

## ERREUR DE DÉLIVRANCE DE PLASMA AU BLOC OPÉRATOIRE DE DOLE

### RÉUNION RÉGIONALE

Madame Da Mota: infirmière gestionnaire du dépôt de sang dole

Madame le docteur Maud Lemarquand:  
Biologiste, Hémovigilante CHLP Dole

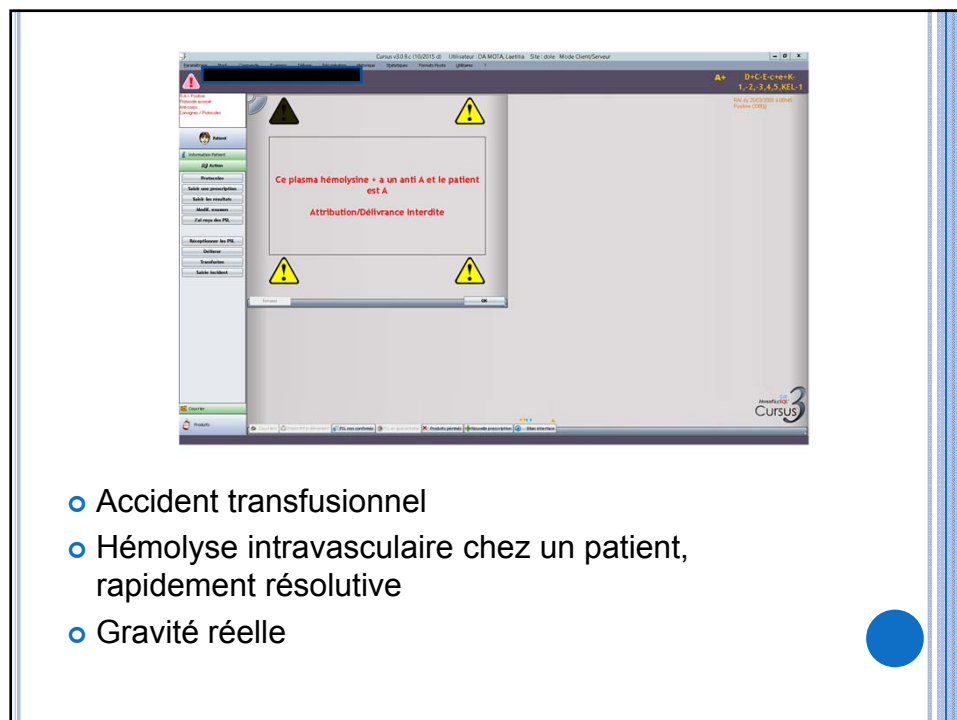
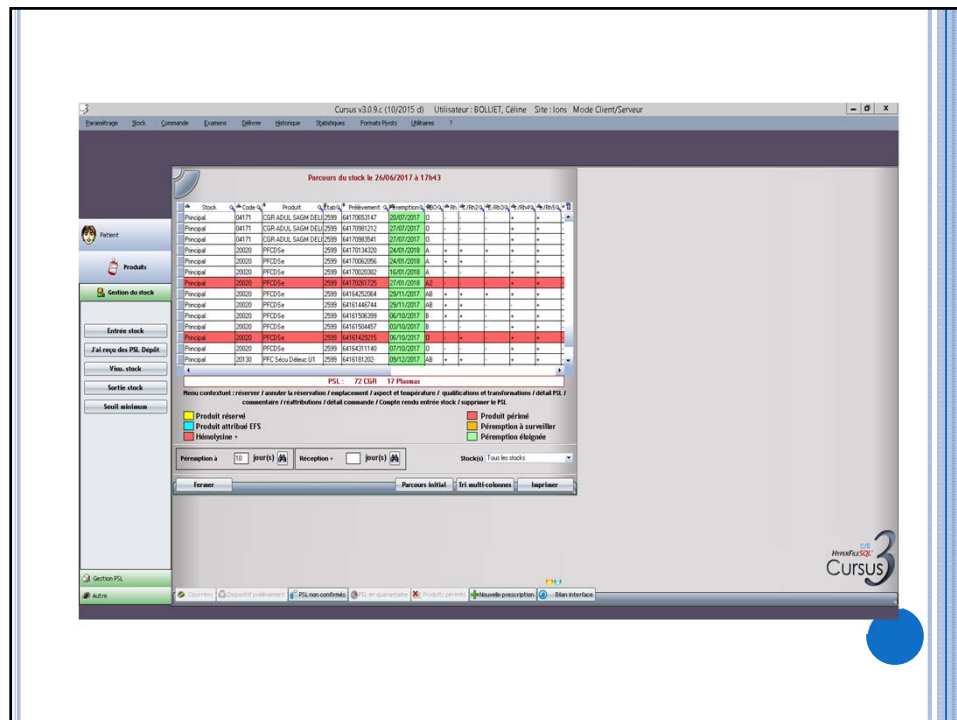
Jeudi 16 novembre 2017

### ÉVÈNEMENT

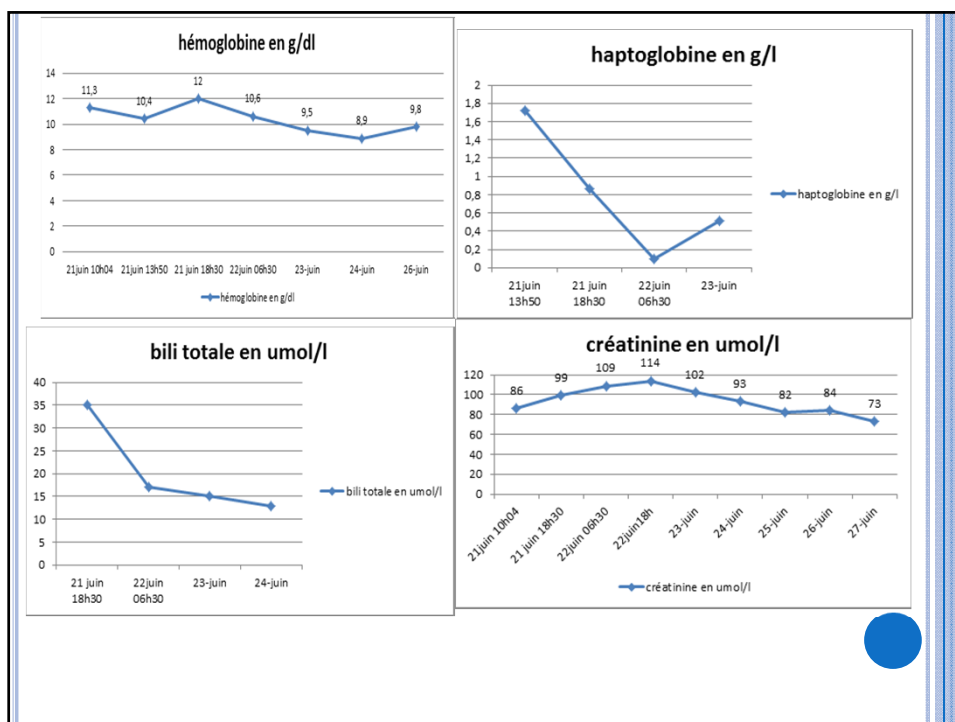
- Le mercredi 21 juin 2017 à 11H45.
- La gestionnaire décide d'aller déjeuner et transmet la relève à l'IDE UHTCD.
- Au moment de son départ → elle reçoit un appel du bloc qui demande 3 CGR et 3 plasmas.
- Elle décide de traiter le « début de la demande » avant de partir : ouverture de cursus pour prendre connaissance du dossier du patient (celui-ci est A-).
- Sélection de 3 plasmas incompatibles dans le mauvais tiroir. Après vérification des péremptions des A, ouverture du tiroir des O au lieu des AB.
- Départ de l'IDE gestionnaire.

- L'IDE UHTCD poursuit la gestion de la délivrance
  - Arrivée de la Prescription en UVR, sans le dossier transfusionnel qui est resté en chirurgie : L'IDE est obligée de téléphoner au service.
  - Le brancardier part chercher le dossier qui aurait dû être au bloc.
  - Poursuite de la délivrance avec 4 appels téléphoniques : 3 pour l'UHTCD et 1 pour le dépôt.
- L'IDE tente d'expliquer qu'elle gère une délivrance mais les infos lui sont données malgré tout.
- 3 CGR sont emmenés au bloc par l'IDE.
  - À son retour 2 agents du biomédical sont au dépôt et interrompent l'IDE dans sa délivrance.

- Appel du bloc : ont besoin d'une nouvelle carte de contrôle ultime: l'IDE l'emène.
- Poursuite de la délivrance des plasmas mais délivrance informatique impossible, le logiciel affiche un message d'erreur. L'IDE appelle la gestionnaire qui lui dit qu'il y a un message en rouge qui marque « hémolysine+ anti A ».
- La gestionnaire répond que ceci est connu depuis 15 jours. Problème vu avec l'EFS, elle demande à l'IDE de délivrer en mode dégradé et qu'elle régulariserait à son retour.
- Au bloc, l'IADE réceptionne les plasmas. Elle vérifie les n° de lot des poches, mais omet de vérifier le groupe et transfuse les plasmas.
- A son retour, la gestionnaire comprend que l'erreur n'est pas liée aux hémolysines mais au groupe incompatible.



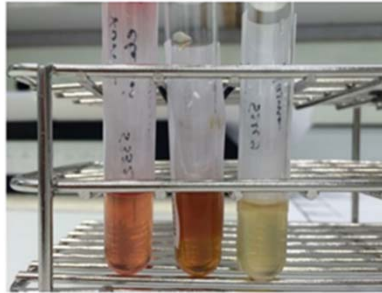
- Accident transfusionnel
- Hémolyse intravasculaire chez un patient, rapidement résolutive
- Gravité réelle



Accident transfusionnel  
Incompatibilité ABO du 21/06/2017

## Evaluation de l'hémolyse intravasculaire par appréciation visuelle du plasma

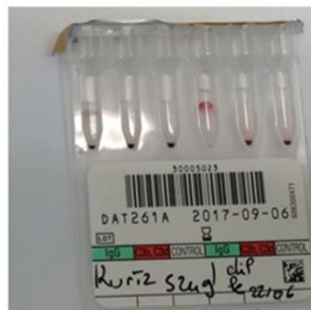
- 21/06/2017 13H50  
– Hémoglobininémie envoyée CHU Dijon : 72mg/L
- 21/06/2017 à 18H30
- 22/06/2017 à 6H30



## Bilan IH prélevé suite à erreur délivrance

### TDA avant transfusion

- Pos 3+ IgG



### TDA post transfusion

- Pos 4+ IgG c3d1+



## Elutions

- Elution négative avant transfusion
- Elution positive après transfusion
- Ac anti-A+antiB??? → Ac composé A+B?



## Ac composé A+B?

- Allo absorption 1h à 37°C sur GR A1
  - Test alloabsorbat avec hématie A1 et B : négatif
  - Prouve Ac mixte
  - TDA sur culot alloabsorbat +++IgG → confirme absorption



- Allo absorption sur GRB alloabsorbat testé avec hématie A1 neg et B positif
  - TDA sur culot alloabsorbat négatif → confirme absence d'allo absorption sur hématie B



→ Mise en évidence de l'Ac composé A+B fixé sur les GR du receveur

## ANALYSE

Les causes sont multifactorielles et liées à :

- l'organisation
- un facteur humain
- l'environnement et le contexte

## CONCERNANT L'ORGANISATION

- **Pas d'ajustement structuré, ni formalisé** au moment d'une jonction entre dépôt de sang et l'UHTCD.
- Deux personnes interviennent pour une même délivrance (une gère le début l'autre la fin) : **plusieurs intervenants pour une même activité** → risque d'erreur majeur.
- **Interruption de tâches à de nombreuses reprises** (difficulté de concentration, hachement de tâches, sollicitations, dérangements ) → risque d'erreur majeur.
- Discordance entre le message envoyé oralement par l'IDE à la gestionnaire et le message entendu par la gestionnaire : **absence de constat visuel du blocage**.
- L'IDE se déplace au bloc plusieurs fois : **déplacements inutiles, stress, hachements de tâches, pertes de temps, désorganisation**.



## CONCERNANT LE FACTEUR HUMAIN

- Inattention, empressement, précipitation alors que la prescription ne revêt aucun caractère d'urgence → UVR.
- Appels téléphoniques : la notion de responsabilité et de haut risque concernant l'activité de délivrance ne semble pas intégrée par tous les professionnels. Perturbation de l'IDE en cours de délivrance générant une charge mentale importante.
- Vérification du plasma au bloc par l'IADE n'est pas conforme : inattention et empressement.
- **Excès de confiance**





## CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT ET LE CONTEXTE

- Passage de relais → jonction → risque

### EN CONCLUSION

La délivrance est une activité à haut risque.

Les enjeux en terme de qualité et de sécurité doivent être intégrés par les professionnels.

## LES ACTIONS CORRECTIVES ENVISAGÉES

- Assurer une organisation et un fonctionnement garantissant la continuité de l'activité en toute sécurité
  - Temps d'échanges formels et structurés.
  - Au moment de la jonction : évaluation de la situation avec prise en compte de tous les éléments.
  - L'acheminement des PSL sera faite par brancardier du bloc ou ASH ou brancardier du SAU.
  - Evolution de l'organisation des DECT en dehors de la présence de la gestionnaire.

- **Sécuriser la délivrance**

- **Une seule et même personne assure la délivrance du début à la fin.**

- En cas de délivrance : l'IDE de l'UHTCD remet systématiquement son DECT à l'AS en journée ou à l'IDE de box la nuit.

- Signalisation sur la porte du dépôt en cas d'UVI interdisant l'accès au dépôt.

- Lors d'une délivrance : deux seules personnes au dépôt (la personne qui délivre et l'agent qui vient chercher les PSL).

- **La levée d'un blocage informatique relève uniquement des compétences du médecin responsable du dépôt ou du médecin d'astreinte de l'EFS.**

- La vérification à chaque étape de la chaîne doit être conforme → **aucune confiance** ne doit être accordée aux collègues

- En UVR : distribution d'une seule poche à la fois.

- **Formaliser une check liste relative au contrôle ultime des plasmas à la demande et en collaboration avec les IADE**

**CHECK LISTE ULTIME AVANT TRANSFUSION DE PLASMA**

étiquette patient

N° poche PFC

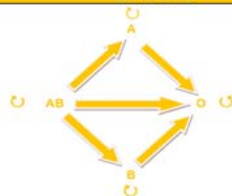
groupe patient

☐

groupe du plasma

☐

**RÈGLES TRANSFUSIONNELLES DE COMPATIBILITÉ ABO POUR LES PLASMAS**

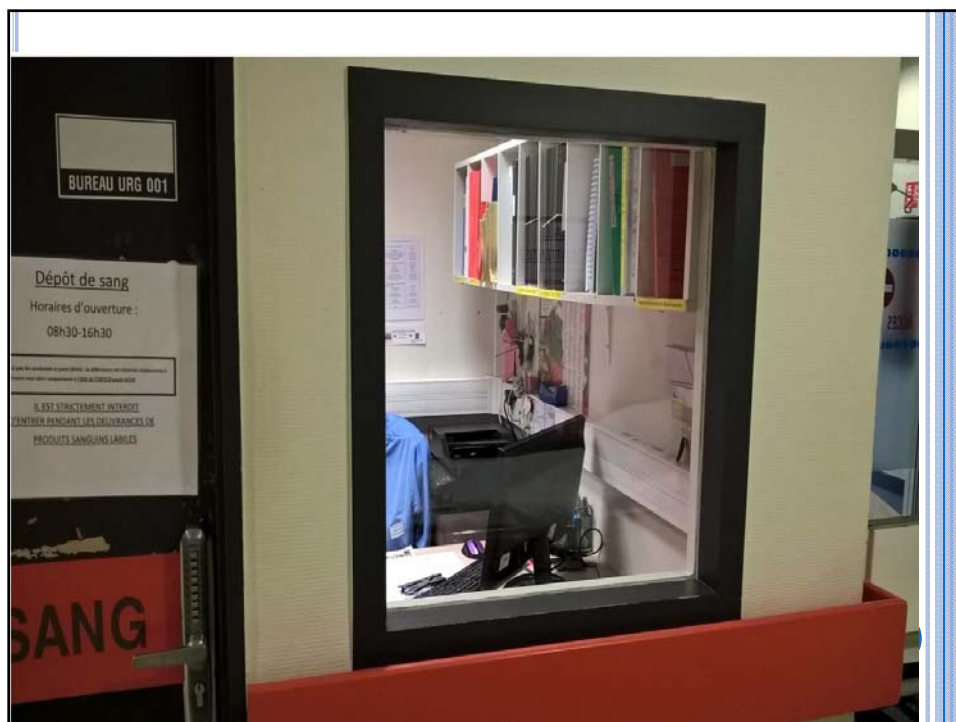


**compatible** oui ☐ non ☐

Nom et signature du transfuseur :

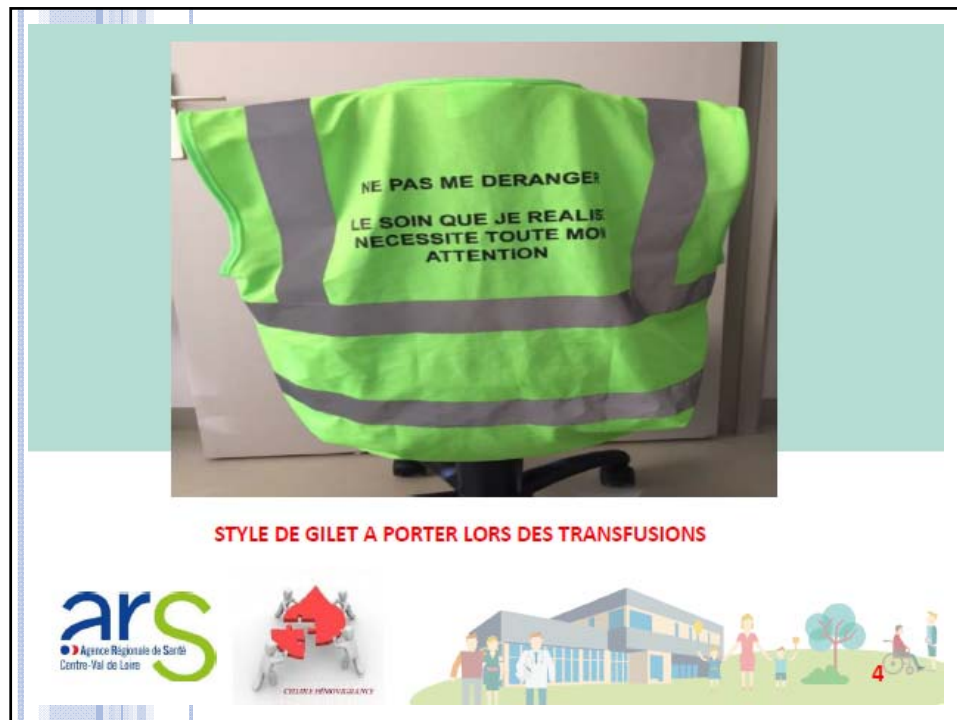
## CONCERNANT LA SIGNALISATION DEVANT DÉPÔT DE SANG

- Le but était de pouvoir signaler par un moyen rapide que les personnes du dépôt étaient en train de gérer une UVI et que les personnes délivrantes ne devaient être dérangées sous aucun prétexte.





**Voici une autre option  
pour travailler tranquille**



### ○ Sensibiliser

- La distribution de PSL et l'acte transfusionnel sont une activité à haut risque : il est capital d'attirer l'attention des équipes médicales paramédicales et administratives afin que les informations non urgentes soient données après les délivrances.
- Sensibilisation des équipes paramédicales concernant les plasmas.
- Communication de cet accident : GCSTH, Service de chirurgie, journée régionale hémovigilance en novembre 2017, groupe « référent en transfusion », réunion qualité CHLP, CME.