enquête, cette dernière n'a pas permis de retrouver quel autre patient de l'unité avait été réellement prélevé et mal identifié au nom de Mr X :

Ainsi Monsieur X, qui avait un taux d'hémoglobine à 6,8 g/dL justifiant la prescription d'une transfusion, n'a pas été transfusé.

La transfusion de Monsieur Y a, dans son ensemble, été réalisée en application de la circulaire du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel, depuis la prescription des analyses pré-transfusionnelles et des PSL jusqu'aux contrôles pré-transfusionnels et à la pose de la transfusion. La concordance d'identité entre les différents documents ne pouvait permettre de repérer cette transfusion inappropriée.

Mesures correctives :

▪ Immédiates

- Entretien avec les IDE concernés, rappel des bonnes pratiques de prélèvements. L'infirmière n°1 a précisé qu'elle connaissait les bonnes pratiques mais que ce jour-là elle était pressée, n'avait pas d'étiquette et avait donc essayé de faire au plus simple.
- Déclaration de cet incident grave de la chaîne transfusionnelle (FIG) auprès des acteurs du réseau d'hémovigilance, avec analyse des causes.
- Elaboration par le laboratoire d'une procédure de transmission et d'alerte des services prescripteurs en cas de résultats très pathologiques, sans doute encore à améliorer : qui transmet, sur quel support, comment tracer la transmission, exiger un accusé de réception ?...etc.

▪ A mettre en oeuvre

- Formation des médecins des services, plus particulièrement des juniors à la prescription des PSL, limiter la prescription des PSL à des seniors, créer un tutorat de prescription des PSL pour les juniors...etc. ?
- Elaboration d'une procédure de réception de résultats très pathologiques dans les services de soins : qui réceptionne le résultat, comment le tracer, qui prévenir, comment tracer la prise de connaissance de ce résultat par un médecin référent ?...etc.

Quelques remarques par rapport à l'identité :

L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est une pratique exigible prioritaire de la certification V 2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Outre son impact possible sur la santé du patient, une erreur d'identification peut avoir des conséquences à la fois juridiques et économiques.

Donnée nationales d'hémovigilance :

1060 incidents graves en 2013 dont 1/3 liés à une anomalie d'identification

Défaut d'acquisition de l'identité.

Défaut de transcription et d'étiquetage de tout support.

Défaut de contrôle d'identité et des concordances avant transfusion.

1 erreur d'attribution pour 30 000 PSL transfusés.

Règles d'enregistrement et vérification d'identité en identitovigilance :

Des traits stricts d'identité, indispensables, sont définis dans l'Instruction DGOS/MSIOS n°2013-281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille :

- Nom de famille (= nom de naissance)
- Prénom (pas dans l'instruction mais utile...)
- Date de naissance
- Sexe

Pour éviter la création de doublons (2 dossiers pour un même patient) ou le risque de collision (2 patients au sein d'un même dossier), on peut utiliser d'autres caractères :

Traits étendus : pays de naissance, code postal de la commune de naissance, nom usuel, téléphone, adresse, IPP...

Traits complémentaires : antécédents, groupage sanguin, photo...

Lors de la réalisation d'une analyse de biologie, les vérifications d'identité se font à chaque étape :

- Avant la réalisation du prélèvement :

Faire décliner son identité au patient si possible ou s'assurer de son identité par tout autre moyen : interrogation de son entourage, bracelet d'identification...

- Avant transmission des examens :

Vérifier les concordances patient/prescription/étiquettes en présence du patient.

Préparer les feuilles de demande juste avant le prélèvement des analyses.

Étiqueter et ensacher les échantillons sanguins justes après leur prélèvement, en présence du patient.

- A réception des résultats dans l'unité de soins :

Vérification des concordances analyse/dossier avant archivage pour éviter au minimum une perte de temps et au maximum :

des erreurs de dossier,

des examens à refaire,

des erreurs diagnostiques,

des erreurs thérapeutiques.

Conclusion :

Ce cas illustre l'importance de l'identification du patient, de la concordance de l'identité sur tous les éléments associés (dossier, documents administratifs, étiquettes, bracelet, examens complémentaires, prescriptions, ...) et du respect des bonnes pratiques de prélèvement. Dans le cas présenté, l'acte transfusionnel réalisé selon les termes de la circulaire du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel n'a pas permis d'éviter la confusion de patients, l'erreur d'identification ayant eu lieu en amont dès l'étape de prélèvement des analyses.

Cela confirme que la sécurité transfusionnelle ne repose pas uniquement sur le respect des règles entourant la réalisation de la transfusion, mais aussi sur la qualité de la prise en charge globale du patient.

Références :

- o Bonnes pratiques de prélèvement telles que définies par le COFRAC.
- o Circulaire du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.
- o Instruction DGOS/MSIOS n°2013-281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille.

QCM :

- 1. Qu'aurait dû faire l'IDE préleveuse au moment du prélèvement de la numération globulaire ?**
 - a. Etiqueter les tubes de numération avant le prélèvement en même temps que la feuille de demande dans la salle de
 - b. Etiqueter les tubes de prélèvement après le prélèvement, dans la chambre du patient
 - c. Faire décliner son identité au patient et la confronter à la feuille de demande et aux étiquettes

- 2. Quels sont les traits obligatoires minimum pour identifier un patient ?**
 - a. Le nom de famille
 - b. Le nom usuel
 - c. Le prénom
 - d. La date de naissance
 - e. Le sexe
 - f. Le numéro d'admission

- 3. Lors de la prescription de CGR, le prescripteur se réfère seulement au taux d'hémoglobine du patient, les seuils transfusionnels étant définis dans les recommandations de l'Afssaps (devenue ANSM)**
 - a. Vrai
 - b. Faux

- 4. Au moment de l'acte transfusionnel, l'IDE en charge de la transfusion pouvait-elle suspecter l'erreur de patient ?**
 - a. Oui, elle avait en main au moins un document (dossier transfusionnel, prescription de PSL, carte de groupage sanguin, résultat de RAI, fiche de délivrance de PSL) identifié au nom de Monsieur X
 - b. Non, l'ensemble des documents en sa possession (dossier transfusionnel, prescription de PSL, carte de groupage sanguin, résultat de RAI, fiche de délivrance de PSL) étaient identifiés au nom de Monsieur Y.

- 5. Sur quel(s) document(s) l'erreur de patient aurait-elle pu être suspectée et arrêtée ?**
 - a. La prescription de PSL
 - b. La prescription de la première numération globulaire faite par le médecin
 - c. La prescription de la deuxième numération globulaire de contrôle faite par le médecin
 - d. Le résultat de la première numération globulaire
 - e. Le résultat de la deuxième numération globulaire