

Cas concrets de dysfonctionnements

Clarisse Boivin : IDE hémovigilance au CH de Coutances/ CH de Saint Lô

Anne Damais : CHST au Groupe Hospitalier du Havre

Joëlle Carré : Responsable de dépôt au CH de Bayeux

Sylvie Lhôpital : Responsable de dépôt au CHI Eure Seine

Dada Musafiri : CHST au CLCC Baclesse

Boris Lacroix : CHST à la Clinique Mathilde

Gilles Thévenin : CHST à l'Hôpital Privé de l'Estuaire

Agnès Bazin : CHST au CHU de Caen



1

Identitovigilance 1

- Madame A est admise aux urgences pour une luxation d'épaule.
- Un bilan standard et 2 déterminations de groupe sanguin sont demandés.
- Une IDE **se détache** de son secteur et prélève la patiente.
- Pour plus de confort l'IDE **sort de la chambre pour étiqueter** les bons et tubes. Elle s'aperçoit **qu'elle n'a pas d'étiquette** : elle rentre dans la chambre et **demande à une collègue** restée auprès de la patiente de les lui donner.
- 2H après : Absence de résultats au labo pour Madame A.

Après investigation il se trouve qu'une carte de groupe a été éditée au nom de l'enfant B qui n'a jamais été prélevé.

Que s'est-il passé ?

1

Identitovigilance 1

- Erreur d'étiquetage:

Madame A a bien été prélevée mais des étiquettes au nom de l'enfant B ont été utilisées pour identifier les tubes.

Ecart :

- L' **étiquetage** au lit du patient après vérification de l'identité et des étiquettes n'est pas respecté.
- La procédure de prélèvement d'un groupe sanguin n'est pas respectée :
→ **2 prélèvements** en 2 temps différents par 2 IDE différents si possible.
- La **procédure de sortie** n'est pas respectée : Le dossier de l'enfant B est resté dans la chambre alors que l'enfant a quitté le service depuis quelques heures.

Facteurs influents ou contributifs :

Interruption de tâche : l'IDE se dégage de son secteur.

Beaucoup de personnes dans la chambre.

2

Identitovigilance 2

Dans un service de médecine, une **EIDE** doit prélever 2 déterminations de groupe sanguin à Mr B.

Face à un capital veineux précaire, elle demande de l'aide.

L'IDE tutrice ne pouvant se détacher, c'est **l'IDE d'un autre secteur** qui intervient.

Il **prélève les 2 déterminations** du patient au niveau de la malléole, signe un bon IH (1ère détermination) et retourne à ses tâches.

L'EIDE se charge de l'étiquetage des bons et des tubes.

S'apercevant qu'il lui **manque des étiquettes**, elle se rend dans la salle de soins et **demande à l'IDE (préleveur)** de lui sortir une planche d'étiquettes pour Mr B.

L'EIDE colle les étiquettes sur le bon IH et le tube non identifiés, signe le bon de la 2nde détermination et envoie le tout au laboratoire.

→ Le laboratoire reçoit pour ce service, une demande de détermination de groupe sanguin pour Mr B et une autre demande de détermination de groupe sanguin pour Mr S : l'identité des patients sur les tubes et bons IH concorde.

Le résultat d'analyse de **Mr B** montre qu'il est de groupe **O négatif** et celui de **Mr S** montre qu'il est lui aussi de groupe **O négatif** :

Problème Mr S a une antériorité de Groupe A+

2

Identitovigilance 2

- Erreur d'étiquetage :

Tubes prélevés à Mr B mais 1 tube et le bon correspondant sont étiquetés au nom de Mr S.

Ecart :

- La procédure de prélèvement d'un groupe sanguin n'est pas respectée :
 - 2 prélèvements en 2 temps différents par 2 IDE différents si possible .
- L' étiquetage au lit du patient après **vérification de l'identité** et des étiquettes n'est pas respecté.
- Défaillance dans **l'encadrement de l'étudiante**.
- Pas de prescription médicale pour le prélèvement du groupe sanguin.

Facteurs influents ou contributifs :

Capital veineux précaire du patient

Interruption de tâche

3

Prélèvement hémodilué

- Patiente 89 ans adressée le 7/08 aux urgences par son EHPAD pour aggravation de troubles de la vigilance.
- L'Hb est à **6,5g/dl**, patiente confuse. L'interne prescrit **3 CGR**.
- Un CGR est transfusé immédiatement puis la patiente est transférée en court séjour gériatrique.
- Le lendemain, transfusion du 2^{ème} CGR.
- Le 9/08, NFS de contrôle avant de transfuser le 3^{ème} CGR : Hb à **16g/dl**, résultat contrôlé.
- L'analyse effectuée avec le laboratoire d'hématologie montre que le prélèvement du 7/08 était très anormal : VGM très élevé ainsi que le pourcentage d'hématies hypochromes.
- Par ailleurs le ionogramme montrait un taux de protéines très abaissé et une hypocalcémie.
- Conséquences : **transfusion inutile et 3^{ème} CGR jeté** car avait été délivré dans le service quand le médecin a constaté l'anomalie.

3

Prélèvement hémodilué

- **Analyse :** Prélèvement hémodilué.
L'IDE a prélevé du côté de la perfusion mais pensait prélever en intra-artériel.
- **Actions :**
 - **Au niveau du service :**
 - Correction des pratiques de prélèvement.
 - Formalisation d'une procédure pour alerter en cas d'incohérence biologie/clinique.
 - **Au niveau du laboratoire :**
 - Formalisation d'une procédure d'alerte en cas de prélèvement défectueux (ex VGM très élevé, hématies hypochromes).
 - Mise en place par les biologistes en collaboration avec la direction des soins d'une formation institutionnelle sur les bonnes pratiques de prélèvement.

24
Septembre
2015

Au bloc :

Hémorragie de la délivrance au bloc opératoire.

Résultat Hb HEMOCUE à 6g/100ml.

Prescription de 1 CGR du stock d'urgence délivré à 19h.

NF de contrôle prélevée à 18h43 et transmise à 19h14.

Hb (tube NF) = 10.6 g/100ml.

Annulation de la transfusion.

CGR du stock d'urgence (désolidarisé du TT4) en zone prison pour destruction à l'EFS CAEN.

Actions mises en place par les techniciens biomédicaux :

- Retrait du BLOC de l'HEMOCUE.
- Problème = pb de nettoyage de la cellule de mesure.
- Mise en place d'un nettoyage régulier à faire par les utilisateurs (BLOC, URGENCES et SMUR) avec les bandelettes de nettoyage à insérer dans le lecteur.
- Programmation annuelle (GMAO) d'un contrôle annuel de l'Hb des HEMOCUE par rapport à des Hb (basse, normale et haute) obtenues sur l'automate LH 750 du laboratoire.

5 Contrôle ultime conforme sur document erroné : Origine au dépôt de sang

- Réception de 2 commandes de 2 CGR phénotypés pour 2 patientes de même groupe ABO mais de phénotypes différents (Mme T « C- » et Mme P « E- ») d'un même service.

- Entrée en stock des CGR dans le logiciel avec **inversion d'attribution** (CGR de Mme P attribués à Mme T et inversement). Saisie faite à partir des documents de résultats IH du laboratoire qui sont inversés et laissés avec les CGR. **Aucune utilisation de la fiche de délivrance de l'EFS.**

Premier temps : IDE 1 vient chercher 1 CGR pour **Mme P**

↳ Distribution du CGR à partir de la pochette de **Mme T** car résultats IH inversés et pas d'examen de la fiche de délivrance de l'EFS. Fiche de distribution éditée de Cursus donc,

SANS INDICATION du phénotype et avec **erreur initiale**

↳ Transfert d'un CGR de **Mme T** car erreur à l'enregistrement du CGR

→ Début de transfusion de Mme P

Second temps : IDE2 vient chercher 1 CGR pour **Mme T**

↳ **TL se rend compte de l'erreur et voit qu'il ne reste qu'un seul CGR pour Mme T**

Distribution (transfert) d'un CGR pour Mme T et commande d'un

nouveau CGR en remplacement de celui distribué par erreur à Mme P

**Biologiste averti :
demande arrêt de la
transfusion de Mme P**

5 Contrôle ultime conforme sur document erroné : Origine au dépôt de sang

Erreur non détectable par l'IDE à partir de la « fiche de délivrance » du dépôt sur laquelle l'identité du patient et le N° de PSL étaient concordants (idem dans le logiciel de transfusion) **mais NON CONCORDANTS** par rapport à celle de l'EFS.

Phénotype RH3 non respecté (mais indication « phénotypé » non justifiée étant donné l'âge de la patiente)

Circonstances de survenue : commande arrivée en **fin de journée**, alors que non urgente, avec effectif laboratoire **réduit et multitâches**. **Interruption de tâche** lors de l'entrée en stock et lors de la remise du PSL à l'IDE de l'UF.

Actions correctrices et correctives:

- Correction dans le logiciel du dépôt de sang et commande d'un nouveau CGR pour Mme T.
- Révision de la procédure de gestion des PSL au dépôt :
 - Précisions ajoutées dans la procédure de contrôle à réception des PSL lors de l'entrée en stock (contrôle fait à partir de la fiche de délivrance de l'EFS).
 - Remise des PSL aux UF avec fiche de délivrance de l'EFS / Arrêt de l'édition d'une fiche de délivrance à partir du logiciel du dépôt qui est un dépôt relais / La délivrance est faite par l'EFS, donc c'est la fiche de délivrance de l'EFS qui est remise (ce qui aurait permis à l'IDE de détecter l'erreur lors du contrôle de concordance).

6 Non Respect du délai des 6 heures

Contexte et description des faits :

J-5 : Patient hospitalisé pour AEG et douleur => traité.

J 0 : Asthénie et chimiothérapie par Cisplatine-5FU prévu le lendemain.

7h30 : Bilan sang = Hb à 8,1 g/dl bilan de **7h30**.

13h : Prescription 2 CGR, heure de délivrance : Navette de **16h30** (car un autre patient transfusé le même jour).

13h30 : Prescription groupe + RAI mais patient ayant un groupe fait en 2013.

=> prélèvement uniquement pour des RAI.

17h : Délivrance des 2 CGR dans le service.

18h : IDE intérimaire **ne trouve pas la carte de groupe de 2013** => appel l'EFS pour avoir un duplicata => refus de l'EFS ; **la fiche de délivrance suffit** (la fiche de délivrance n'est pas une carte de groupe).

19h : **IDE intérimaire** demande à **l'étudiante infirmière** de poser le 1^{er} CGR, elle est encadrée par l'autre IDE du service. Pas de carte de groupe sanguin valide.

19h55 : Début 1^{er} CGR => fin à 21h.

23H23 : Début 2^e CGR par l'IDE de nuit (délai des 6h dépassé) mais elle ne se pose pas de question.

Plusieurs écarts :

Prescription des PSL tardive par rapport à la réception des résultats sanguins (7h30).

Non vérification de la présence de la carte de groupe sanguin au moment de la prescription des PSL.

Délivrance tardive 17h.

Retard dans le début de la transfusion (presque 3h après la réception des PSL).

Transfusion **sans carte de groupe sanguin valide.**

Transfusion du 2^e CGR transfusé au-delà du délai des 6h.

- Novembre 2015 à 19h30 :
service de chirurgie, 2 IDE dont 1 remplaçante avec 2 horaires de travail différents : 7h30/19h30 et 8h30/20h30.
- 2 transfusions en cours aux chambres 271 et 275, les 2 glacières sont placées côte à côte dans la salle de soins.
- Une nouvelle IDE prend le relai de la transfusion à 19h30 et prend un CGR dans une glacière où il n'y avait pas de documents, pour le patient de la chambre 271, les documents de traçabilité étant dans la chambre du patient.
- Le contrôle ultime est réalisé au lit du malade et le CGR transfusé.
- A 21h, pose du 2^{ème} CGR pour le patient chambre 275, lors de l'identitovigilance l'IDE de nuit découvre l'erreur d'identité.
- Les 2^{èmes} CGR ont été échangés.
- Les 2 patients étaient A+, aucun effet secondaire n'a été constaté.

- **Analyse des facteurs contributifs :**
 - L'IDE remplaçante débute la transfusion.
 - Pas de vérification du numéro du CGR avant la pose.
 - Absence des documents de traçabilité dans la glacière.
- **Actions correctives :**
 - Gommettes de couleur à mettre sur les culots et les dossiers patients.
 - Rappel des bonnes pratiques transfusionnelles au personnel soignant.

- **Qu'est-il arrivé ?**

- Réception de 2 glacières dans l'unité de soins à 3 heures d'intervalle.
- 1 IDE pour chaque patient à transfuser.

- **Patient 1 groupe O :**

- L'IDE concerné par l'erreur vérifie les 2 poches à la réception dans l'unité de soins avec les documents ;
- Transfuse la première poche à 15h30 après contrôle des documents et CPU. Suivi toutes les 15 minutes jusqu'à 19h30 ;
- La 2^{ème} poche est prise et posée à 19h45 après vérification du CPU mais **sans contrôler de nouveau les documents** avec la poche ;

- **Patient 2 groupe O :**

- Transfusion d'une poche à 17h45 document OK
- Décision du médecin à 20h00 de retourner la 2ème poche du patient
- L'EFS détruit la poche renvoyée.

- La référente hémovigilance reçoit la fiche de destruction de la poche du patient 1, prévient l'unité de soins et la responsable de service. Le service dit « ne pas comprendre car ils pensaient avoir retourné la poche du patient 2 »
- Après vérification des 2 dossiers transfusionnels, la 2ème poche transfusée est tracée dans le dossier du patient 1 alors que c'était celle du patient 2.
- **L'IDE reconnaît ne pas avoir de nouveau vérifié les documents** (bon de délivrance, n° poche) pour la 2^{ème} poche même si le CPU a bien été pratiqué ;
- Pour l'IDE : **les 2 glacières ont été déplacées pendant le nettoyage de l'infirmierie.**

- **Quelles sont les causes racines ? Pourquoi est-ce arrivé ?**
 - Non-respect des bonnes pratiques
 - Ménage fait dans l'infirmierie.
 - Glacière non différenciable au 1er regard.

- **Quelles ont été les actions immédiates ? Quelles sont les actions entreprises après l'analyse ?**
 - Prévenu : Directrice de soins, Responsable d'unité de soins (RUS), RAQ, correspondant d'Hémovigilance
 - Déclaration à l'ANSM
 - Revue de mortalité et de morbidité (RMM) novembre 2015
 - Réaliser un audit sur les pratiques de transfusions (audit fait novembre et décembre 2015)
 - Faire intervenir l'IDE concernée au CSTH pour retour d'expérience (janvier 2016)
 - Dorénavant les IDES de l'unité de soins laisseront la glacière dès la réception à l'HPE **dans la chambre du patient.**
 - Flash info distribué dans les unités de soins pour rappeler plusieurs règles transfusionnels et d'identitovigilance.

9

Erreur patient 3

Rapport chronologique :

- 11h30 : Réception de 2 concentrés de globules rouges pour le patient X, par infirmier 1 (stockage des CGR au réfrigérateur).
- 13h : Pose au patient X de son 1er CGR, par IDE 1, après contrôle ultime au chevet du patient.
- 13h30 : Réception de 2 CGR pour le patient Y par IDE 2 (stockage au réfrigérateur).
- 15h : Fin de la transfusion du 1er CGR au patient X.
- 15h15 : Pose au patient Y de son 1^{er} CGR, par IDE 2, après contrôle ultime au chevet du patient.
- 15h30 : Pose au patient X d'un second CGR par IDE 1, après épreuve globulaire de compatibilité.
- 16h30 : Fin de la transfusion du 1^{er} CGR au patient Y.
- **L'IDE 2 va chercher le second CGR du patient Y et ne le trouve pas.**

Que s'est-il passé ?

Analyse :

Le patient X a reçu le CGR du patient Y.

Erreur de transfusion d'un CGR, sans conséquence pour le receveur (transfusion d'un CGR O- à un patient O-, isophénotype RH K).

Non respect du contrôle ultime au chevet du patient avant pose du CGR 2 (3 étapes de concordance documentaire non réalisées).

Mesures correctives :

- Rappel par les cadres aux infirmiers du secteur de soins du respect absolu des 4 étapes du contrôle ultime au chevet du patient .
- Diffusion générale d'une note d'alerte par la direction Qualité.
- Reprise de l'EPP « Epreuve globulaire de compatibilité ».
- Déploiement de l'application informatique « Transfusion – Coursus », permettant la vérification : PSL à transfuser/ au PSL délivré par EFS / compatibilité ABO).
- Réflexion sur mode de conservation des PSL entre réception en secteur de soins et transfusion :
 - Visites d'autres établissements,
 - Groupe travail (CSTH, direction des Soins, 3 réunions)
 - CSTH et CME

10 Erreur technique transfusionnelle

★ Un CP transfusé en SC à une patiente de Médecine.

Analyse de l'événement avec acteurs concernés:

- Patiente âgée polytransfusée (contexte de dysmyélopoïèse)
- Absence d'une IDE remplacée par une élève en fin d'étude
- Charge de travail importante
- EIDE : est venue chercher le CP au laboratoire et a pris en charge les constantes (température, FC et TA) avant transfusion
- IDE a transfusé le CP sans vérification du point d'injection

Pas d'unité d'action

10 Erreur technique transfusionnelle

- **Axes d'amélioration**

- ❖ Formation des IDE
- ❖ Modalités de prise en charge des élèves infirmières
- ❖ Importance du respect d'unité d'action pour les actes sensibles comme la transfusion

11

Transfert de patient

- Patient 74 ans admis en réa le 4/03 pour décompensation de cardiopathie ischémique et hypertensive connue
- Anémie ferriprive concomitante due à une antrite bulbaire. Transfert prévu le 05/03 en gastro pour exploration
- Prescription le 5/03 de 2 CGR à transfuser avant le transfert
 - CGR 1 transfusé à **11h55** : patient stable, 1 lasilix entre les 2 CGR
 - 2^{ème} CGR posé à **13h40**, débit lent (TA à 18)
- La gastro appelle à **15h** pour accélérer le transfert en prévision d'une entrée SAMU : patient transféré à **15h30**, la moitié du CGR est passée. Défaut de communication entre les deux IDE, pas de mention de la transfusion en cours
- Patient vu par l'interne à l'arrivée, va bien, TA 18. Les deux IDE du service sont occupées par l'entrée Samu avec le médecin de garde.
- Pas de surveillance jusqu'à **16 h** : l'IDE 1 constate KT court bouché et change la tubulure.
- Pas de surveillance jusqu'à **17h** : KT à nouveau bouché. L'IDE 2 reperfuse à l'autre bras : reprise de la transfusion
- **17h30** : OAP, patient retransféré en réa qui déclare l'EI

- **Analyse :**

- Patient transféré avec une **transfusion en cours** à la suite d'un malentendu.
- Transféré **sans** les documents de traçabilité.
- Charge de travail importante, 2 IDE débordées à l'arrivée.
- Pas de traçabilité de surveillance transfusionnelle, rien dans les transmissions. (déploiement du dossier de soins informatisé en cours).

- **Actions :**

- Rappel des bonnes pratiques de surveillance transfusionnelle.
- Travail avec l'équipe informatique : onglet « surveillance transfusionnelle » dans dossier patient informatisé.
- Rappel : pas de transfert de patient avec transfusion en cours sauf urgence.

12 Erreur d'attribution de CGR entre 2 patients hospitalisés

Contexte et description des faits:

J 0 : Me A (tx Hb:8 g/dl) et Me B (tx d'Hb:8,5 g/dl) sont hospitalisées pour transfusion de 2 CGR

→ **8h30: Prescriptions des CGR** faites par les médecins et faxées à l'EFS le matin, délivrance des PSL dans la matinée par le coursier.

→ **10h55: Réception et contrôle documentaire des CGR** de Me A par IDE1(elle a une élève IDE de 3^e année à ses côtés) et entreposage des CGR dans la boîte dédiée avec les documents placés sur les CGR de sorte que l'identité de la patiente soit lisible.

→ **11h37: L'IDE2 prend le 1^{er} CGR de Me B**, avec les feuilles de traçabilité et la fiche de délivrance sur le dessus du 2^e CGR resté dans la boîte. Elle fait les contrôles ultimes au chevet de la patiente et **réalise la transfusion**.

→ **12h: l'IDE1 prend le CGR de Me A**, laisse la fiche de délivrance avec le 2^e CGR mais à l'envers. Elle supervise la réalisation des contrôles ultimes et de la transfusion par l'élève IDE de 3^e année dont elle a la charge

→ **12h50: Fin 1^{er} CGR de Me B**, l'IDE2 va chercher le 2^e CGR, la **feuille est à l'envers** mais comme le **groupe correspond** à celui de sa patiente, elle prend la boîte.

→ **13h: L'IDE2 place la fiche de délivrance du 2^e CGR pliée** sur la fiche de traçabilité et identifie l'identité de la patiente avec le haut de la fiche de traçabilité, puis fait le contrôle ABO qui est concordant **et réalise la transfusion du CGR de Me A à Me B; et colle l'étiquette du CGR de Me A sur la feuille de traçabilité de Me B**.

→ **13h50: L'élève IDE** va chercher le 2^e CGR de Me A et ne le trouve pas et prévient l'IDE 1, qui va voir l'IDE2 qui est entrain de déjeuner dans la salle de pause avec le médecin responsable du service, un autre médecin et l'IDE principale. Elle la fait sortir de la salle et lui expose la situation.

L'IDE2 va voir Me B et arrête la transfusion (il restait quelques ml), elle vérifie les documents et se rend compte de son erreur.

Après concertation et devant l'absence d'événement indésirable chez Me B, et semble-t-il après vérification des phénotypes des deux patientes, qui seraient identiques, elles décident de n'alerter personne et de transfuser la poche de Me B à Me A qui est réalisée par l'IDE2, l'IDE1 ne se sentant pas capable de le faire mais elle signe les fiches de traçabilité

12 Erreur d'attribution de CGR entre 2 patients hospitalisés

Contexte et description des faits (suite):

En fin de transfusion, les 2 IDE modifient la traçabilité sur les documents d'hémovigilance allant à l'EFS et dans les dossiers transfusionnels.

Le lendemain, les 2 IDE décident de prévenir le médecin responsable du service mais de façon très succincte et entre deux consultations.

Le médecin décide de surveiller les patientes et demande aux IDE d'informer le cadre de santé à son retour de vacances, mais n'informe pas l'infirmière principale qui remplace le cadre de santé en cas d'absence.

→ **J 20**: retour du Cadre de Santé du service (personne ne l'informe)

→ **J 24**: Ultimatum du Médecin responsable du Service => les 2 IDE informent le Cadre de l'évènement survenu 3 semaines plus tôt.

→ **J 28**: Le Cadre de Santé suite à cet entretien fait un rapport par mail à la directrice des soins et au médecin responsable de l'hôpital de jour.

→ **J 29**: Information de l'Unité d'hémovigilance et du Service Qualité => enquête approfondie

→ **J 39**: Réunion avec le Directeur Général, la Directrice des soins, le Sous-directeur chargé des affaires médicales, la Gestionnaire des risques et l'unité d'hémovigilance pour évaluer la gravité de l'évènement et des mesures à prendre

Gravité de l'évènement:

Une erreur d'attribution de PSL suite à l'absence du respect de la procédure du contrôle ultime
Plusieurs Fautes: **refus de déclarer l'erreur**, transfusion d'un PSL non attribué au patient et **falsification des documents d'hémovigilance** destinés à l'EFS et **du dossier transfusionnel**.

13 Erreur de receveur avec entreposage au frigo

- Délivrance de 2 CGR par la banque de sang à l' **IDE 1**, dans 2 poches isothermes différentes, une étiquette patient collée sur chaque poche accompagnée de sa feuille de délivrance :
 - Un CGR pour patient A (groupe A+ CGR A+)
 - Un CGR pour patient B (groupe O+ CGR O+)
- L'**IDE 1** place la poche isotherme du patient B dans le réfrigérateur du service.
- En ouvrant le réfrigérateur, l'**IDE 1** s'aperçoit qu'il y a déjà une poche isotherme sans étiquette dans le bas du frigo pour un patient C (groupe O+ CGR O+). Elle place sa poche dans le haut pour éviter toute confusion. Elle prévient sa collègue l'**IDE 2** de la poche présente dans le frigo et part transfuser le patient A.
- L'**IDE 2** prend le CGR du patient C, sans prendre la feuille de délivrance, se rend au chevet du patient, réalise le contrôle ABO patient+poche. Elle se rend compte qu'elle n'a pas pris le bon de délivrance avec le CGR mais comme le patient est en isolement, elle ne retourne pas chercher le bon et pose la transfusion.
- En voulant transfuser le patient B, l'**IDE 1** se rend compte de la non concordance entre poche+bon+patient et avertit l'**IDE 2** qu'elle n'a pas pris la bonne poche pour transfuser le patient C.
- Arrêt immédiat de la transfusion du patient C.

13 Erreur de receveur avec entreposage au frigo

Plan d'action suite à l'événement indésirable grave :

N°	Action
1	Déclarer l'événement à l'ANSM
2	Voir les IDE en entretien
3	Révision des procédures : <ul style="list-style-type: none">- Transfert en US- Contrôle à réception des PSL dans l'unité
4	Mettre en place le retrait d'UNE poche par UNE IDE pour UN patient (inclus dans une procédure)
5	Rappel des procédures hémovigilance à l'ensemble des IDE par courrier via le bulletin de salaire
6	Réviser la procédure de conduite à tenir en cas d'incident transfusionnel et la compléter
7	Mettre en place un audit contrôle ultime

Facteurs contributifs récurrents :

- Interruptions de tâches
- Absence d'unité d'action
- Prise en charge des EIDE, informations des intérimaires
- Désolidarisation des documents
- Attention moindre portée à la 2^{ème} poche
- Surcharge de travail
- Non respect de la réglementation concernant les prélèvements IH (2 PRL, étiquetage non fait au lit du patient...)

Conclusion :

- La culture punitive de l'erreur a montré son inefficacité (dissimulation des incidents)
- Les erreurs humaines sont inévitables
- Elles ne surviennent pas par hasard, mais sont dépendantes du contexte
- Nous ne pouvons pas changer la condition humaine, mais nous pouvons changer les conditions dans lesquelles les humains travaillent
 - ➔ Déclarer, analyser, échanger, pour les circonscrire, mettre en place les mesures permettant de les prévenir, de les récupérer ou de les atténuer
 - ➔ Intérêt d'une analyse des risques a posteriori, mais également a priori (cartographie)