

Fiche 30. Fiche de retour d'expérience après analyse et traitement d'un évènement indésirable

Objectif

Favoriser la démarche de retour d'expérience au moyen d'un compte rendu final structuré à cette fin



Principe

Le retour d'expérience constitue un temps d'apprentissage pour les organisations. Les crises et analyses d'événements indésirables apportent une connaissance riche en matière de faiblesses (ce qui n'a pas bien fonctionné du point de vue organisationnel, technique ou humain) mais aussi de forces du système (ce qui a bien fonctionné, par exemple quant à la qualité d'une récupération). Elles offrent une opportunité pour réduire les situations à risques.

Document structurant, la fiche (qui ne constitue qu'un élément d'une démarche de retour d'expérience) permet :

- de tracer de façon synthétique et anonyme l'anamnèse, les causes immédiates et profondes identifiées, les enseignements, les propositions d'action et éléments de suivi,
- de tracer la clôture du cas après vérification de l'efficacité des barrières de sécurité mises en œuvre,
- de partager la connaissance (actions de communication et de formation destinées à développer la culture de sécurité sur la base de cas « exemplaires »),
- de garder la mémoire de la finalité des barrières dans l'éventualité d'une remise en cause ultérieure de leur utilité (cas des équipes instables qui favorise la perte de mémoire des acquis),
- au-delà, si cela est possible, d'alimenter une base de données (centralisation progressive et organisée des leçons apprises) favorisant des bilans et analyses ultérieurs, par exemple en matière de repérage de causes récidivantes d'événements indésirables (requêtes effectuées sur la base de mots clés attribués lors de la clôture de chacun des cas, telles que déjà effectuées dans le cadre de registres de spécialités ou des organismes agréés pour l'accréditation des médecins).

Indication

- ➔ **En 1^{re} intention** : comme compte-rendu type après analyse approfondie des événements indésirables graves (EIG) ou potentiellement graves (EPR).
- ➔ **En 2^e intention** : comme élément d'un dispositif institutionnel de retour d'expérience (base de données alimentée à partir des mots clés et causes identifiées).

Modalités de mise en œuvre

- ➔ Repérer l'ensemble des causes immédiates et profondes (structuration selon les 7 champs de la grille ALARM), en précisant leur caractère évitable ou non.
- ➔ Structurer les propositions d'action sur la base des causes évitables identifiées, en précisant leur nature (barrière de sécurité de type suppression du risque, de récupération d'incident ou à défaut d'atténuation des effets) et les actions à mettre en œuvre pour ce faire (actions dites de consolidation).
- ➔ Préciser les actions de suivi associées (audit et/ou indicateur, information, évaluation de formation).



Conseils pratiques

- S'assurer de la réalisation effective du plan d'action (quoi, qui, quand) et de son suivi.
- Prendre en compte les données issues des analyses d'événements indésirables (démarches dite *a posteriori*) dans les analyses de risques *a priori* (quand de telles analyses ont été menées) et adapter les documents de référence en conséquence (complémentarité des deux démarches ++).
- Savoir clore un cas.
- Conserver les données en travaillant sur l'informatisation du retour d'expérience (base de données).

Illustration

- Une fiche de retour d'expérience (ou « fiche REX ») rédigée au terme d'une démarche d'analyse d'un incident de la chaîne transfusionnelle⁸⁰.
- À noter : 5 des 6 actions retenues au sein du plan d'action relèvent de bonnes pratiques de sécurité, sans impact financier supplémentaire.

Fiche de repérage et de retour d'expérience après analyse d'un événement indésirable (EI)			
A. Identification du cas		Secteur :	Numéro d'identification :
B. Repérage du cas			
Critères d'inclusion	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 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	
Les EI de gravité 3, 4, 5			
Anamnèse de l'événement		Quel est l'événement, le dommage et la conséquence ?	
		Erreur au sein du bloc obstétrical dans la réalisation d'un groupage sanguin en urgence sans conséquence pour la patiente	
		Quels étaient les facteurs de risque pour le patient ? Néant	
		Quelle est la chaîne des événements ayant mené à l'événement indésirable ?	
		→ Arbre des causes réalisé avec le soutien de la cellule Qualité-Gestion des risques	
		→ Erreur d'étiquetage du prélèvement biologique favorisée par un presque accident considéré de niveau 4	
		1) 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) prélèvement réalisé en garde sans contrôle de l'identité du patient (avec étiquetage effectué à distance du prélèvement)	
		3) prélèvement réalisé en un seul temps (au lieu de deux) et par une seule personne (au lieu de deux) (ceci pour gagner du temps en contexte d'effectif réduit et d'absence d'anticipation systématique des groupages sanguins nécessaires)	
C. Causes retrouvées		EV : évitable	NEV : non évitable
Causes immédiates			
C1	Liée à un produit de santé		
C2	Liées à une procédure de soins (intervention, acte de soins)		
	→ Prélèvement réalisé sans contrôle de l'identité de la patiente	X	
	→ Prélèvement réalisé en un seul temps au lieu de deux	X	
	→ Prélèvement réalisé par une seule IDE au lieu de deux	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 ?		
	→ Inversion de patients (utilisation d'une planche d'étiquettes d'une autre patiente)	X	
	→ Préparation du bon de demande de groupage sanguin à l'avance au nom de la patiente précédente	X	
	→ Deuxième bon rédigé par une autre IDE n'ayant pas elle-même prélevé	X	
C4	Liées à la supervision :		
	→ Défaut de supervision du travail réalisé par une stagiaire en formation	X	

80. D'après Roussel P, Moll MC, Guez P. Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé. Étapes 4 et 5 : Hiérarchiser les risques identifiés puis mettre en œuvre le plan d'actions en assurant son suivi. Risques et qualité en milieu de soins, 5(2) : 106-15.

Causes profondes		EV	NEV
C5	Liées à l'organisation des activités (les responsabilités étaient-elles explicitement définies ?) → Délai entre réalisation du prélèvement et mise à disposition des étiquettes → Organisation de nuit en mode dégradé → Tentative pour gagner du temps	X X X	
C6	Liées à la communication entre professionnels ou entre services, et entre les professionnels et le patient ou son entourage		
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 → Effectif réduit la nuit pour une activité équivalente au jour	X	
C8	Liées aux locaux, équipements, fourniture et produits de santé (étaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue de l'événement indésirable ?) → Circuit long pour accéder à l'imprimante des étiquettes à l'accueil	X	
C9	Liées à un défaut de culture qualité ou sécurité → Étiquettes non utilisées de la patiente précédente non détruites → Préparation de bon de demande de groupe à l'avance au nom de la patiente précédente → Tube prélevé laissé sans étiquette (parfois dans la poche de l'IDE) → Non respect de la procédure de sécurité	X X X	
C10	Liées à la gestion des ressources humaines		
C11	Liées à un défaut dans la politique de l'établissement		
D. Modalités de la récupération éventuelle (qui/fonction, quand, comment)			
Détection	Via le laboratoire sur la base du groupage sanguin déjà effectué pour la patiente précédente. Alerte immédiate		
Compréhension			
Mesures correctives			
E. Enseignements			
1. 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 »			
2. Des leçons ont-elles été tirées des modalités de la récupération ?			
F. Proposition d'actions S : pour Supprimer le risque M : pour Maîtriser les conséquences			
Barrières de sécurité (n°)	S/M	Actions de consolidation	
1	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	S	<ul style="list-style-type: none"> procédure à élaborer et à appliquer aussi bien en urgence qu'en fonctionnement normal 	
3	M	<ul style="list-style-type: none"> revoir les effectifs de nuit ou l'organisation des tâches 	
4	M	<ul style="list-style-type: none"> installer l'imprimante au plus près de la salle de soins à l'accueil des urgences 	
5	M	<ul style="list-style-type: none"> appliquer les procédures sensibiliser et former le personnel concerné 	
6	M	<ul style="list-style-type: none"> anticiper les deux déterminations de groupe en amont de l'accouchement (conduite à tenir à élaborer avec anesthésiste et l'ETS) 	
G. Suivi des actions menées (tout élément permettant de vérifier la mise en œuvre effective des actions décidées)			
Barrière n°	Actions de consolidation		
1	<ul style="list-style-type: none"> audit dossier : vérification de persistance d'étiquettes obsolètes 		
2	<ul style="list-style-type: none"> audit de dossier, traçabilité du contrôle de cohérence 		
3	<ul style="list-style-type: none"> contractualisation avec la DRH et la DSI 		
4	<ul style="list-style-type: none"> date de livraison avec le service informatique 		
5	<ul style="list-style-type: none"> audit de pratiques programme de formation et fiche de présence 		
6	<ul style="list-style-type: none"> audit de dossier 		
H. Clôture du cas		Date de clôture :	
		Validation du responsable de la revue :	
I. Mots clés (pour la base REX) Selon les événements, les conséquences et les causes			

Pour en savoir plus sur la démarche de retour d'expérience

- Ministère de la santé et des solidarités, Direction générale de la Santé, Département des situations d'urgence sanitaire. Méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire. Paris : Ministère de la santé et des solidarités ; 2007.
- Quenon JL, Gottot S, Eveillard D, Patte D, Brodin M. Une méthode de gestion des risques : le retour d'expérience. *Technologie et Santé*, 2002 ; (48), 45-8.