

# — Cas marquant: Erreur ABO

Dr Myriam OUDGHIRI ORANGER

Cellule Régionale d'Hémovigilance – DSSPP- ARS IDF

# Service de réanimation

## Même box : lit 24 et lit 26

**Mr S:** âge 52 ans, hospitalisé depuis le 03/04/2017 pour prise en charge d'un polytraumatisme grave suite à un AVP en deux roues, intubé, ventilé, sédaté.

**Patient de groupe B,  
RH:1,2,3,4,5; KEL:-1  
(D+,C+,E+,c+,e+ K-)**

**Mr N:** âge 52 ans, hospitalisé depuis le 24/03/2017 pour prise en charge d'un polytraumatisme grave suite à un AVP en deux roues, intubé, ventilé, sédaté.

**Patient de groupe A, RH:1,2,-  
3,4,5; KEL:-1  
(D+,C+,E-,c+,e+,K-)**

Pris en charge par la même IDE

Le 14/04/2017

**Mr S:** présente une anémie à 9.1g/dL, il est alors décidé de transfuser un CGR.

- A 15 h : prescription du CGR par l'interne sur le logiciel de prescription au nom de **Mr S**

- Parallèlement: 1 prescription faite sur le support spécifique papier en « urgence relative », **signée par l'interne**

**MAIS :** Etiquette apposée par l'IDE.....

**Mr N:**

Carte de groupe sanguin

LABORATOIRE  
BIOLOGIE MEDICALE - CHU de NANCY  
BIOLOGIE MEDICALE - CHU de NANCY

Nom :  
Sexe : M N° de : 00000000000000000000

Première Détermination  
Groupe Rhésus Du : Rhésus  
G : -  
Résultat Rhésus : Rhésus

Deuxième Détermination  
Groupe Rhésus Du : Rhésus  
G : -  
Résultat Rhésus : Rhésus

Méthode de détermination :  
Méthode de détermination : Rhésus

Prévoir les résultats des groupes sanguins et des réserves de sang transfusés dans les documents.

Donneur	O	-
Receveur	O + B + +	
Aut	Négatif	

Donneur	O	-
Receveur	O + B + +	
Aut	Négatif	



Dossiers des patients sont en dehors des chambres, dans des bannettes individualisées

Le 14/04/2017

## Mr S

Une demande de Recherche d'Agglutinine Irrégulière (RAI) est faite.

L'IDE effectue le prélèvement chez Mr S



## Mr N

**Mais : IDE** étiquette la demande d'examen et le tube au nom de **Mr N**.



**Le 14/04/2017**

**15h25:** (horodatage EFS), la prescription papier au nom de **Mr N** accompagnée de la carte de groupe **de Mr N + tube RAI au nom de Mr N** sont réceptionnées à l'EFS.

**17h12:** l'EFS délivre **un CGR de groupe A**, phénotype RH:1,2,-3,4,5; KEL:-1 au nom **de Mr N avec le bordereau de délivrance**

**18h46:**(horodatage EFS), l'aide-soignant se présente à l'EFS avec un bon de retrait au nom de **Mr N** afin de récupérer le CGR.

L'IDE réceptionne le CGR dans le service.

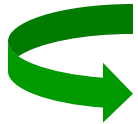


www.shutterstock.com • 333195782

**A 19h00:** **Mr S (groupe B)** est transfusé avec **le CGR (groupe A)** délivré au nom de **Mr N**.

Le 14/04/2017

**20h:** présente un état hémodynamique perturbé tachycardie, agitation, tremblements, désadaptation au respirateur, HTA se poursuivant sur la nuit.



Le réanimateur de garde contacté  $\Rightarrow$  augmentation des sédations: signes cliniques attribués au contexte initial de prise en charge du patient (polytraumatisme grave) , **la transfusion n'est pas incriminée.**

**01h40:** l'état clinique de **Mr S** s'améliore sur le plan hémodynamique.

Le 24/04/2017

- **EFS** : discordance d'identité patient sur le bordereau de traçabilité retourné à l'EFS (CGR pour **Mr N** transfusé à **Mr S**),
- l'unité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (UHST) de l'ES est avertie. Cette dernière en informe les cadres du service de soins afin de déterminer s'il s'agit d'une erreur d'étiquetage ou d'une erreur receveur.
- **Après enquête, l'erreur receveur est confirmée: Mr S a reçu le CGR délivré au nom de Mr N**

Patient DCD 15 j après la transfusion

# Analyse systémique et actions



# Actions immédiates

➔ **26/04/2017** : Enquête préliminaire initiée par l'unité d'hémovigilance : analyse des dossiers des deux patients avec les cadres, le médecin senior - L'enquête se poursuit et se termine 09/10/2017.

L'IDE est mise au courant de l'incident par l'encadrement - vue en entretien

➔ **27/04/2017** Déclaration de l'événement par le service sur le site institutionnel de déclaration

Les cadres référents qualité du pôle, la cadre du pôle et médecin sénior ont été tenus informés

➔ **28/04/2017** L'interne a été vu en entretien par le médecin senior

L'erreur transfusionnelle a été tracée dans le dossier transfusionnel du patient (feuille de traçabilité).

➔ 8 sessions d'une heure, organisées rapidement, ont permis de re-former tous(tes) les IDE de jour et 97 % des IDE de nuit.

# ACR finalisée le 9/10/2017

## Défaillance 1:

**A la prescription :** Alors que la prescription de PSL est un acte médical c'est l'*IDE* qui complète la prescription papier signée par le médecin et appose l'étiquette d'un autre patient

## Défaillance 2:

**Prélèvement RAI :** Absence de vérification de l'identité du patient en confrontant : l'identité sur le bracelet d'identification, l'étiquette apposée sur la demande d'examen et l'étiquette sur le tube de la RAI

## DEFAILLANCE 3 :

**Avant la transfusion :** Non-respect des bonnes pratiques transfusionnelles:

- ➡ Absence de vérification des concordances avec l'ensemble des documents (identité patient – bracelet d'identification, carte de groupe sanguin, identification du PSL...), Concordance cependant cochée sur le bordereau comme ayant été effectuée.
- ➡ Vérification uniquement de la concordance des n° de PSL et dates de péremption
- ➡ Test de compatibilité ABO fait et n'indiquant pas de discordance aux dires de l'IDE (un problème technique ne peut être exclu)

**A noter qu' à la réception des CGR** : Contrôle à réception non tracé sur le bordereau de transport. La partie contrôle à réception sur le bordereau de traçabilité est cependant complétée et cochée comme étant conforme. Le contrôle à réception n'a été fait que partiellement (vérification des numéros de PSL uniquement).

***↪ cette étape n'aurait pas pu arrêter l'erreur mais l'analyse systémique a mis en évidence le non respect des pratiques lors de la réception des PSL***

# RMM 11/10/2019 : Actions

- Rappeler au personnel médical et paramédical que la prescription relève de la responsabilité **du médecin** et imposer que celle-ci soit réalisée entièrement par un médecin et non complétée par un(e) IDE.
- Formation des nouveaux internes en sécurité transfusionnelle à chaque début de semestre
- Etiquettes des patients uniquement dans la chambre du patient et dans les dossiers de soins : retrait des bannettes posées les unes au-dessus des autres dans les unités de soins.
- Formation régulière des IDE en hémovigilance et sécurité transfusionnelle