

# Erreur de délivrance

*Anne DAMAIS-CEPITELLI CHST GHH*



# Erreur de délivrance

- Mme DUPONT Sophie, 45 ans, hospitalisée en chirurgie, a une prescription de 2 CGR
- Un premier CGR est transfusé à 13h30
- Vers 19h l'IDE du service appelle l'EFS pour prévenir qu'elle vient chercher le sang pour les patients DUPONT et MARTIN, autre patient du service
- Elle va chercher les PSL avec l'ordonnance du patient MARTIN et une étiquette de Mme DUPONT, l'ordonnance étant restée à l'EFS
- Dans le service l'IDE va transfuser Mme DUPONT Sophie
- Au moment du contrôle d'identité elle se rend compte que le CGR délivré est destiné à M. DUPONT Jean, 82 ans. Il s'agit d'un CGR A pour cette patiente O!
- Que s'est-il passé?

# C'est mon père!

- Le père et la fille sont hospitalisés en même temps, de façon fortuite, dans deux services différents : la fille est en chirurgie et le père en gastro
- Ils ont tous les deux, le même jour, une prescription de deux CGR!
- Vers 12h30, à l'EFS, la technicienne A a délivré le premier CGR de DUPONT Jean pour le service de Gastro
- A 13h30, c'est la technicienne B qui a délivré le premier CGR de DUPONT Sophie
- A 19h, quand l'IDE de chirurgie appelle, c'est la technicienne A qui est seule en charge de la délivrance.
- Elle ne sait pas qu'il y a deux patients DUPONT, puisque c'est sa collègue qui a délivré le 1<sup>er</sup> CGR de DUPONT Sophie

- La technicienne A se souvient très bien qu'il y a une ordonnance en attente pour DUPONT Jean, et quand elle entend « DUPONT », persuadée qu'il s'agit du même patient, elle prépare la délivrance pour DUPONT Jean.
- Constatant que c'est le service de chirurgie et non de gastro qui vient chercher le CGR, et que « non, le service n'a pas changé! Ça a toujours été la chirurgie! » elle corrige le service de DUPONT Jean dans le logiciel de délivrance.
- Elle délivre donc un CGR de groupe A, avec une fiche de délivrance au nom de DUPONT Jean, pour le service de Chirurgie, et colle l'étiquette de DUPONT Sophie que lui donne l'IDE.
- Erreur découverte au moment du contrôle de concordance des documents!

# Commentaires

- L'erreur de délivrance survient à une heure (19h) où la technicienne, qui couvre la tranche horaire 12h30-20h30, est très occupée pour terminer tout le travail de la journée pour aider la technicienne de nuit.
- Il s'agit d'une technicienne très consciencieuse et expérimentée
- La technicienne s'est enfermée dans une « certitude ».
  - Pour elle, il n'y avait qu'un patient DUPONT,
  - Le fait que le service soit différent ne l'a pas fait dévier de sa certitude : elle l'a corrigé
  - De même, l'étiquette de Mme DUPONT a été collée sur la fiche de délivrance mais elle n'a pas été lue en totalité.
- L'erreur est découverte par l'infirmière au moment de l'étape de contrôle des documents dans la chambre de la patiente
  - L'IDE du service avait fait la formation hémovigilance 6 mois auparavant
  - Elle a appliqué à la lettre la procédure de contrôle des documents du contrôle ultime
  - D'autant plus qu'une étudiante était présente à ses côtés!