

## Discussion sur l'étude de cas de février 2008 : le cas de M. XXX

### 1. Quels sont les facteurs qui ont pu contribuer à cet événement?

Même si chaque événement est unique en son genre, les enquêtes sur les erreurs graves révèlent souvent que de multiples facteurs contribuent à leur survenue<sup>1</sup>. Lorsqu'on analyse des incidents comme celui décrit dans le premier numéro du Volume 2 du Bulletin du RRoCS (février 2008), il est utile d'adopter une approche systématique à l'enquête pour prendre en compte tous les facteurs contributifs possibles. En appliquant cette approche au cas décrit, on peut déterminer les facteurs qui ont contribué à cet événement.

- i) Communication :
  - instructions verbales non suivies en temps utile de leur version écrite
  - multiples instructions reçues au même moment
- ii) Processus :
  - non respect des procédures en raison d'une situation d'urgence
  - sang remis au même moment pour divers patients situés à des endroits différents
- iii) Formation :
  - non respect de la procédure exigeant une vérification finale de l'identité du patient et des caractéristiques du produit sanguin au chevet du patient

### 2. À votre avis, quel est le point le plus faible en ce qui concerne la transfusion de produits sanguins incompatibles?

Des rapports d'erreurs de transfusion ont déterminé que ces événements résultent le plus souvent d'un échec lié à l'identification du patient, que ce soit au moment de la collecte d'échantillon, au moment de l'inscription lorsque le personnel administratif identifie le patient ou au chevet du patient avant la transfusion des composants ou produits sanguins. Selon un rapport publié<sup>2</sup> :

- 38 % des erreurs transfusionnelles étudiées résultaient du fait qu'on avait transfusé le sang au mauvais patient
- 13 % découlaient d'erreurs liées à la phlébotomie.
- Les erreurs de laboratoire expliquaient 29 % des erreurs de transfusion (incluant analyse du mauvais échantillon, erreur de transcription et émission de la mauvaise unité de sang à l'unité)
- Dans 15 % des événements, il y avait de multiples erreurs.

### 3. À la lumière de ce qui précède, quelles mesures correctives pourraient prévenir la survenue de cet événement particulier à l'avenir?

---

<sup>1</sup> Reason J. Human Error: Models and Management. BMJ 2000;320:768-770 (18 mars)  
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7237/768>

<sup>2</sup> Linden JV et al. Transfusion Errors in New York State: An analysis of ten years' experience; Transfusion 2000; 40: 1207-1213

Communication - absence de communications écrites et communications verbales confondantes semblent avoir le plus contribué à cet incident :

- i) Communication verbale ou écrite : chaque laboratoire de médecine transfusionnelle doit mettre en place une politique relatives aux demandes verbales de produit<sup>3</sup>. Toute demande de sang et de produit sanguin doit se faire par écrit<sup>3</sup>
- ii) Travail d'équipe – il semble y avoir eu de la confusion dans l'équipe de soignants en cause quant à ce qu'on leur demandait de faire. Il faut fournir des instructions précises au personnel chargé de transporter les produits sanguins. Le temps consacré à préciser ce qu'il faut faire peut leur permettre de poser les bons gestes, évitant ainsi un effet indésirable grave.

Processus de commande et d'émission du sang et des produits sanguins ainsi que d'identification des receveurs :

Demandes de livraison d'urgence (stat) de produits sanguins

- i) Une procédure doit être en place au moment de l'émission de sang de façon à assurer « l'identification non équivoque du receveur<sup>4</sup> »
- ii) Si on peut venir chercher en même temps du sang destiné à plus d'un receveur, il faut qu'une procédure soit en place pour éviter toute confusion
- iii) Une fois que le sang arrive au bloc opératoire, il faut qu'il y ait une procédure en place pour que seul le sang destiné à un patient spécifique soit acheminé à dans la salle d'opération où il se trouve.
- iv) La procédure à suivre en cas d'urgence doit être bien définie.
- v) La procédure d'identification du receveur doit être aussi rigoureusement suivie en salle d'opération ou en situation d'urgence qu'avant toute autre transfusion.

Orientation et formation du personnel :

- i) Orientation – Tout nouveau membre du personnel doit être renseigné sur les politiques et procédures relatives à l'administration du sang qui sont pertinentes à son emploi.
- ii) Formation – Les nouveaux membres du personnel doivent être formés, et leurs rôle et responsabilités clairement définis. La formation doit être reprise régulièrement pour assurer le maintien des compétences. Les porteurs doivent avoir une formation relative à la prise en charge et la livraison du sang et des produits sanguins. Les infirmières autorisées doivent apprendre les procédures d'identification du patient et la procédure de vérification du sang de routine et en situation d'urgence.

Existe-t-il une méthode à toute épreuve pour prévenir les transfusions erronées?

Le recours à des technologies de dépistage des erreurs avant la survenue d'un incident et qui obligent à des mesures correctives permet d'espérer une diminution des incidents liés à une erreur transfusionnelle. Voici des exemples de technologies de ce genre qui sont déjà sur le marché :

<sup>3</sup> CSA Z904-04; 10.2.1; page 43; Mars 2004

<sup>4</sup> OLA Standards VI.1 page 47; Décembre 2007

- i) *bracelet d'identification du receveur contenant un code à barres et code à barre correspondant sur les étiquettes de sang permettant le recours à des lecteurs qui pourront vérifier au chevet du patient son identité et la correspondance des produits à transfuser*
- ii) *puces haute fréquence et lecteurs*
- iii) *pompes « intelligentes »*
- iv) *réfrigérateurs à composants sanguins « intelligents »*

#### **4. Quel(s) comité(s) devrai(en)t se pencher sur cette enquête et surveiller la mise en place des mesures correctives déterminées?**

*Selon les normes actuelles<sup>5</sup>, un comité de médecine transfusionnelle ou son équivalent (comités de gestion du risque, du conseil médical ou de pharmacologie et de thérapeutique) doit analyser et faire le suivi de tous les événements indésirables liés à une transfusion sanguine faite dans l'établissement<sup>6</sup>. Dans tous les cas d'événements indésirables, un rapport d'incident doit être rempli et présenté au comité établi pour discuter de mesures correctives et faire le suivi du dossier à l'aide de critères ou de paramètres de rendement. Si une formation de rattrapage est requise ou que de nouvelles technologies sont mises en place, des vérifications régulières devraient permettre de constater si les moyens pris entraînent une diminution réelle du nombre d'événements fâcheux.*

*Le recours à des experts en sécurité transfusionnelle (EST) qui se consacrent aux soins transfusionnels à l'extérieur du laboratoire constitue une stratégie qui peut servir à diminuer le nombre d'erreurs liées aux transfusions et à assurer une meilleure sécurité aux patients<sup>7</sup>. Au Canada, le rôle de ces experts en sécurité transfusionnelle est de voir à la qualité des transfusions et à l'absence de danger au sein de l'établissement ainsi que d'agir comme agent de transfert des connaissances du laboratoire à l'unité de soins en ce qui concerne les composants et produits sanguins. Ces personnes sont souvent en mesure d'investiguer les réactions transfusionnelles et les erreurs de transfusion afin d'en trouver la cause profonde et de sensibiliser ou de former le personnel clinique au besoin. L'expert en sécurité transfusionnelle doit faire état des conclusions de son enquête au comité de médecine transfusionnelle ou à son équivalent qui fera des recommandations sur les mesures correctives éventuelles à apporter.*

***Il est impossible de changer la condition humaine, mais on peut changer les conditions dans lesquelles travaillent les humains.***

*Reason, James – BMJ, 2000*

---

<sup>5</sup> CSA Z902-04 Mars 2004

*OLA Standards Version 4 Décembre 2007*

<sup>6</sup> CSA Z902-04; 4.4 page15; Mars 2004

<sup>7</sup> Dzik, Walter H. et al. Patient Safety and Blood Transfusions; *Transfusion Medicine Review* 2003; 17: 169-180