
JOURNÉE RÉGIONALE D'HÉMOVIGILANCE – LYON – FACULTÉ DE MÉDECINE -
20/JUIN/2019

ERREURS HUMAINES - DEFICITS D'ORGANISATION-TRANSGRESSIONS



- **Anomalie de la chaîne transfusionnelle, quelque soit le niveau dans le processus,**
- **Déclaration dans e-FIT,**
- **Description – analyse – correction – suivi.**

Un incident grave est un incident lié aux prélèvements de sang, à la qualification biologique du don, à la préparation, à la conservation, à la distribution, à la délivrance ou à l'utilisation de produits sanguins labiles, dû à un accident ou une erreur, susceptible d'affecter la sécurité ou la qualité de ce produit et d'entraîner des effets indésirables graves, c'est-à-dire des effets indésirables entraînant la mort ou mettant la vie en danger, entraînant une invalidité ou une incapacité, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation ou tout autre état morbide. « Décision du 24 décembre 2010 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'incident grave »

Révision des FIG déclarées sur la région ARA entre Juin 2017 et Juin 2018:

Deux constats:

On est très descriptif: dans 75% des cas on a de la « matière » pour revoir l'analyse de la déclaration.

Actions correctives et préventives souvent trop rapidement orientées vers une simple erreur de l'individu avec rappel des procédures, des bonnes pratiques, de la réglementation.

LES IG SONT ILS TOUJOURS DES ÉTOURDERIES, DES ERREURS DE L'OPÉRATEUR?


4

Avec l'amélioration de la fiabilité technique des processus industriels, développée à la suite d'accidents très graves (Seveso en 1976, Three Mile Island en 1979,...), l'erreur de l'opérateur humain est devenue le facteur de risque prédominant pour les industries à hauts risques par rapport aux erreurs liées à un manque d'organisation.

Qu'en est il pour l'acte transfusionnel?

Sur Internet, si on tape « erreurs humaine »: nombreuses théories, évolutives au cours du temps.


Nous avons choisi de nous baser sur les travaux de Rasmussen et Reason (Larouzée J. Guarnieri F. Besnard D. «Le modèle de l'erreur humaine de James Reason» HAL Mines ParisTech Centre de Recherches sur les risques et les Crises, Décembre 2014) <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-01102402>) en les révisant au travers de l'activité transfusionnelle.



Il y a erreur humaine, si une séquence planifiée d'activités ne parvient pas à ses buts, à ses objectifs et ceci de manière inconsciente de la part de l'opérateur. Une erreur est toujours involontaire.

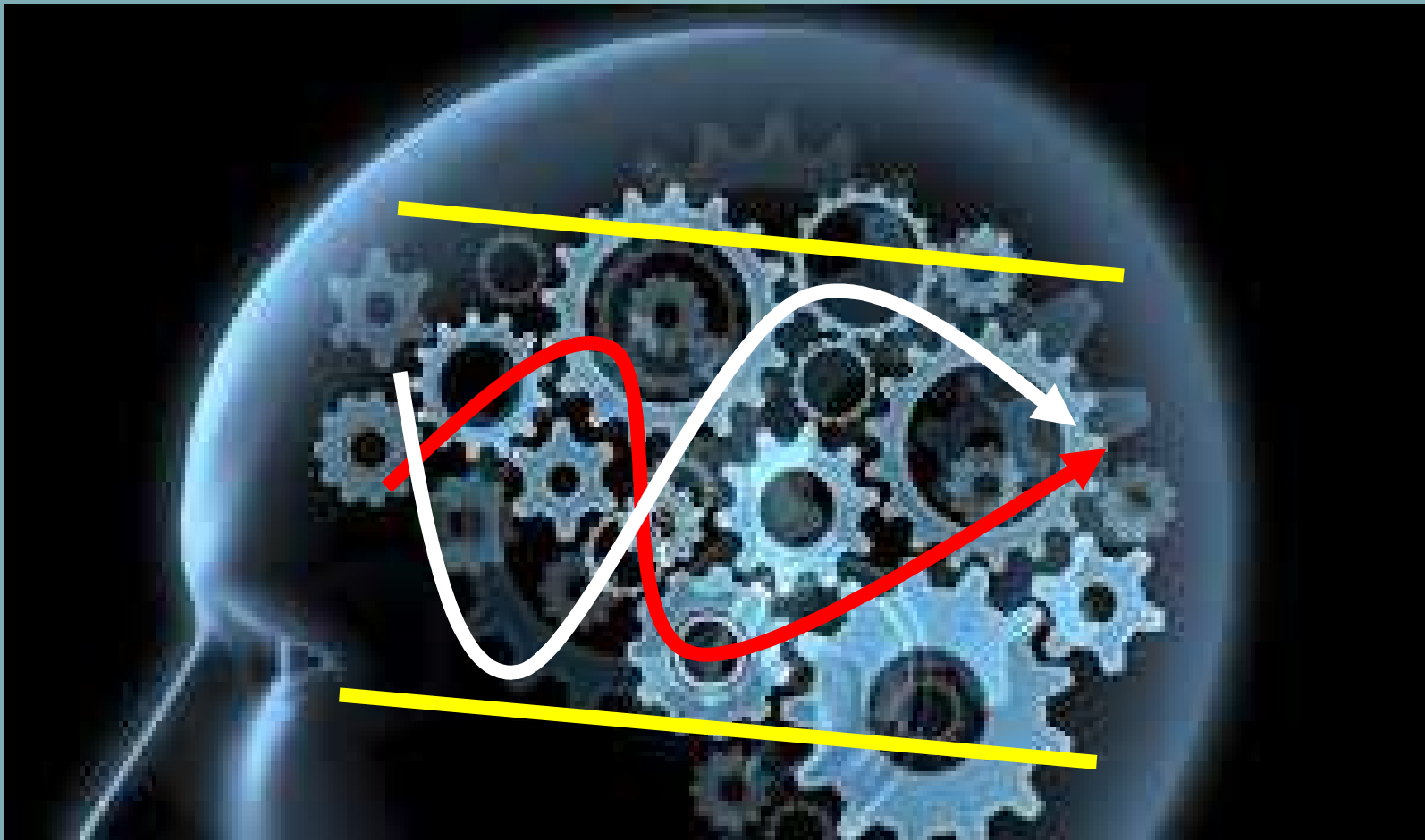
La plupart des actes de notre vie sont réalisés de manière automatique. Nous ne réfléchissons pas pour marcher, boire ou même pour assurer une grosse part de nos tâches professionnelles. Il existe, au niveau de notre cerveau des schémas, permettant la réalisation de nos principales tâches sans que nous ayons à y penser. On peut parler de «**séquence planifiée d'activités mentales**» gérant nos actions de la vie quotidienne et professionnelle.

L'homme est une machine à erreurs.



Il existe au niveau cérébral de nombreux systèmes de contrôle et de correction pour que les séquences planifiées soient respectées et que ce que nous faisons soit une réussite. De ce fait, 85 % des erreurs sont détectées et récupérées en quelques secondes par le sujet lui-même. Les schémas de planification sont mis en place en fonction des expériences, de l'éducation, des informations, de la formation qu'a reçue la personne ou même de ses propres erreurs.

REPRESENTATION – MODELE – SEQUENCE PLANIFIEE



CLASSIFICATION DES ERREURS

8

Les erreurs humaines d'inattention, ratés (action non appropriée), lapsus (trou de mémoire) se rencontrent chez un individu qui possède des séquences planifiées normales mais un déficit au niveau des contrôles dû à des facteurs extrinsèques (interruption de tâches, suractivité...) ou intrinsèques (fatigue, stress,...).

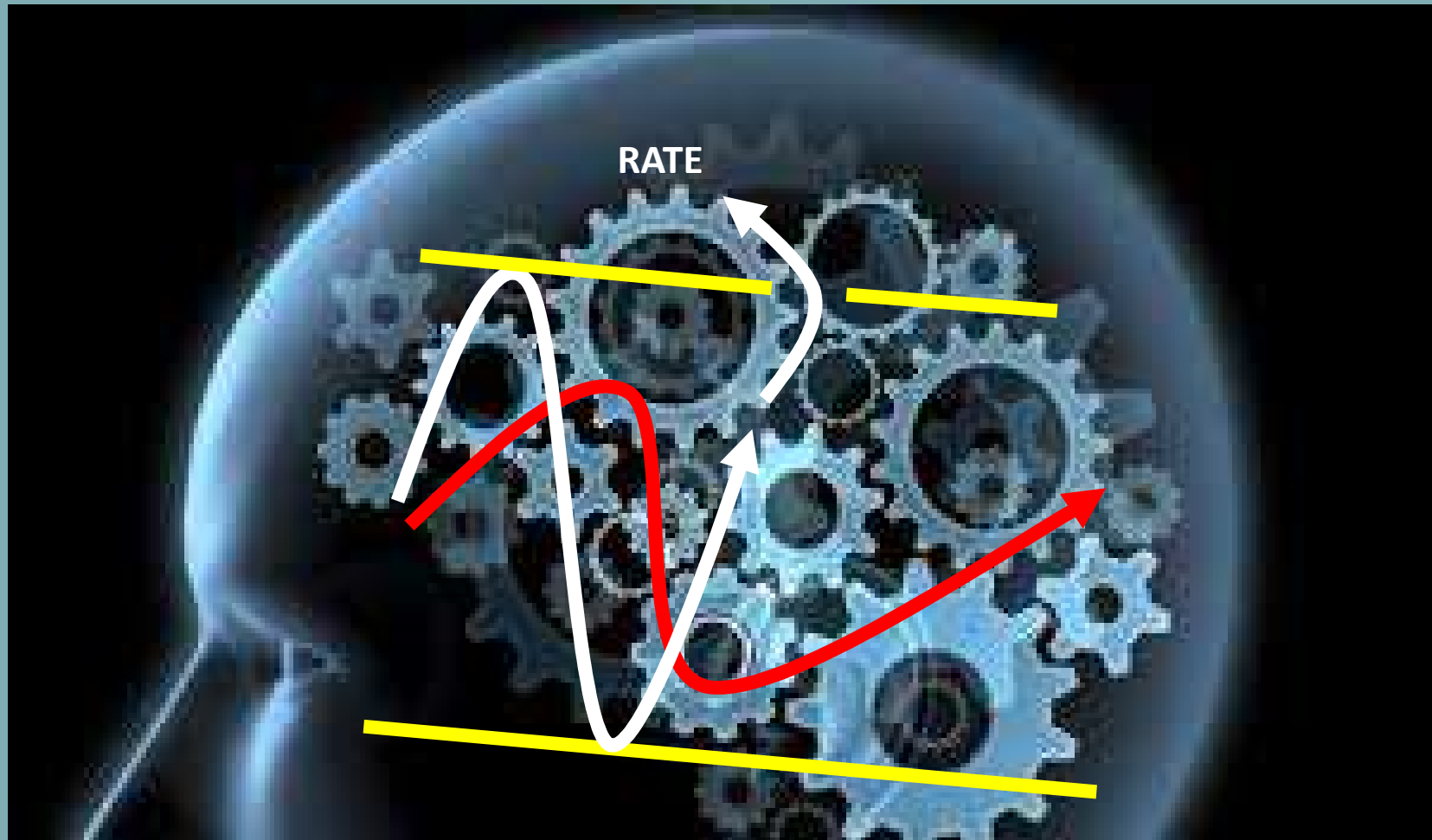


Les erreurs humaines par déficit d'acquisition, sont détectées chez un individu qui n'a pas la bonne séquence planifiée parce qu'il est mal informé, mal formé, qu'il n'a pas compris, qu'il a oublié ou qui utilise ses connaissances dans un mauvais contexte.

Les erreurs par manque d'organisation, de management vont être observées lorsque le processus n'est pas optimisé et pousse l'individu à se tromper. Cela ne correspond plus à une erreur humaine individuelle mais plutôt à une erreur de l'organisation du processus qui reflète le déficit de fiabilité générale du processus.

L'erreur humaine n'est pas volontaire .

MODELE – ERREUR HUMAINE DE TYPE « RATE »



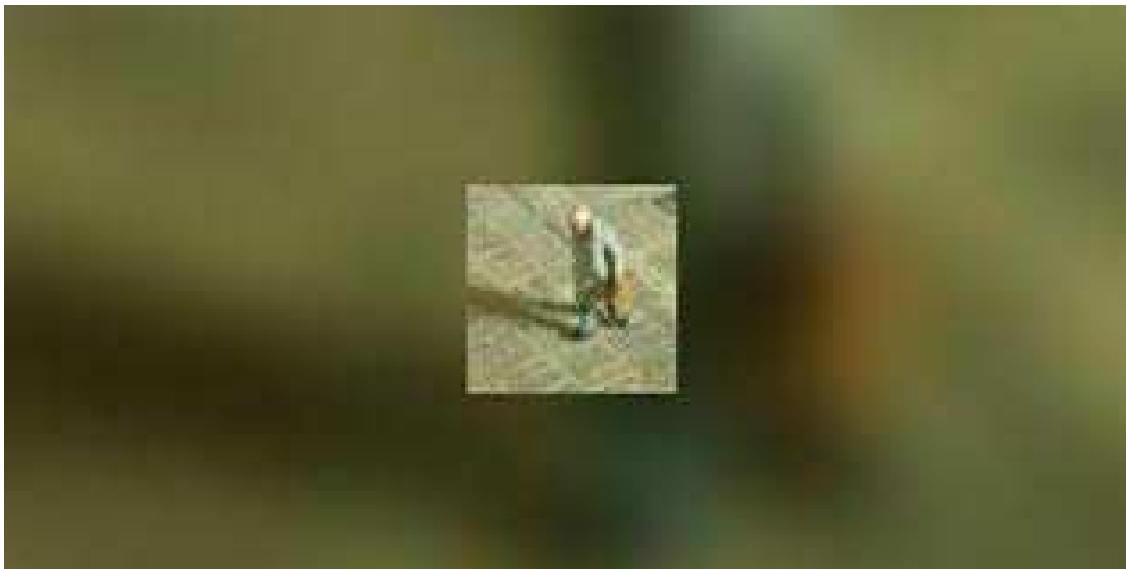
Il existe d'autres types d'erreurs:

Les transgressions, sont attribuées à des opérateurs qui ne respectent pas, volontairement, les protocoles de référence validés. Les transgressions ne sont pas des erreurs humaines.

Les divers types de transgressions:

- *Non respect individuel des règles*
- *Non respect institutionnalisé des règles*
- *Transgression « bienveillante » ou nécessité apparente*

Nous retenons également les erreurs humaines par perte de contrôle, en situation de **syndrome de stress aigu**. Dans cette situation, on peut observer un phénomène de dissociation qui fait que le schéma cérébral n'est plus contrôlé du tout .



RESULTATS: LES DIVERS TYPES

| | |
|---|--------------|
| <i>Erreur inattention:</i> | <i>50/60</i> |
| <i>Erreur acquisition:</i> | <i>08/60</i> |
| <i>Erreur d'organisation:</i> | <i>42/60</i> |
| <i>Transgressions:</i> | |
| • <i>Non respect individuel des règles:</i> | <i>11/60</i> |
| • <i>Non respect institutionnalisé des règles:</i> <i>Non observé dans les FIG exploitées</i> | |
| • <i>Transgression « bienveillante » ou nécessité:</i> | <i>09/60</i> |
| <i>Stress aigu:</i> | <i>01/60</i> |

Erreur de type «manque d'organisation» : 42 soit 72%

Absence d'organisation du rangement des planches d'étiquettes dans les services: 06

Mauvaise prévision du nombre de CG selon l'état du patient et à la règle des 6 heures: 03

Organisation des divers contrôles des produits sanguins non efficace: 03

Présence non gérée de patients homonymes dans un même service: 02

Accès difficile aux antécédents transfusionnels (RAI) : 04

Panne du téléphone rendant toute communication par FAX impossible: 04

Erreur acquisition:

Absence de suivi de l'habilitation pour la transfusion des opérateurs: 02

Absence de total de formation (ex chauffeurs ...) 02

IDE d'origine étrangère ne connaissant pas les contrôles ultimes: 01

Médecin intérimaire non formé aux règles locales (Urgence vitales): 01

Convention de délivrance entre ES non connue par le personnel du dépôt: 01

Tuteur de formation non habilité: 01



Transgressions

20 soit 33%

Négligence individuelle ou règles non acceptées

Double détermination réalisée sur un seul prélèvement, « on a toujours fait comme ça »:

03

Vérification des identités faite rapidement dès qu'il y a surcharge de travail, « on connaît les malades »:

03

Pré-étiquetage des échantillons, « c'est plus rapide comme ça »:

01

Contrôles à réception, de cohérence incomplets, « c'est vérifié avant »:

04

Nécessité «apparente »

Transfusion au-delà de la période de 6 heures, « pour ne pas détruire le produit »: 04

Non-respect des règles de délivrance (gestion des péremptions) pour garder un produit rare:

01

Délivrance par une infirmière dans le service pour ne pas perdre un produit: 01

Transgression d'une alerte informatique (K+ en UV): 01

Non-respect de la gestion des échantillon surnuméraire pour ne pas re-prélever un patient: 01



Une infirmière expérimentée inverse des concentrés globulaires pour deux patients et transfuse le premier patient sans aucun contrôle à réception, aucun contrôle de concordance des documents, d'identité du patient et sans réaliser le contrôle ultime au lit du malade.

Elle précise lors de l'analyse de cet incident qu'elle avait l'impression de ne plus pouvoir contrôler ses actes et qu'elle s'est «réveillée» en voulant commencer la transfusion du deuxième patient. Cette personne était, lors de cet incident, dans un contexte ou de multiples situations de stress, aiguës et chroniques, lui étaient imposées.

La simple erreur humaine de type inattention ne semble pas être suffisante pour expliquer cet incident grave. Mais une situation de stress aigu, même si les causes peuvent paraître modérées, peut altérer le cerveau au point de lui faire abandonner toute maîtrise de soi expliquant la perte complète du contrôle de l'acte transfusionnel.

Les situations dans lesquelles l'opérateur est seul responsable de l'erreur sont rare. Le système ne facilite pas le travail des personnes. Il reste toujours des progrès à faire au niveau de l'organisation et de la prévision des risques.

Le phénomène de transgression est fréquemment rencontré et doit faire revoir les modalités de communication avec les opérateurs dans le cas de tels situations

| | |
|----|---|
| 01 | Assurer que l'organisation du processus est systématiquement revue dans l'analyse de chaque IG |
| 02 | Envisager avec le réseau régional d'hémovigilance de définir des critères plus cognitifs d'analyse des IG et les mettre en place dans la gestion des déclarations |
| 03 | Information du réseau d'hémovigilance concernant les transgressions et leurs diverses modalités. Connaître les origines de ces transgressions. Développer la communication autour de cette attitude |
| 04 | Exploration plus complète du syndrome de stress aigu dans l'activité transfusionnelle. |



EN VOUS REMERCIANT