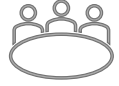




Étude de cas n° 6 sur la collaboration interprofessionnelle (CIP) : Un échantillon mal placé compromet la sécurité des patients

Qu'est-ce qu'une étude de cas? Une **étude de cas** est un scénario d'exercice professionnel réaliste qui aide les technologistes de laboratoire médical (TLM) à réfléchir et à analyser des situations complexes liées à l'exercice. Ces scénarios favorisent le développement de compétences pratiques et de stratégies pour résoudre des situations similaires dans le cadre de leurs fonctions professionnelles. La **série d'études de cas de la CIP** s'appuie sur cette approche en se concentrant spécifiquement sur la CIP, utilisant l'apprentissage basé sur des scénarios pour renforcer les connaissances et compétences en CIP.



La collaboration peut être difficile, car il faut s'adapter à des points de vue divers pour résoudre des problèmes, partager des connaissances ou encore élaborer de nouvelles idées. Cependant, c'est une compétence qui peut être développée par l'autoréflexion, l'observation et l'exercice.

La CIP est influencée par toute une série de facteurs **catalyseurs et d'**obstacles** qui peuvent soit favoriser, soit entraver un travail d'équipe efficace entre les professionnels de santé.**

Contexte de l'affaire :

Un laboratoire communautaire très actif qui traite des milliers d'échantillons par jour embauche un nouveau technicien de laboratoire médical pour travailler dans la zone de traitement des échantillons. Ce secteur est supervisé par un TLM qui assume de multiples responsabilités, notamment en ce qui concerne les délais d'exécution, le suivi des échantillons, la gestion du flux de travail et le traitement des demandes des cliniques de référence.

Un après-midi, le TLM reçoit un appel téléphonique d'une clinique de référence demandant l'état d'un échantillon STAT envoyé au laboratoire plus tôt dans la journée. Le TLM recherche l'échantillon dans le système d'information de laboratoire (SIL) et découvre que deux échantillons du patient ont été reçus, mais qu'ils ont tous deux été traités comme des échantillons de routine. Le TLM assure à la clinique de référence qu'il examinera l'avancement de l'échantillon et rappellera avec une mise à jour.

Après enquête, il a été constaté qu'un échantillon avait été enregistré pour un test de routine et l'autre pour un test STAT. Cependant, le technicien de laboratoire médical nouvellement embauché n'a pas remarqué la demande STAT sur l'échantillon et a placé les deux échantillons dans le porte-tube à essais de routine. Lorsque le TLM a porté ce fait à son attention, le technicien s'est excusé et a expliqué qu'il se sentait dépassé par le volume de spécimens et la charge de travail.

Le TLM rappelle la clinique de référence pour l'informer que les résultats des tests du patient seront disponibles le lendemain. La clinique de référence réagit avec colère, reprochant au TLM de ne pas avoir manipulé correctement l'échantillon STAT. Ils soulignent que le patient est maintenant à risque, car le clinicien a un besoin d'urgence des résultats pour prendre une décision critique concernant les soins du patient.

Catalyseurs

-  Le laboratoire dispose d'un SIL qui permet de contrôler et de suivre efficacement les échantillons des patients
-  La clinique de référence dispose d'un mode de contact direct avec le laboratoire communautaire
-  Le TLM communique le problème au technicien nouvellement embauché
-  Le technicien accepte la responsabilité de l'erreur et fait preuve de responsabilité

Obstacles

-  La charge de travail élevée du laboratoire a affecté la capacité du technicien à effectuer ses tâches de manière efficace
-  La formation ou la procédure opérationnelle standard du laboratoire pourrait nécessiter des améliorations afin d'éviter de futurs incidents
-  L'échantillon STAT n'a pas été clairement identifié, ce qui a entraîné un retard dans l'établissement des priorités et le traitement
-  Le manque de communication professionnelle de la clinique de référence a été un obstacle à la collaboration

Les questions de discussion sont conçues pour guider la réflexion et vous aider à élaborer des plans d'action pour vos questions d'exercice en tenant compte des éléments suivants :

- Comment corriger l'erreur tout en communiquant avec le technicien de manière à favoriser un environnement de travail collaboratif?
- Quelles suggestions feriez-vous pour éviter que cela ne se reproduise? Le cas échéant, comment planifieriez-vous et mettriez-vous en œuvre ces changements?
- Si une situation similaire se produisait dans votre milieu d'exercice professionnel, quels catalyseurs ou obstacles pourraient se présenter de la même manière? Quels facteurs seraient probablement différents?
- Pensez-vous que des améliorations et des résultats similaires pourraient être obtenus dans votre établissement? Pourquoi ou pourquoi pas?

