

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS D'IDENTIFICATION EN AMP 1- MÉTHODOLOGIE

1. CONTEXTE

Depuis 2006, les professionnels de santé sont tenus de déclarer à l'Agence de la biomédecine tout incident ou effet indésirable survenu dans le cadre des activités d'assistance médicale à la procréation¹. Le décret n°2016-1622 du 29 novembre 2016 détermine les modalités du dispositif de vigilance relatif à l'AMP. En pratique, un correspondant local d'AMP vigilance (CLA) et un suppléant sont nommés au sein de chaque centre d'AMP et ont notamment pour mission de déclarer à l'Agence de la biomédecine la survenue de tout événement indésirable et de participer aux investigations.

L'Agence de la biomédecine est notamment chargée de l'analyse et de l'exploitation des informations issues des déclarations d'AMP vigilance afin d'aider les professionnels à mettre en place des mesures permettant d'éviter la survenue d'un nouvel incident ou effet indésirable similaire. C'est dans ce contexte de gestion des risques, que l'Agence de la biomédecine assure un retour d'information aux professionnels de santé en AMP dans un but d'amélioration des pratiques, de qualité et de sécurité des soins.

Une attention particulière a été portée aux erreurs d'identification (patients, gamètes, embryons) compte tenu de la criticité² de ces événements mais aussi de la sensibilité du sujet, de son évitabilité et de sa dimension éthique importante. Il est d'ailleurs précisé dans la directive européenne 2006/86/EC que tout type de mauvaise identification ou d'erreur d'attribution concernant un gamète ou un embryon doit être considéré comme un incident grave.

Une fiche de retour d'expérience a été élaborée dans le but de présenter les causes de ce type d'événement et les mesures qui peuvent être mises en place par les centres d'AMP qui y sont confrontés.

Cette fiche est conçue comme une aide, pour l'équipe du centre d'AMP, dans la mise en place de mesures visant à prévenir, détecter, ou atténuer les conséquences d'une erreur d'identification (et notamment une erreur d'attribution) dans un but d'amélioration de la maîtrise du risque.

2. MÉTHODOLOGIE

La fiche de retour d'expérience sur les erreurs d'identification a été élaborée selon la méthode suivante :

1. Recueil des informations

- Le recueil des informations a été effectué à partir des déclarations d'AMP vigilance reçues par l'Agence de la biomédecine depuis 2007 jusqu'au 3^{ème} trimestre 2019.

Les déclarations sont classées par typologie d'événement indésirable. Tous les événements relatifs à une erreur d'identification (patients, gamètes, embryons) ont été analysés grâce aux informations renseignées dans l'item « description de l'événement » (Partie A) et « résultats de l'investigation de l'événement et conclusion finale » (Partie B) des fiches de déclaration. Les documents complémentaires joints aux fiches de déclaration, les compléments d'information et les expertises réalisées par l'Agence de la biomédecine ont permis de compléter l'analyse.

- Jusqu'en octobre 2018, les événements classés en « erreur d'identification / d'attribution de gamètes ou d'embryons » (B1a) ainsi que les événements pouvant avoir potentiellement le même effet ont été analysés. Il s'agit des événements classés en « perte de traçabilité » (B4f), « brèches dans les bonnes pratiques cliniques et biologiques avec impact » (C1e), et catégorie « autres ».

Depuis novembre 2018, les erreurs d'identifications sont classées dans le thesaurus « étape » de la Partie B qui comprend des sous-étapes sur l'identification et dans l'onglet « Conséquences » qui comprend l'item « erreur d'attribution ».

¹ art. R. 2142-21 du CSP, décret n° 2006-1660 du 22 décembre 2006 relatif au don de gamètes et à l'AMP

² La criticité est une caractéristique du risque définie à partir de sa probabilité et de sa gravité

2. Identification des causes

Les causes ont été identifiées grâce aux items « cause de l'événement » et « résultats de l'investigation et conclusion finale » des fiches de déclaration (Partie B). Une analyse de leur impact et de leur pertinence a mené à l'identification des causes réelles et essentielles de cette erreur.

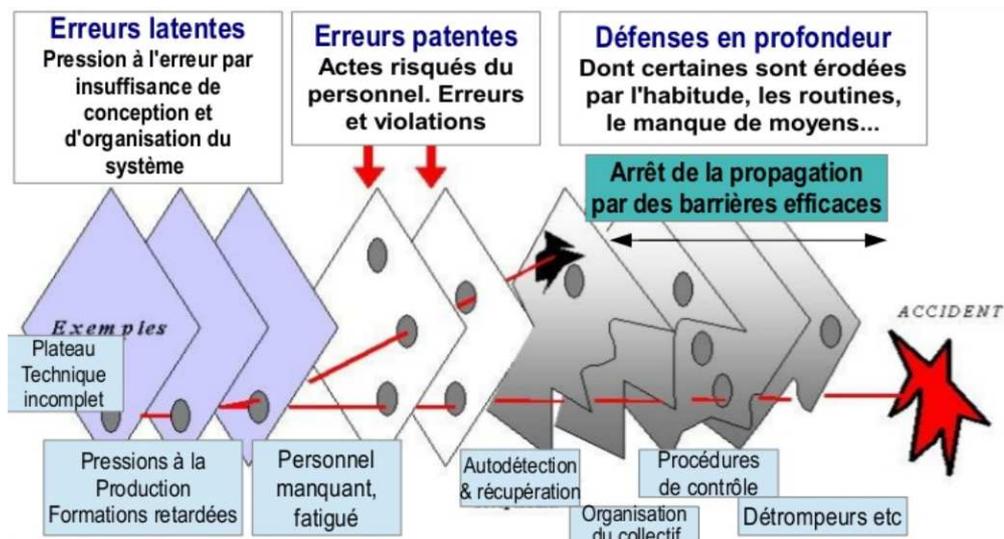
Les causes ont été classées dans un diagramme causes-effets permettant la distinction entre les causes inhérentes à l'organisation, à l'équipe, aux patients, aux méthodes et au matériel (cf. diagramme dans la fiche « retour d'expérience »).

3. Identification des solutions

Les solutions proposées par les centres d'AMP dans les items « mesures préventives et correctives » ont été répertoriées.

L'Agence de la biomédecine a également mené une réflexion sur des actions d'amélioration envisageables en s'appuyant sur la bibliographie et sur l'analyse des risques *a priori* réalisée sur la thématique de l'identitovigilance (cf. Guide d'aide à l'identification et à la réduction de risques appliqués aux erreurs d'attribution et de son outil « cartographie des risques »).

Selon le **modèle de Reason**, l'événement indésirable se produit lorsqu'il y a accumulation de différentes défaillances identifiées (symbolisées par des trous dans les barrières de sécurité).

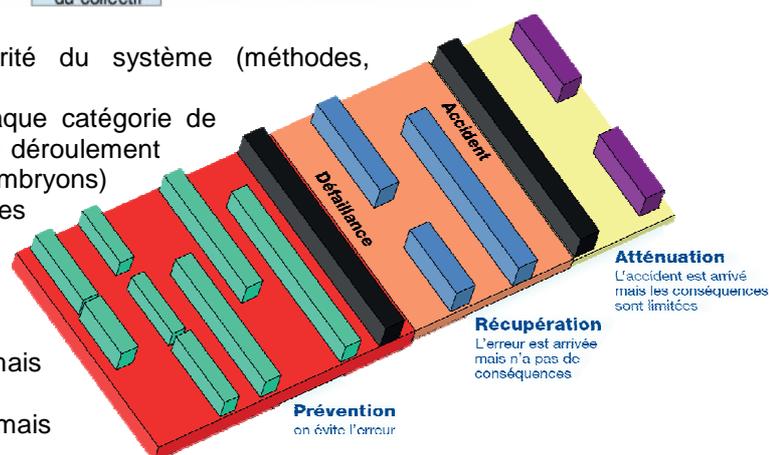


Chaque plaque symbolise une barrière de sécurité du système (méthodes, organisation ...).

Ces barrières doivent être mises en place pour chaque catégorie de causes potentielles et ce, à chaque étape clé dans le déroulement des processus d'identification (patients, gamètes, embryons) afin d'empêcher, de limiter ou d'atténuer les conséquences d'une erreur d'attribution.

Trois types de barrières peuvent être mises en place :

- **les barrières de prévention** : elles empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident ;
- **les barrières d'atténuation** : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences ;
- **les barrières de récupération** : l'accident est avéré, mais les conséquences sont limitées.



Un tableau récapitulatif avec les différentes barrières de prévention, de récupération et d'atténuation pouvant être mises en place afin d'éviter la survenue d'erreurs d'identification et/ou en atténuer les conséquences, est présenté dans la fiche « retour d'expérience ».

Ce travail a été soumis pour avis aux membres (biologistes et cliniciens) du comité de vigilance AMP qui ont pu enrichir la problématique, ajuster et proposer de nouvelles actions d'amélioration.

**RETOUR D'EXPÉRIENCE
SUR LES ERREURS D'IDENTIFICATION EN AMP
2- FICHE PRATIQUE**

Intérêt de la déclaration

- La communication par le correspondant local d'AMP vigilance des résultats des investigations et des mesures correctives mises en place localement suite au signalement est primordiale pour constituer une base d'informations exploitables pour l'AMP vigilance.
- L'implication des professionnels dans cette démarche est essentielle pour identifier et consolider les mesures correctives ou préventives mises en place dans un souci d'amélioration globale de la qualité de la prise en charge des patients.
- La communication au patient de cette démarche de déclaration d'un événement indésirable à l'Agence de la biomédecine permet le développement d'une « **culture positive de l'erreur** » qui est essentielle et constitue une opportunité de progrès individuel et collectif.

Nous rappelons que, hormis des situations exceptionnelles, ce n'est pas l'Agence de la biomédecine qui déclenche les inspections des établissements. De plus, les données qui lui sont transmises sont traitées de façon confidentielle et anonymisée.

Cette fiche de retour d'expérience (RETEX) comporte 4 annexes :

Annexe 1 : Diagramme causes-effets permettant la distinction entre les causes inhérentes à l'organisation, à l'équipe, aux patients, aux méthodes et au matériel

Annexe 2 : Tableau des différentes actions d'amélioration pouvant être mises en place (barrières de prévention, de récupération et d'atténuation)

Annexe 3 : Définition des outils d'aide à la vérification de l'identité

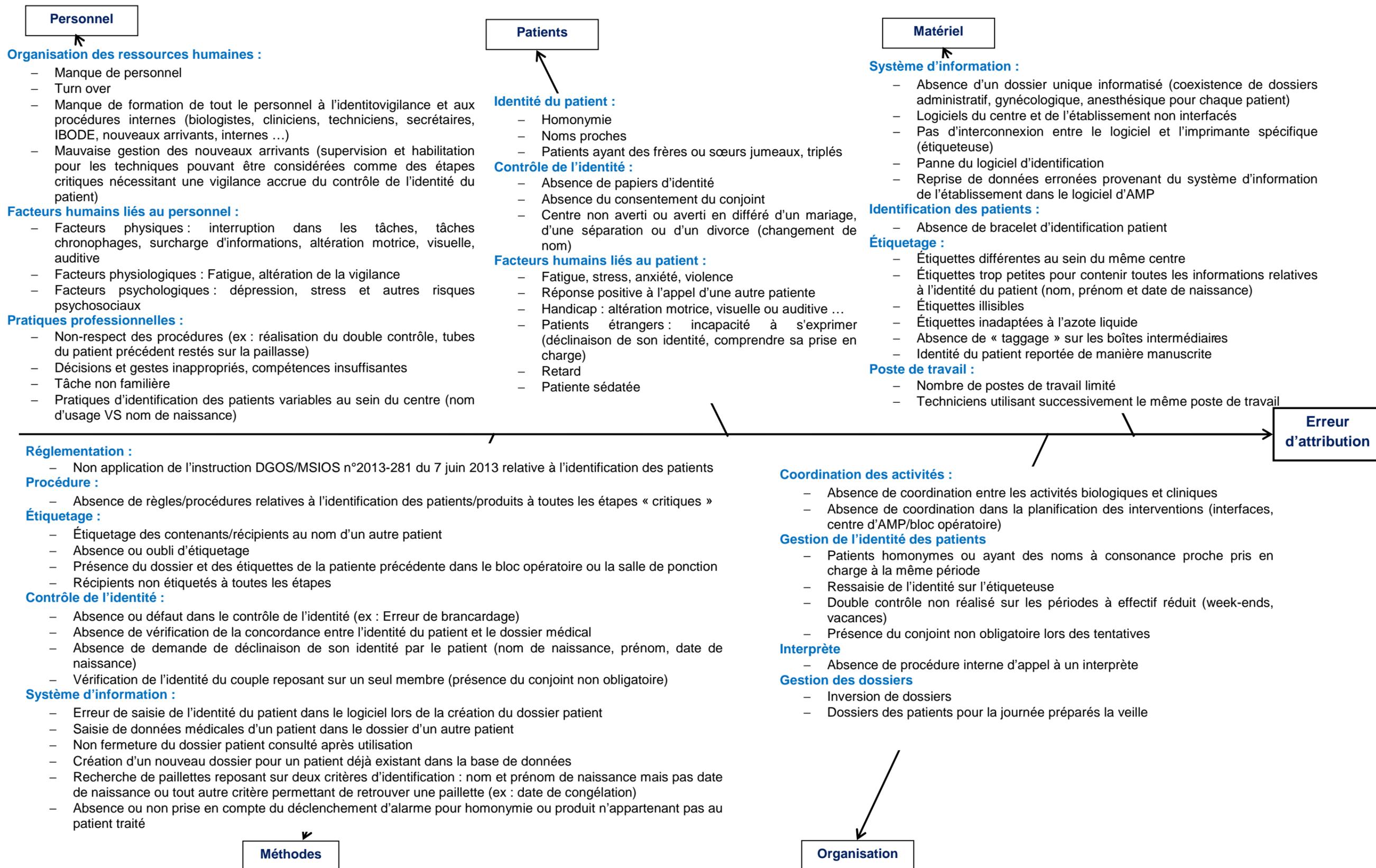
Annexe 4 : Information du patient

Annexe 5 : Gestion des usurpations d'identité



Les différentes barrières de sécurité présentées en annexe 2 sont des axes d'amélioration possibles et non exhaustifs. Les mesures à instaurer relèvent de la décision des instances administratives et médicales de l'établissement. De même, il n'est pas nécessaire de les mettre toutes en place, certaines d'entre elles étant superposables. Il appartient à chaque centre selon son activité et ses modalités de fonctionnement, de formaliser les procédures d'identification des patients et des gamètes et de définir les organisations et les méthodes propices à sécuriser la prise en charge des patients et éviter la survenue d'une erreur d'attribution.

ANNEXE 1 : DIAGRAMME CAUSES- EFFETS D'ERREURS D'IDENTIFICATION (PATIENTS, GAMÈTES OU EMBRYONS)



ANNEXE 2 : BARRIÈRES DE SÉCURITÉ « ERREURS D'IDENTIFICATION (PATIENTS, GAMÈTES OU EMBRYONS) »

IL S'AGIT DE PROPOSITIONS ISSUES DU RETOUR D'EXPÉRIENCE TIRÉES DES DÉCLARATIONS ET DE L'ANALYSE DES RISQUES A PRIORI.

Barrières de prévention	Barrières de récupération	Barrières d'atténuation
<p>Dès l'accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Information du personnel et des patients sur les règles de vérification de l'identité dans le cadre d'une prise en charge en AMP (vérifications systématiques avant chaque acte, effectuées par plusieurs personnes, information des professionnels de santé lors du constat d'une erreur) <p>A toutes les étapes de la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> Double contrôle de l'identité du patient à chaque étape « critique » de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> Présentation d'une pièce d'identité avec photo Copie de la pièce d'identité dans le dossier médical Vérification de la concordance de l'identité avec celle du dossier médical et de l'étiquetage (nom de naissance, prénom et date de naissance, photo) Demande de déclinaison de l'identité (nom de naissance, prénom et date de naissance) Mise en place d'un logiciel d'identification et de contrôle de l'identité Mise en œuvre le plus tôt possible d'un étiquetage aux noms de naissance de chaque membre du couple VS au nom de naissance du patient Vérification des étiquettes d'identification par le patient <p>Gestion des homonymies :</p> <ul style="list-style-type: none"> Système d'alerte des homonymies sur la base de données des patients (informatique, avec code couleur ou tout autre moyen de différenciation) Pas de prise en charge de patients homonymes à la même période Porter une attention particulière lors de la prise en charge le même jour de deux patients homonymes (transmission immédiate de l'information à l'équipe clinique et biologique) <p>Au bloc opératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Désignation d'une personne responsable de l'étiquetage et de la vérification de cet étiquetage Destruction des étiquettes d'identification, sorties des étiquettes non utilisées et du dossier, dès la sortie du patient <p>Entre le bloc opératoire et le laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Accompagnement du prélèvement (fiche de traçabilité du transport) <p>Au laboratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle de l'identité à la réception des tubes au laboratoire Feuille de paillasse dématérialisée Prise en charge/technique des tubes de prélèvement d'un patient après l'autre en s'assurant que le poste de travail est bien vide <p>Au moment de la recherche de produits cryoconservés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Recherche des embryons aux noms de naissance, prénoms et dates de naissance de la patiente et de son conjoint Recherche des gamètes aux noms de naissance, prénoms et dates de naissance du patient Récupération des paillettes en binôme <p>Au moment de l'insémination ou du transfert :</p> <ul style="list-style-type: none"> Double contrôle au moment du montage du cathéter Remise du cathéter identifié avec contrôle de l'identité de la patiente Conservation du cathéter dans l'emballage bien identifié Préconiser la présence du conjoint le jour de la tentative 	<p>Avant chaque acte :</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle ultime de l'identité du patient et traçabilité de ce contrôle Demande de déclinaison de son identité au patient (nom de naissance, prénom, date de naissance) En cas de doute, destruction des gamètes et/ou des embryons dont le récipient est mal étiqueté Annulation/report de la tentative en cas de doute sur l'identité du patient <p>Au bloc opératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle ultime par la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » Vérification du bracelet d'identification au bloc opératoire 	<p>En cas d'erreur avérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> Recherche de l'identité du patient/couple dont le sperme a été inséminé ou de l'embryon transféré en analysant le circuit de prise en charge le jour de l'acte Destruction des embryons issus de la fécondation croisée <p>Information et prise en charge des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> Prise en charge par l'équipe médicale des patients/couples concernés par l'erreur et traçabilité de cette prise en charge dès la constatation d'une erreur d'identification : <ul style="list-style-type: none"> Information et accompagnement psychologique des couples concernés Prise en charge thérapeutique appropriée (ex : lavage de la cavité utérine, proposition de prescription contrôlée d'un anti-nidatoire ou d'un traitement abortif) Suivi du taux de βHCG Organisation de la prise en charge d'une future tentative Information et accompagnement psychologique de l'équipe médicale <p>Gestion de l'incident :</p> <ul style="list-style-type: none"> Signalement interne dès la constatation d'une erreur d'identification (fiche d'événement indésirable) Signalement à la direction de l'établissement dès la constatation d'une erreur d'identification ayant entraîné une erreur d'attribution ou la perte de chance de procréation d'un patient ou couple Déclaration à l'AMP vigilance par le correspondant local d'AMP vigilance dès la constatation d'une erreur d'identification et information des patients de l'existence de cette déclaration Choix des actions de réduction des risques Cellule de crise : rappel des procédures, mesures préventives et correctives, revue de morbidité mortalité (RMM), retour d'expérience ... Retour d'expérience dans l'établissement de santé (cellule qualité ou gestion des risques, comité de coordination, ...)

ANNEXE 3 : DÉFINITIONS DES OUTILS

- **La fiche d'identification du patient/couple** : Cette fiche suit le couple de l'accueil jusqu'à l'insémination/transfert où chaque étape clé fait l'objet d'une identification et d'une validation qui conditionne la poursuite du parcours. Elle est datée et signée après chaque vérification de l'identité du patient. Cette fiche est conservée dans le dossier du patient selon des modalités pratiques définies par le centre.

- **La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »** (élaborée par la HAS) : Son utilisation est obligatoire depuis le 1er janvier 2010. Elle contribue à sécuriser la prise en charge du patient. Cette check-list comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale, incluant l'identification du patient. Les items concernés sont : la vérification de l'identité du patient avant induction anesthésique (déclinée par le patient lui-même) puis avant intervention chirurgicale, et la confirmation de l'étiquetage des prélèvements après l'intervention (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire).

- **La fiche de traçabilité/feuille de paillasse** : Cette fiche accompagne tout prélèvement de gamètes ou de tissus germinaux et tout déplacement de gamètes, de tissus germinaux et d'embryons. Sont renseignés, notamment dans le cas du prélèvement : l'identité du patient, son heure d'arrivée et de sortie et le nombre de tubes prélevés. Une copie est conservée dans le dossier du patient. Elle figure dans les règles de bonnes pratiques dans le paragraphe concernant la traçabilité des gamètes. (RBP : § I-1.5.)

- **Le bracelet d'identification** : Ce bracelet renseigne les éléments permettant l'identification du patient (nom, prénom, date de naissance et toutes autres informations importantes pour la prise en charge médicale). Il peut être plus particulièrement proposé au patient pris en charge au bloc opératoire.

ANNEXE 4 : INFORMATION DES PATIENTS

Un événement indésirable survenant lors de la prise en charge de patients/couples dans le cadre des activités d'assistance médicale à la procréation peut affecter les chances de procréation d'un patient/couple et avoir des répercussions physiques, psychologiques, voire sociales et matérielles.

Suite à la survenue d'un événement indésirable, une concertation collégiale et pluridisciplinaire doit avoir lieu très rapidement afin de décider des modalités et du contenu de l'information à délivrer aux patients/couples concernés. La décision est prise au cas par cas.

La situation doit être analysée selon la gravité de l'erreur (mauvais étiquetage d'un tube qui a conduit à la destruction de gamètes ou transfert d'un embryon non attribué à la patiente), en prenant en compte l'avis du psychologue et/ou des médecins qui ont connaissance de l'état psychologique des patients/couples.

Il est précisé dans l'article L. 1142-4 de la loi n°2002-303 que « *Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou à sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.* »

Il est important d'être transparent en donnant aux patients, sans délai, une information claire et loyale. La sincérité, l'écoute et l'empathie sont essentielles dans l'attitude à adopter lors de l'entretien avec le couple.

Il est donc important :

- D'informer sur les faits connus
- D'expliquer les causes et les conséquences pour le devenir du patient
- De présenter les mesures correctrices à mettre en place
- De reconnaître l'erreur
- D'exprimer ses regrets, voire ses excuses en cas d'erreur avérée
- De proposer un soutien psychologique au couple
- De faire un compte rendu avec l'équipe pluridisciplinaire sur l'entretien
- De proposer un nouvel entretien avec le couple pour l'informer du suivi des investigations, des mesures correctrices prises et des futures actions préventives à mettre en place pour empêcher la reproduction de cette erreur
- De tracer les échanges avec le couple dans le dossier médical
- De discuter de la prise en charge des tentatives ultérieures
- De signaler qu'une déclaration sera faite à la direction de l'établissement et à l'Agence de la biomédecine dans le cadre de l'AMP vigilance.

Annoncer un dommage participe donc à la prise en considération du patient/couple à reconnaître sa souffrance, ce qui contribue à maintenir la confiance entre l'équipe soignante, l'établissement et le patient/couple. Cela contribue également à limiter les poursuites judiciaires, le cas échéant. La Haute Autorité de Santé a publié un guide « Annonce d'un dommage associé aux soins » en mars 2011 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_953138/fr/annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins)

ANNEXE 5 : GESTION D'UNE USURPATION D'IDENTITÉ

Pour rappel, l'usurpation d'identité est le fait de prendre délibérément l'identité d'une autre personne vivante, généralement dans le but de réaliser des actions frauduleuses commerciales, civiles ou pénales.³ C'est une infraction qui est prévue et réprimée comme mentionnée aux articles 226-4-1 et suivants du Code pénal : « *Le fait d'usurper l'identité d'un tiers ou de faire usage d'une ou plusieurs données de toute nature permettant de l'identifier en vue de troubler sa tranquillité ou celle d'autrui, ou de porter atteinte à son honneur ou à sa considération, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »

L'usurpation d'identité est un délit.

Appliquée au domaine de la santé, **il s'agit d'une action volontaire** d'un individu visant à utiliser l'identité d'une autre personne, notamment dans le but de bénéficier de sa couverture sociale. L'usurpation d'identité fait courir des risques à la fois⁴ :

- À la personne soignée (le professionnel de santé ne dispose pas des bons éléments pour la soigner) ;
- À la personne dont l'identité a été usurpée (de nouveaux éléments qui ne correspondent pas à sa situation médicale seront inscrits dans son dossier et peuvent s'avérer dangereux à l'occasion d'une prise en charge ultérieure).

Une procédure spécifique de « Gestion d'une suspicion ou d'une usurpation d'identité » peut être mise en place afin de définir la conduite à tenir face à cette situation.

En fonction de la taille de la structure de santé, de la nature des prises en charge et des risques identifiés, un certain nombre de procédures opérationnelles doivent être formalisées et mises en application par tous les professionnels de santé, en application de la charte d'identitovigilance. Ces procédures peuvent être mises en œuvre à l'issue de l'analyse réalisée dans le cadre de la cartographie des risques du centre d'AMP ou du centre d'Insémination Artificielle (IA).

Dans tous les cas, s'il y a une suspicion d'usurpation⁵, il faut :

- Faire un signalement au responsable du centre d'AMP, au référent identitovigilance ou au comité d'identitovigilance de l'établissement ;
- Sensibiliser le patient aux risques encourus en usurpant l'identité d'un autre patient et l'informer que l'établissement portera plainte contre lui en cas d'usurpation avérée ;
- Prévenir le personnel des admissions, des secrétariats clinique et biologique et des services de soins qui vont enregistrer une nouvelle identité de ce patient « usurpateur » en utilisant la procédure « Patient à l'identité inconnue ou incertaine » afin d'éviter tout risque de collision avec le dossier d'un autre patient ;
- Reporter ou annuler la prise en charge d'un patient s'il existe un doute concernant son identité.

Dans cette procédure, il est également recommandé de faire un point spécifique sur la prise en charge d'un patient dans le cadre de la préservation de la fertilité car la gestion de cette suspicion ou usurpation d'identité se ferait dans un contexte d'urgence.

Exemples de pratiques dans certains établissements de santé pour lutter contre l'usurpation d'identité :

- Mettre une phrase dans le livret d'accueil des patients rappelant que l'usurpation d'identité est un délit ou crée un dysfonctionnement dont les conséquences peuvent être dramatiques pour la santé des personnes concernées (usurpateur/usurpé) ;
- Rappeler aux patients que son identification à partir d'une pièce d'identité par le personnel peut être réalisée à tout moment de sa prise en charge, de son entrée jusqu'à sa sortie de l'établissement ;
- Réaliser des affiches de sensibilisation avec les slogans suivants :
 - « Une identité vérifiée (avec une pièce d'identité et une carte vitale au nom du même patient) = un risque médical évité »
 - « Le bon soin au bon patient : mon identité c'est ma sécurité ».⁶

³ <https://www.france-victimes.fr/index.php/categories-inavem/105-actualites/708-l-usurpation-d-identite-comment-la-prevenir-comment-reagir>

⁴ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/identitovigilance-au-coeur-de-la-securite-des-soins>

⁵ Conduite à tenir en cas d'usurpation d'identité : <https://www.starags.com/copie-de-gt-grifex>

⁶ Exemples d'affiches de sensibilisation : <http://grives-paca.org/sensibiliser/affiches-sensibilisation>

3. BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA BIOMÉDECINE (France). Rapport annuel sur le dispositif de vigilance relatif à l'assistance médicale à la procréation 2012 à 2019. Agence de la biomédecine

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé, juillet 2000. Site has-sante.fr

Décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale

DESROCHES, A., LEROY, A., VALLÉE, F. La gestion des risques (3ème édition). Paris : Lavoisier, 2015, 291p.

Directive 2006/17/CE de la commission du 8 février 2006 portant application de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au don, à l'obtention et au contrôle de tissus et de cellules d'origine humaine

Directive 2006/86/CE de la commission du 24 octobre 2006 portant application de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les exigences de traçabilité, la notification des réactions et incidents indésirables graves, ainsi que certaines exigences techniques relatives à la codification, à la transformation, à la conservation, au stockage et à la distribution des tissus et cellules d'origine humaine

France. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 30 juin 2017 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 modifié relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation. Journal officiel, n°0159, 8 juillet 2017, texte n°20

France. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Décret n° 2016-1622 du 29 novembre 2016 relatif aux dispositifs de biovigilance et de vigilance en assistance médicale à la procréation. Journal officiel, n°0278, 30 novembre 2016, texte n°39

France. Ministère des affaires sociales et de la santé. *Instruction DGOS/MSIOS n°2013-281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins*. BO Santé – Protection sociale – Solidarité, n°2013/8, 15 septembre 2013, 3p.

Haut conseil de la santé publique. Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients. Principes et préconisations. Novembre 2011. Site hcsp.fr consulté le 4 janvier 2012: 64 pages

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (France). Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. [en ligne]. Haute Autorité de Santé, mars 2012, 219p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

Haute autorité de santé "Check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" version 2011- 01". Site has-sante.fr consulté le 4 janvier 2012 : 1 page.

Haute autorité de santé. Guide "annonce d'un dommage associé aux soins", mars 2011. Site has-sante.fr consulté le 4 janvier 2012: 64 pages.

Larue L. "Traçabilité en assistance médicale à la procréation", *Andrologie* 2000 ; 10 (4) : 384-387

Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique

Reason J. "Human error models and management". *BMJ* 2000 ; 320 : 768-70

Roussel P, Moll M-C, Guez P. "Méthodes et outils essentiels de la gestion des risques en santé ; Étape 2 : Identifier les risques a priori", *Risques & Qualité* 2007, 4 (4) : 239-247