

Principe de compte-rendu

A. Identification de l'évènement indésirable		Secteur :	Identifiant :		
B. Repérage					
Critères d'inclusion : EIG de niveau 3, 4 et 5 (sur la base de l'échelle de gravité institutionnelle)	niveau 1	Effet négligeable sur la réalisation de la mission			
	niveau 2	Impact sur la performance de la mission : retardée, solution dégradée, perte financière modérée			
	niveau 3	Impact sur la performance de la mission : partiellement réalisée ou échouée			
	niveau 4	Impact réversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement			
	niveau 5	Impact irréversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement			
	EPR	Si celui-ci est représentatif d'un risque avéré et pédagogique			
Anamnèse de l'évènement	Description brève de l'évènement, du dommage et des conséquences Erreur de groupage sanguin récupérée sans conséquence pour le patient				
	Eventuels facteurs de risque pour le patient ? connaître les motifs d'hospitalisation, les facteurs de risques, les antécédents du patient, les comorbidités, le traitement				
	Chaîne des événements ayant mené à l'EIG ? <ul style="list-style-type: none"> • Analyse faite par arbre des causes avec le soutien de la coordination des risques • Erreur d'étiquetage d'un prélèvement biologique favorisée par : <ol style="list-style-type: none"> 1. Une inversion de patients (utilisation d'étiquettes non détruites d'un patient précédent, préparation du bon de demande de groupage sanguin effectuée à l'avance au nom du patient précédent) 2. Un prélèvement réalisé en garde sans contrôle d'identité du patient (avec étiquetage effectué à distance du prélèvement) 3. Un prélèvement réalisé en un seul temps (au lieu de deux) et par une seule personne (au lieu de deux) (gagner du temps en effectif réduit, absence d'anticipation systématique des groupages sanguins nécessaires) 				
C. Causes retrouvées					
Causes immédiates		EV pour Evitable, NEV pour Non évitable		EV	NEV
C1	Liées à un produit de santé : non				
C2	Liées à une procédure de soins (intervention, acte de soins) :				
	C2-1 Prélèvement de sang réalisé sans contrôle de l'identité du patient			X	
	C2-2 Prélèvement réalisé en un seul temps au lieu de deux			X	
	C2-3 Par une seule IDE au lieu de deux			X	
C2-4 Etiquetage du tube à l'avance en dehors de la présence du patient			X		
C3	Liées à une erreur humaine : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ?				
	C3-1 Inversion de patients : utilisation d'une planche d'étiquettes d'un autre patient			X	
	C3-2 Préparation de bon de demande de groupe à l'avance au nom du patient précédent			X	
C3-3 Deuxième bon rédigé par une autre IDE n'ayant pas elle-même prélevé			X		
C4	Liées à la supervision : non				
Causes profondes		EV pour Evitable, NEV pour Non évitable		EV	NEV
C5	Liées à l'organisation des activités (les responsabilités étaient-elles explicitement définies) :				
	C5-1 Délai entre réalisation du prélèvement et mise à disposition des étiquettes			X	
	C5-2 Les planches d'étiquettes sont éditées à l'avance et conservées dans le dossier quand elles ne sont pas complètement utilisées			X	
	C5-3 Organisation de nuit en mode dégradé			X	
C5-4 Tentative pour gagner du temps			X		
C6	Liées à la communication entre professionnels ou entre services, et entre les				

	professionnels et le patient ou son entourage : non		
C7	Liées à la composition des équipes de soins : était-elle adéquate au moment des soins liés à la survenue de l'événement, en nombre et en compétence : C7-1 Effectif réduit la nuit pour une activité équivalente au jour	X	
C8	Liées aux locaux, équipements, fournitures et produits de santé : étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable : C8-1 Circuit long pour accéder à l'imprimante des étiquettes à l'accueil	X	
C9	Liées à un défaut de culture qualité ou sécurité : C9-1 Etiquettes du patient précédent non utilisées ne sont pas détruites C9-2 Préparation du bon de demande de groupe à l'avance au nom du patient précédent C9-3 Tube prélevé laissé sans étiquette (parfois dans la poche de l'IDE) C9-4 Non-respect de procédure de sécurité	X X X X	
C10	Liées à la gestion des ressources humaines :		
C11	Liées à un défaut dans la politique de l'établissement :		

D. Enseignements

Est-il nécessaire de revoir le système en question ? Des leçons ont-elles été tirées pour éviter que l'événement ne se répète ?
Tout étiquetage de tube de prélèvement pour biologie médicale doit être réalisé au lit du patient après contrôle de la cohérence du trinôme "prescription / identité / étiquette"

E. Proposition d'actions

S : pour supprimer le risque, M : pour maîtriser les conséquences

Barrières de sécurité		S/ M	Actions de consolidation
1	Assurer la destruction de tout document périmé	S	<ul style="list-style-type: none"> Détruire les étiquettes non utilisées à l'issue de la séquence de soins Épurer les dossiers à chaque ouverture si nécessaire
2	Assurer systématiquement le contrôle de cohérence prescription/identité/étiquette au lit du patient	S	<ul style="list-style-type: none"> Procédure à élaborer et à appliquer aussi bien en urgence qu'en fonctionnement normal
3	Assurer une cohérence effective de la charge de travail	M	<ul style="list-style-type: none"> Revoir les effectifs de nuits ou l'organisation des tâches
4	Avoir les étiquettes disponibles au moment de l'étiquetage	M	<ul style="list-style-type: none"> Installer l'imprimante au plus près de la salle de soins à l'accueil des urgences et sortir les étiquettes au fur et à mesure des besoins
5	Respecter les procédures de sécurité en matière d'hémovigilance	M	<ul style="list-style-type: none"> Appliquer les procédures Sensibiliser et former le personnel
6	Eviter les groupages en urgence	M	<ul style="list-style-type: none"> Anticiper les deux déterminations de groupe en amont (conduite à tenir à élaborer avec les anesthésistes et l'EFS)

F. Indicateur de suivi des actions / Tout élément permettant de vérifier la mise en œuvre effective des actions décidées

Barrière(s)	Actions de consolidation
1	Audit initial de dossiers de soins (vérification de persistance d'étiquettes obsolètes)
2	Audit initial de dossiers (traçabilité du contrôle de cohérence)
3	Contractualisation avec la direction des ressources humaines et la direction des soins infirmiers
4	Date de livraison des imprimantes le service informatique
5	Audit de pratiques (via programme de formation et fiches de présence)
6	Audit de dossiers de soins au terme des actions correctives menées

G. Clôture du cas

Date de clôture : Validation du responsable de la revue :

Source : Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étape 3 : Identifier les risques *a posteriori*. Risques & Qualité 2008; V(1): 46-58.