

Gestion des risques (analyse a posteriori)

Analyse d'un évènement indésirable transfusionnel / Incident GO 123 du-31/05/2007

Etude de cas pratique n°1 / REPONSE / ateliers 1A et 1B

I. Rappel du travail demandé en groupe :

- . Vous aurez à reconstituer le processus (quoi, qui, comment) depuis la transmission de la demande de CGR vers l'ETS jusqu'au constat effectué par l'IDE de la coordination des vigilances en identifiant les barrières de défense prévues, qu'elles aient été opérantes ou non (atelier 1A)
- . Vous aurez à classer les données recueillies et causes identifiées au moyen d'une grille ALARM (atelier 1B) (grille en annexe 1)
- . Vous aurez dans les deux approches à proposer les actions correctives à mettre en œuvre, ainsi que les éléments de suivi pour chacune d'entre elles (ateliers 1 A et 1B)

II. Analyse de processus (cf. schéma joint en annexe 1)

III. Mise en œuvre de la méthode ALARM (annexe 2)

IV. Proposition d'actions correctives à mettre en œuvre et éléments de suivi (annexe 2). A FAIRE

V. Fiche de repérage, de retour d'expérience (REX) et de suivi (annexe 3) A FAIRE

Annexe 1 : Analyse de processus

N°	Heure	Qui	Quoi	Constats	Barrière de défense Prévue ou non ? Opérante ou non ? Respectée ou violée ?	Evitabilité	Action à mener
1	31/05 Matin	Médecins du service	Adressent à l'EFS une demande de 2 CGR phénotypés ainsi qu'une RAI pour Mme G.				
2		Médecins du service	Une demande de même nature est effectuée pour Mme T	NB : Commande de sang le même jour pour deux patientes hospitalisées dans le même secteur, de groupe sanguin et Rhésus identiques Dr X (EFS) : . Commande à l'avance pour deux patientes d'un même service (ordonnances transmises à l'antenne EFS située dans cet hôpital.) . Le service téléphone à l'antenne EFS pour indiquer qu'on vient chercher la poche de Mme .., comme cela se pratique d'habitude.			
3	31/05 A.Midi	IDE du secteur	Demande à un étudiant infirmier en stage dans le service, sur un autre secteur, d'aller chercher la poche de CGR de Mme T. à l'antenne EFS	Glissement de tâche (confiée à un personnel non qualifié)	Prévue ?	Oui	
4	31/05	Etudiant en SI	. Se rend à l'antenne EFS	Pas de présentation du double de l'ordonnance médicale de Mme T. Dr X (EFS) C'est un étudiant qui vient chercher la poche et ne vérifie pas documents et poches.	Prévue inopérante	Oui	
'5	31/05	Technicien EFS	. Distribue la poche de CGR pour Mme G.	Distribution sans double de l'ordonnance	Prévue inopérante	Oui	
'6	31/05	Etudiant en SI	. Réceptionne la poche de CGR . Signe le bon d'attribution, . Retourne dans le service . Remet le produit à l'IDE	Absence de vérification de concordance entre l'identité du patient notée sur le bon d'attribution accompagnant la poche de CGR lors de la remise du produit pour Mme G. et l'ordonnance médicale	Prévue inopérante	Oui	
7	31/05	IDE du secteur	. Réceptionne la poche . Coche la réalisation des vérifications sur la « globu-liste ».	Absence de vérification de concordance entre l'identité du patient notée sur le bon d'attribution accompagnant la poche de CGR lors de la réception de la poche dans le service Dr X (EFS) L'IDE ne vérifie pas non plus	Prévue inopérante	Oui	

				documents et poches avant transfusion.			
8	31/05 16 h	IDE du secteur	<ul style="list-style-type: none"> . Se rend auprès de Mme T. avec le produit juste réceptionné . Coche sur la « <i>globu-liste</i> » les vérifications d'identité et de concordance du produit, . Contrôle sa compatibilité sur le carton test pré transfusionnel. et la transfuse à Mme T. 	<p>Absence de vérification de concordance entre l'identité notée sur le bon d'attribution accompagnant la poche de CGR et l'identité déclinée par la patiente (demandée ?) au chevet de Mme T. avant la transfusion (ne repère pas que la poche est celle destinée à Mme G.)</p>	Prévue inopérante	Oui	
9	31/05 16 h	IDE du secteur	Administration du CGR à Mme T.	<ul style="list-style-type: none"> . Reçoit par erreur un Concentré de Globules Rouges (CGR) de groupe O+ destiné à Mme G. . Pas de conséquence clinique immédiate pour Mme T. car le CGR est iso groupe et iso rhésus . Il persiste un risque d'immunisation vis-à-vis de l'antigène C 			
10	31/05 Après la TS	IDE du secteur	<ul style="list-style-type: none"> . Complète la fiche de traçabilité en collant l'étiquette de Mme T. . La transmet au service d'Hémovigilance 		Prévue inopérante	Oui	
11	08/06	IDE Hémo	. Vérifie la cohérence des identités (fiches de traçabilité)	Constata que la fiche confirmant la transfusion de Mme T. concerne un CGR distribué pour Mme G.	Prévue opérante		
12	09/06	IDE Hémo	. Assure une traçabilité informatique adaptée				

Annexe 2 : Grille de recueil en démarche ALARM (recherche des causes latentes)

1. Analyse de l'évènement indésirable grave			2. Identification des actions correctives et préventives	3. Identification des éléments de suivi pour chacune des actions identifiées
Catégories de facteurs	Facteurs contributifs les plus fréquents identifiés par le CCECQA	Les facteurs identifiés lors de la présente enquête		
1. Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> . Protocole absents, non adaptés ou inconnus . Planification des tâches non adaptée . Défaut d'accessibilité de l'information . Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel . Disponibilité et pertinence des résultats d'examen complémentaires . Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service (autre ?) 	<ul style="list-style-type: none"> . Commandes de CGR le même jour pour 2 patientes hospitalisées dans le même secteur, avec groupe ABO et RH1(D) identiques . Non respect (mauvaise connaissance) des procédures (classeur qualité). . Pas de présentation du double de l'ordonnance médicale par le stagiaire infirmier chargé d'aller chercher le PSL au site EFS . Distribution de PSL sans double de l'ordonnance par le technicien EFS . Pas de vérification de concordance par le stagiaire infirmier, entre l'identité notée sur la fiche de distribution nominative (FDN) et l'ordonnance médicale . A la réception du CGR dans le service, pas de vérification de concordance entre l'identité notée sur la fiche de distribution nominative (FDN) et l'ordonnance médicale . A l'administration du CGR, pas de vérification de concordance entre l'identité 	<ul style="list-style-type: none"> . Revoir procédures . Formation du personnel aux procédures 	<ul style="list-style-type: none"> . Superviser acte transfusionnel (audit?)

		<p>notée sur la fiche de distribution nominative (FDN) et l'identité déclinée par la patiente</p> <p>. Transgression de pratiques par rapport à la pratique de référence : Check- list cochée de façon automatique sans vérification</p> <p>. Au remplissage de la fiche de traçabilité, pas de vérification de la cohérence des identités</p>		
<p>2. Facteurs liés au contexte individuel (personnel)</p>	<p>. Insuffisance d'échange d'informations entre professionnels et patient et/ou sa famille</p> <p>. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou sa famille</p> <p>. Mauvaise disposition physique et/ou morale</p> <p>. Défaut de connaissances théorique des professionnels</p> <p>. Défaut d'aptitude des professionnels</p> <p>. Défaut de qualification des professionnels chargés du soin (autre ?)</p>	<p>. Transgression de pratiques par rapport à la pratique de référence déclarée (vérifications cochées mais non réalisées)</p> <p>. Défaut de connaissances théoriques du stagiaire infirmier et du technicien de l'EFS</p> <p>. Défaut de vigilance de l'IDE qui transfuse: check- list renseignée par automatisme et absence de vérification ultime de concordance des identités portées sur les différents documents en sa possession lors de la transfusion</p> <p>. Difficultés d'adaptation à la pression générée par la charge de travail.</p> <p>. Inadéquation entre l'activité confiée et la compétence de l'acteur (transport d'un CGR assuré par un étudiant en SI en début de formation pratique).</p>	<p>. Formation des stagiaires infirmier(e)s</p> <p>. Rappel des bonnes pratiques pour les IDE du service</p>	
<p>3. Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de</p>	<p>. Charge de travail importante</p> <p>. Combinaison des compétences et des effectifs</p> <p>. Engagement de l'administration et de l'encadrement</p>	<p>. Charge de travail importante pour l'IDE, mobilisé dans la chambre de Mme G. pour assister l'équipe médicale au cours d'une ponction pleurale.</p>		

<p>travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Conditions de travail difficiles . Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux . Fourniture ou équipement mal utilisé . Formation ou entraînement insuffisant du personnel . Locaux inadaptés (autre ?) 	<ul style="list-style-type: none"> . Difficultés d'adaptation à la pression générée par la charge de travail . Difficultés à gérer tâches simultanées . Inadéquation entre activité confiée et la compétence de l'acteur en ce qui concerne l'étudiant infirmier . Glissement de tâches / transport de Produit Sanguin Labile (PSL) confié à un personnel non qualifié. . Aides soignants indisponibles ne pouvant assurer le transport de la commande de sang. 		
<p>4. Facteurs liés à l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Défaut de communication interne . Collaboration insuffisante entre les soignants . Supervision inadaptée des médecins et autres personnels . Mauvaise composition de l'équipe . Conflit ou mauvaise ambiance dans l'équipe (autre ?) 	<ul style="list-style-type: none"> . Supervision inadaptée . Glissement de tâches : transport de CGR confié à un personnel non qualifié . Défaut de communication entre IDE et stagiaires 	<ul style="list-style-type: none"> . Revoir procédures de transfusion . Redéfinir les tâches des membres de l'équipe . Revoir formation et encadrement des élèves infirmiers 	
<p>5. Facteurs liés à l'organisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Défaut de coordination entre les services . Gestion du personnel inadéquate . Défaut d'adaptation à une situation imprévue . Changements récents d'organisation interne . Mauvaise définition des responsabilités et des tâches . Défaut de coordination dans le 	<ul style="list-style-type: none"> . Mauvaise définition des responsabilités et des tâches : pas de personnel dédié au transport des CGR, aides soignantes indisponibles, . Absence de document pour l'identification du receveur de CGR 	<ul style="list-style-type: none"> . Revoir la gestion des activités du personnel . Etablir procédure pour le document lié à la remise du PSL 	

	<p>service . Procédure de sortie du patient inadéquate (autre ?)</p>			
<p>6. Facteurs liés au contexte institutionnel</p>	<p>. Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses . Absence de culture de signalement des situations dangereuses . Contraintes financières au niveau de l'établissement . Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants . Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements (autre ?)</p>	<p>. Pas de personnel dédié au transport des PSL sur l'établissement. Gestion défaillante du personnel aide soignant . Défaut dans les échanges entre le service et le site transfusionnel : le technicien EFS n'a pas demandé le document lié à la délivrance et aurait dû appeler le service</p>		
<p>7. Facteurs liés au patient</p>	<p>. Etat de santé (complexité et gravité) . Personnalité et facteurs sociaux (autre ?)</p>	<p>. Commande de sang le même jour pour deux patientes hospitalisées dans le même secteur, de groupe sanguin et Rhésus identiques</p>	<p>. Hiérarchisation de l'ordre des transfusions et des autres soins</p>	

Avril 2008 : Dr X (EFS)

La présentation du double de l'ordonnance à l'antenne et la délivrance sur double de l'ordonnance n'existaient pas à l'époque de l'effet indésirable. Elles font parties des mesures correctrices.

Annexe 3 (A COMPLETER EN RESTITUTION ET DECOURS DE SEANCE DE FORMATION)

Fiche de repérage et de retour d'expérience après analyse d'un évènement indésirable grave			
A. Identification du cas		Secteur :	Identifiant :
B. Repérage du cas			
Critères d'inclusion : EIG de gravité 3, 4 et 5	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	
	Niveau 4	Impact REVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement	
	Niveau 5	Impact IRREVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement	
Anamnèse de l'évènement	Quel est l'évènement, le dommage et la conséquence ? . Erreur d'attribution de CGR iso groupe et iso rhésus sans conséquence immédiate (incident transfusionnel dit de grade 0) . Il persiste un risque d'immunisation vis-à-vis de l'antigène C		
	Quels étaient les facteurs de risque pour le patient ? Commande de sang le même jour pour deux patientes hospitalisées dans le même secteur, de groupe sanguin et Rhésus identiques.		
	Quelle est la chaîne des évènements ayant menée à l'EIG ? Cf. analyse de processus (annexe 1)		
C. Causes retrouvées		EV : évitable	NEV : non évitable
Causes immédiates		EV	NEV
C1	Liée à un produit de santé :		
C2	Liées à une procédure de soins (intervention, acte de soins) :		
C3	Liées eu une erreur humaine : les personnes ont-elles fait ce qu'elles étaient supposées faire ? Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ? Non respect de procédure établie.	X	
C4	Liées à la supervision : Défaut de supervision	X	

Cause profondes				
C5	Liées à l'organisation des activités (les responsabilités étaient-elles explicitement définies ?) : Glissement de tâches (transport de CGR assuré par un étudiant infirmier en début de formation pratique)		X	
C6	Liées à la communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage : Défaut de communication entre ETS et ES		X	
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 :			
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 :			
C9	Liées à un défaut de culture qualité ou sécurité :			
C10	Liées à la gestion des ressources humaines : Absence			
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 ?				
E. Proposition d'actions S : pour Supprimer le risque M : pour Maîtriser les conséquences				
	Barrières (n°)	S/M	Actions de consolidation	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
F. Indicateur de suivi des actions / Tout élément permettant de vérifier la mise en œuvre effective des actions décidées				
	Barrière n°	Actions de consolidation		

1	
2	
3	
4	
5	
6	
G. Clôture du cas	
Date de clôture :	Validation du responsable de la revue :