UMONS
Université de Mons

Gestion des risques liés à l'identification de patients

Dr Lahcen El Hiki

17 mars 2015

risques
INSTITUT DE RECHERCHE EN SCIENCES ET MANAGEMENT DES RISQUES DE L'UMONS

Plan

- ✓ Contexte
- ✓ Gestion des risques : analyse a priori et a posteriori
- ✓ Exercice
- ✓ Facteur humain
- ✓ Conclusions

Erreurs d'identification : pourquoi ?

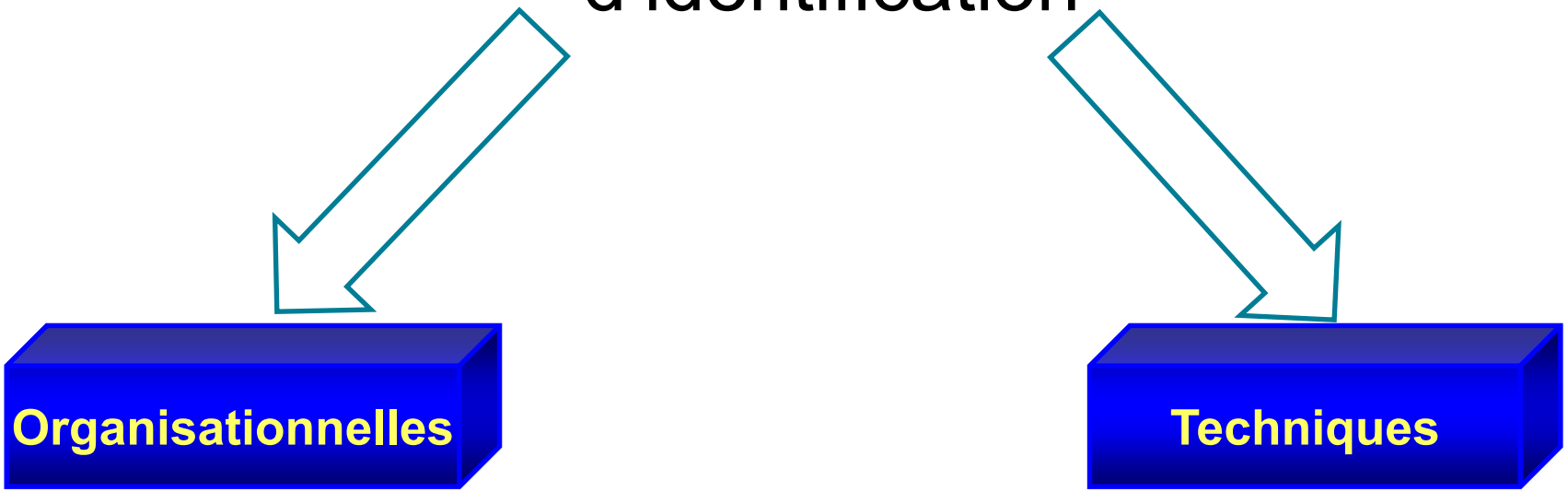
- ✓ Pourquoi achemine-t-on un patient au bloc opératoire à la place d'un autre ?
- ✓ Pourquoi réalise-t-on un examen radio pour un patient à la place du vrai patient ?
- ✓ Pourquoi un patient consulte un médecin à la place du vrai patient ?
- ✓ …

Erreurs

- Médicaments
- Examen biologie clinique
- Procédure sur mauvaise personne

Erreurs d'identification : pourquoi ?

Les erreurs d'identité sont induites par les nombreuses vulnérabilités du système d'identification



Erreurs d'identification : pourquoi ?

- ✓ Complexité et transversalité des processus hospitaliers
- ✓ Grande diversité de patients
- ✓ Complexité des interventions pour chaque patient
- ✓ Interventions dans des services différents et par des équipes différentes
- ✓ Volume et cadence d'activités : incertains
- ✓ Croissance des défaillances techniques et technologiques
- ✓ Prévalence du Turn over auprès du personnel soignant.

Risque

Root Cause Information for Wrong-patient, Wrong-site, Wrong-procedure Events Reviewed by The Joint Commission

2004 through 2Q 2014 (N=1071) ***The majority of events have multiple root causes***	
Leadership	865
Communication	726
Human Factors	722
Information Management	382
Assessment	378
Operative Care	342
Physical Environment	97
Patient Rights	63
Anesthesia Care	52
Continuum of Care	39

The Joint Commission

DELAPERCHE F et al., *Chronique d'un malentendu en psychiatrie.* Risques & Qualité , Vol. VII, n° 3, p. 269-289. 2003.

Identitovigilance = gestion des risques

Identitovigilance : Système de surveillance et de prévention des erreurs lèes à l'identification de patients

Identitovigilance : **Système de gestion des risques.**

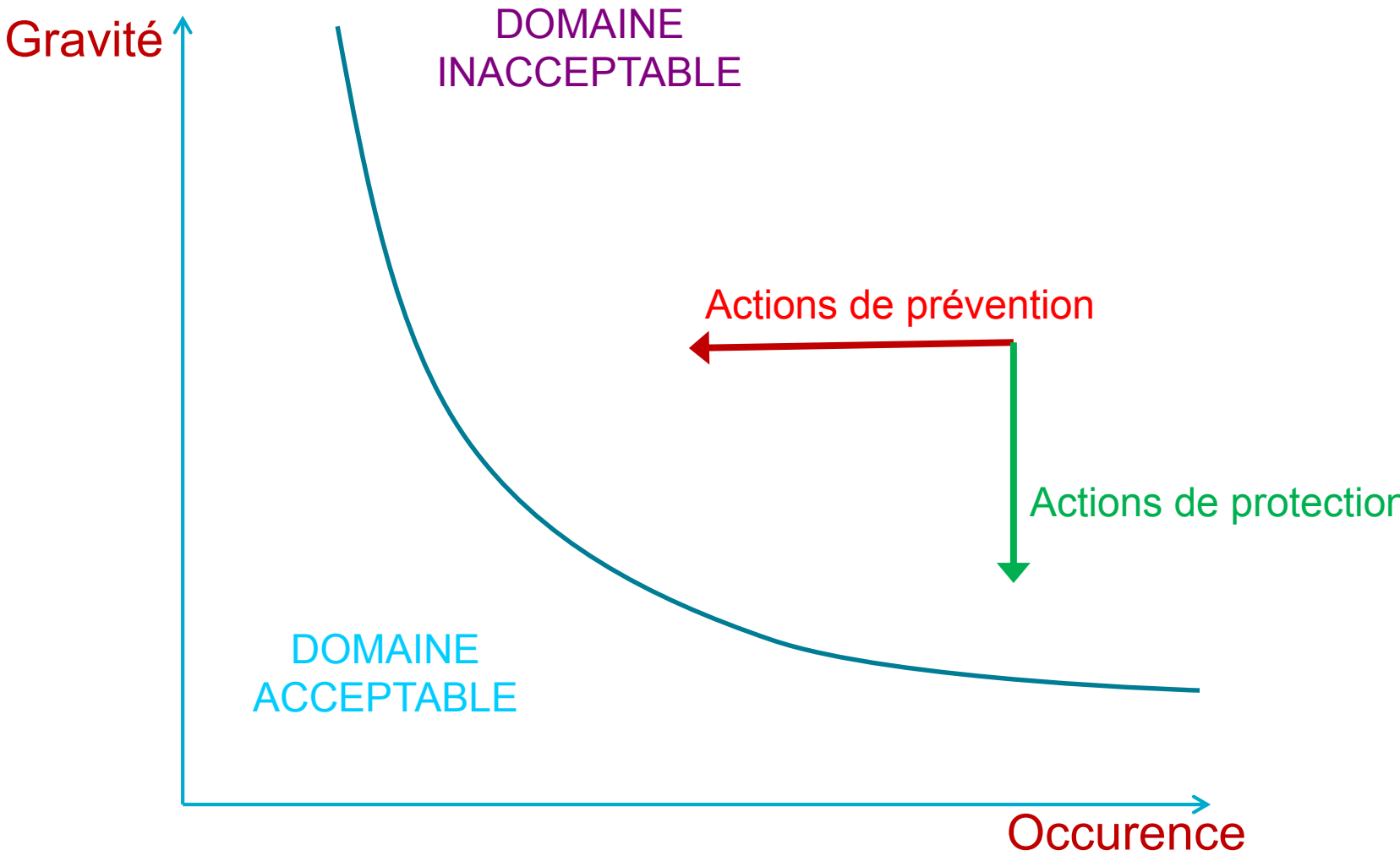
Risque : définition

HAS (2003) :

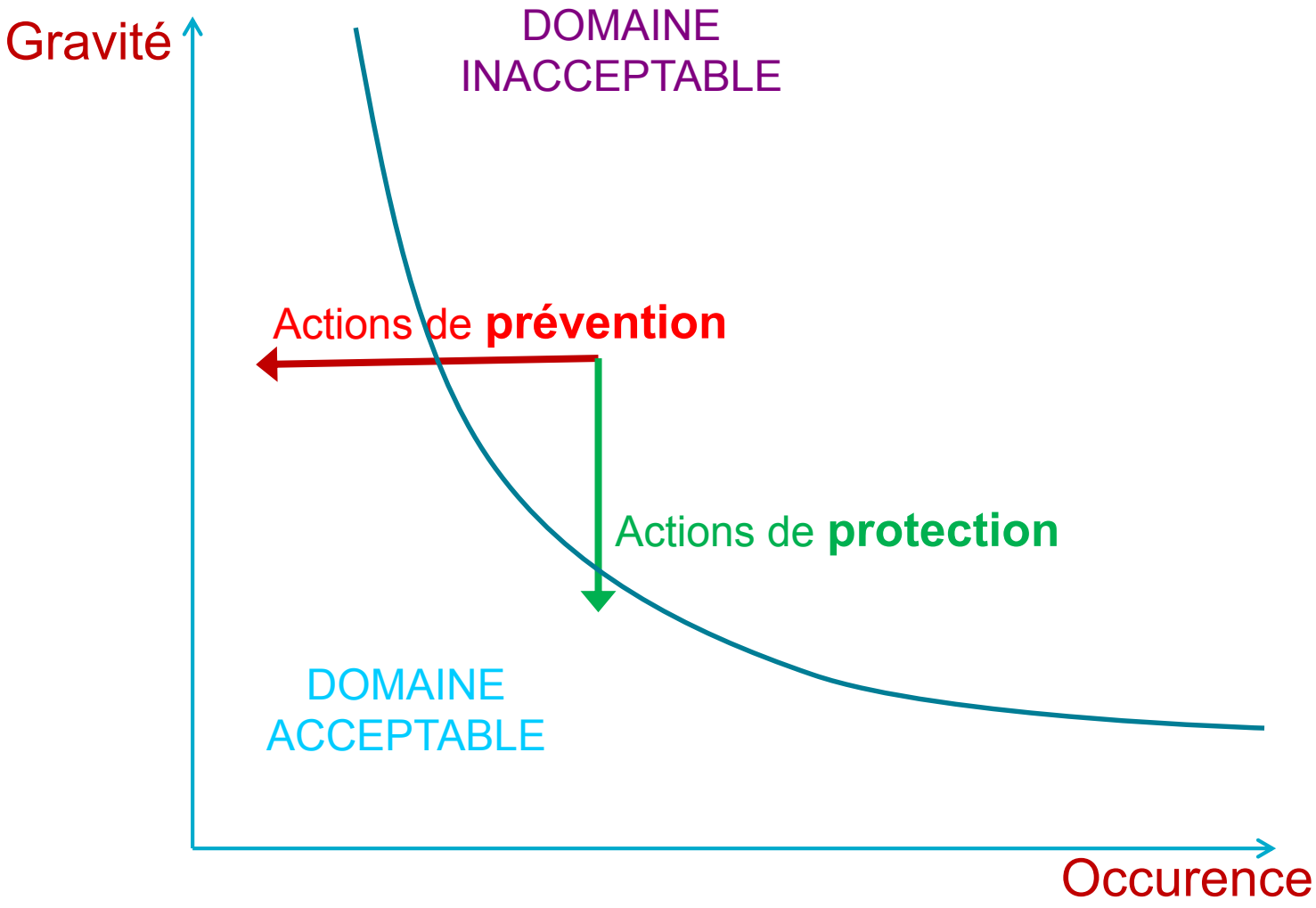
Situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine.

ANAES. *Principes méthodologiques pour la gestion des risques dans les établissements de santé*, www.has-santé.fr. 2003

Risque : deux dimensions (G et O) - Graphe de FARMER



Risque : deux dimensions (G et O) - Graphe de FARMER



Risque : deux approaches indissociables

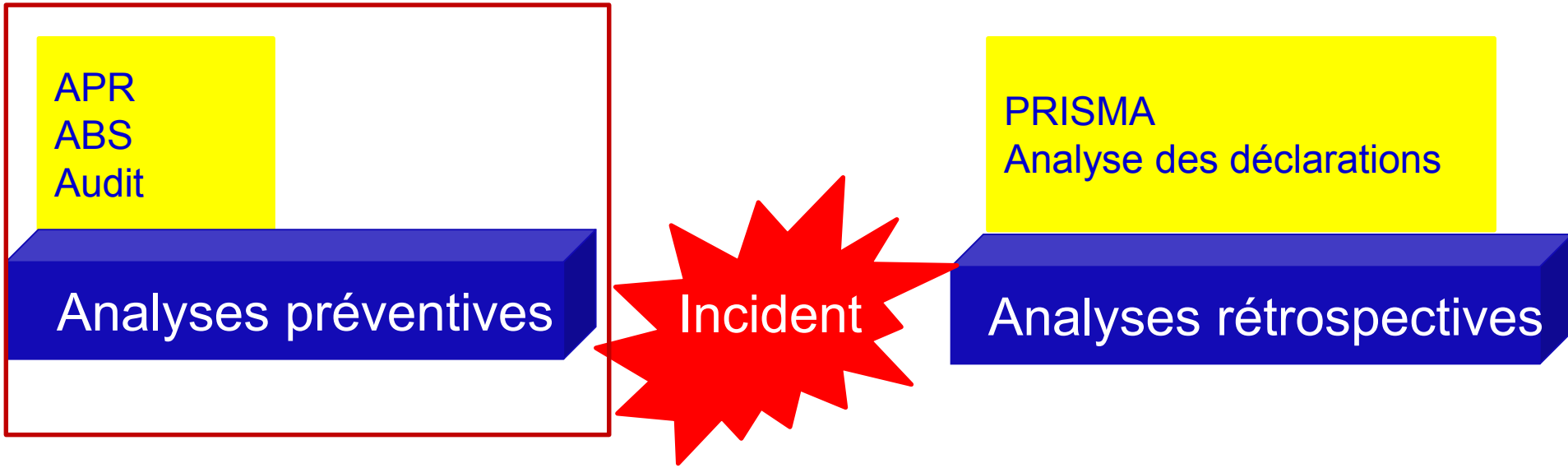
- Approche proactive (Prévention)
  - Analyse a priori des situations dangereuses et des vulnérabilités

  .

- Approche réactive (Protection)
  - Analyse a posteriori des incidents survenus ou avérés.

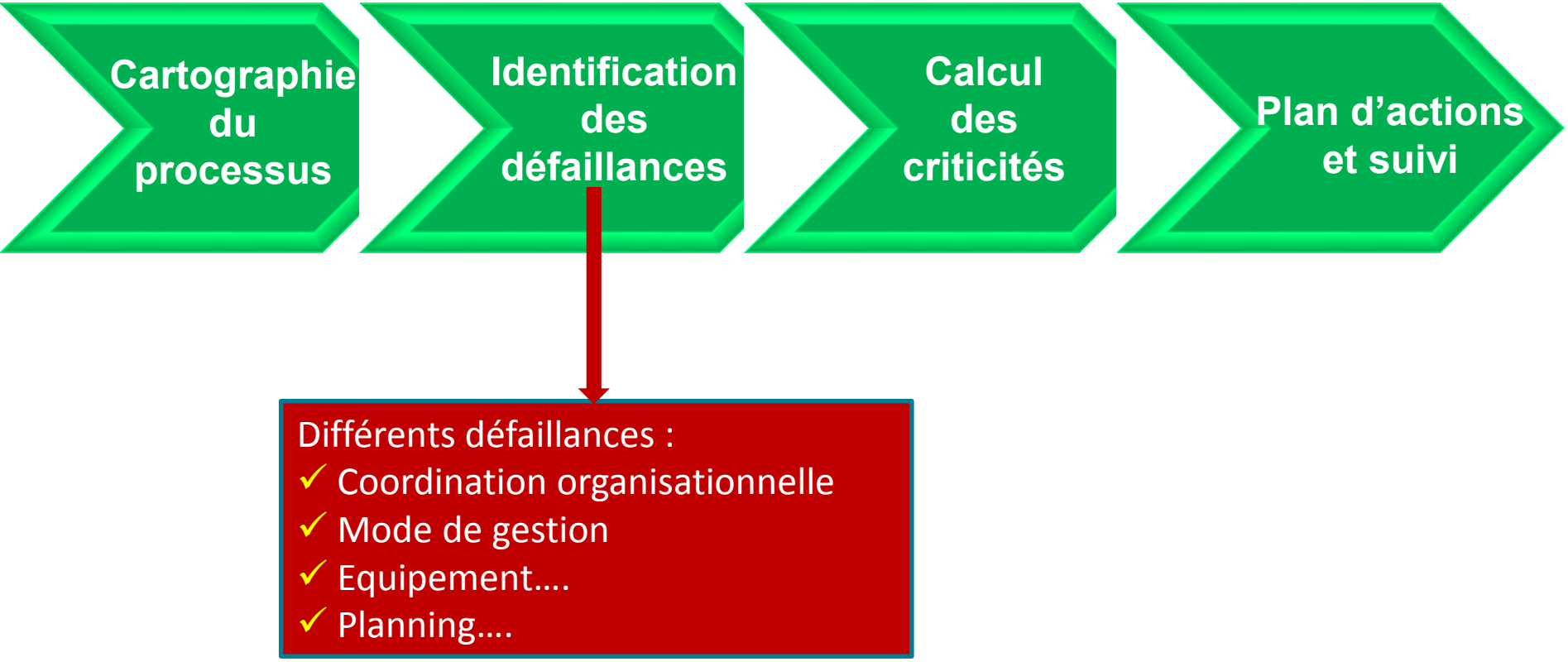
FRORTER D., *Gestion des risques associés aux soins ; retour d'expérience.* Journée Qualité et Sécurité de Patient organisés par l'ARS du Languedoc-Roussillon, IFSI du CHU de Montpelier, Montpelier , 26 novembre 2012.

Management des risques : approche équilibrée



El HIKI. L., DELVOSALLE. C., *Dynamique des barrières de sécurité dans les systèmes sociotechniques: vers un nouveau paradigme. Cas des organisations hospitalières.* Présentation à IEEE-IMSLT (First International Conference on Mobility, Security and Logistics in Transport), Hammamet, Tunisie, 31 mai-03 juin, 2011.

Analyse a priori : APR



Morelli, P. A, Vinci. L, Galetto. G, Magon. V, Maniaci et G Banfi. *FMECA methodology applied to two pathways in an orthopaedic hospital in Milan*. J.Prev Med Hyg., 2007., 48:54-9.

Méthodologie APR

	Parcours	Processus identifiés	Criticité	Défaillance
n° 1	Imagerie	Service imagerie	20	Le patient descendu par le brancardier n'est pas identifiable
			12	L'identité du patient est erronée
		Imagerie aux urgences	10	Le patient ne présente pas les pièces demandées au secrétariat
		Médecine nucléaire	12	Le patient descendu par le brancardier n'est pas identifiable
			12	Le patient qui se présente n'est pas le patient prévu pour l'examen
			10	L'identité du patient n'apparaît pas OU discordance d'identité
n° 2	Chirurgie	Hospitalisation	15	Dossier incomplet
			12	Le patient qui se présente n'est pas le patient prévu pour l'intervention
			12	Le patient descendu n'est pas identifiable
		Consultation externe	15	Le patient n'est pas identifiable

Gillet. C., C. Monnier., E. Petit., *Sécurisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge lors de son parcours de soins*, Risques & Qualité, Vol.10, n.2, 2013.

Cartographie des risques

Le groupe de travail détermine pour chaque risque:

- Les causes possibles
- Les conséquences potentielles
- La criticité du risque cotée en fonction de la fréquence d'exposition et de gravité

Niveau de gravité	Exemple d'impact
1 (bénin, dommage mineur)	Aucun impact
	Impact économique mineur
	Impact organisationnel mineur
2 (peu grave, dommage modéré)	Retard/Défaut de prise en charge sans conséquence pour le patient
	Retard/Défaut de prise en charge modérément aggravant pour le patient
3 (grave, dommage important)	Préjudice moral pour le patient (plainte, réclamation)
	Complication sans séquelle (hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation,)
	Complication avec séquelle (hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation,)
4 (catastrophique, dommage majeur)	Engagement du pronostic vital
	Décès du patient

Niveau de fréquence	Exemple de probabilité
1 (rare, peu fréquent)	Exceptionnel
	1 fois par an
	1 fois par semestre / trimestre
2 (occasionnel, peu fréquent)	1 fois par mois
	2 fois par mois
3 (souvent, fréquent	1 fois par semaine
	2 à 3 fois par semaine
	Quotidiennement
4 (quotidien, très fréquent)	Plusieurs fois par jour
	A chaque patient entrant

Détermination de de criticité et hiérarchisation des risques

Permet au groupe de travail de prendre conscience de tous les risques et de leurs conséquences

- Utilisation de la matrice de criticité

Fréquence x Gravité = Criticité

Gravité →

Fréquence ↓

1	2	3	4
2	4	6	8
3	6	9	12
4	8	12	16

1) Définition du niveau de criticité
2) Hiérarchisation du risque
3) Priorisation des actions

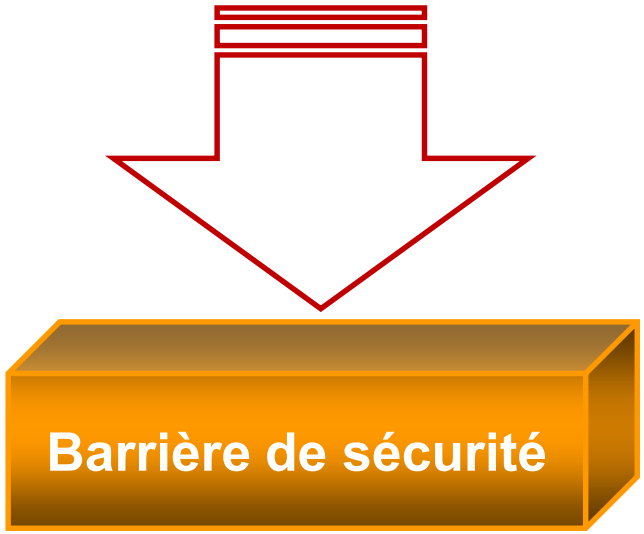
Plan d’actions

- ✓ Elaborer le portefeuille d’actions pour éliminer les causes des défaillances inacceptables
- ✓ Différentier les actions métiers et les actions transversales
- ✓ Identifier le QQOCQP et élaborer un plan de suivi de réalisation
- ✓ Verrouiller l’étude
- ✓ Capitaliser le projet.

Analyse a priori : Barrières de sécurité

Nécessité de mettre en place des dispositifs efficaces pour :

- ✓ prévenir les incidents (a priori)
- ✓ protéger le patient des conséquences de l'incident.



Qu’est ce qu’une barrière de sécurité ?

Une **procédure** ou un **élément** matériel destiné à **interrompre** ou à **modifier** le scénario d’un incident de manière à réduire soit la **fréquence,** soit les **conséquences**.

CRAIN, séminaire sur l’aménagement du territoire et les risques industriels majeurs. ville.montreal.qc.ca. 2008

Modes d'action de la barrière de sécurité

La barrière de sécurité peut avoir un impact sur :

- ✓ l'occurrence : barrière préventive (prévenir)
- ✓ l'intensité des effets : barrière de récupération (récupérer)

Fonctions des barrières de sécurité :

- ✓ les barrières de prévention : empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident (ex : former le personnelle, port de bracelet, signaux d'alerte doublons dans le logiciel, audits réguliers),

- ✓ les barrières de récupération : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences (ex : vérification systématique avant chaque soin, double vérification, question ouverte …),

Guide HAS pour la sécurité de patients. www.has.fr. 2012.

Types de barrières de sécurité

- ✓ Barrières humaines : vigilance, anticipation, vérification, récupération….
- ✓ Barrières techniques :
  - Bracelet d'identification
  - Alerte et blocage logiciel
- ✓ Barrières organisationnelles : bonnes pratiques, recommandations, procédures et protocoles, check-list, programme de formation, organisation du travail, contrôle des données, …)

Evaluation de la robustesse de la barrière de sécurité

- ✓ Efficacité : aptitude de la barrière à remplir sa propre fonction (prévenir, récupérer, protéger)
- ✓ Temps de réponse : intervalle temporelle qui se déroule entre le moment où la barrière est sollicitée et le moment où elle réalise sa fonction
- ✓ Fiabilité: capacité de la barrière à réaliser sa fonction en mode dégradé.

INERIS, *Evaluation des performances des Barrières Techniques de Sécurité (DCE DRA-73)*. www.ineris.fr. 2008

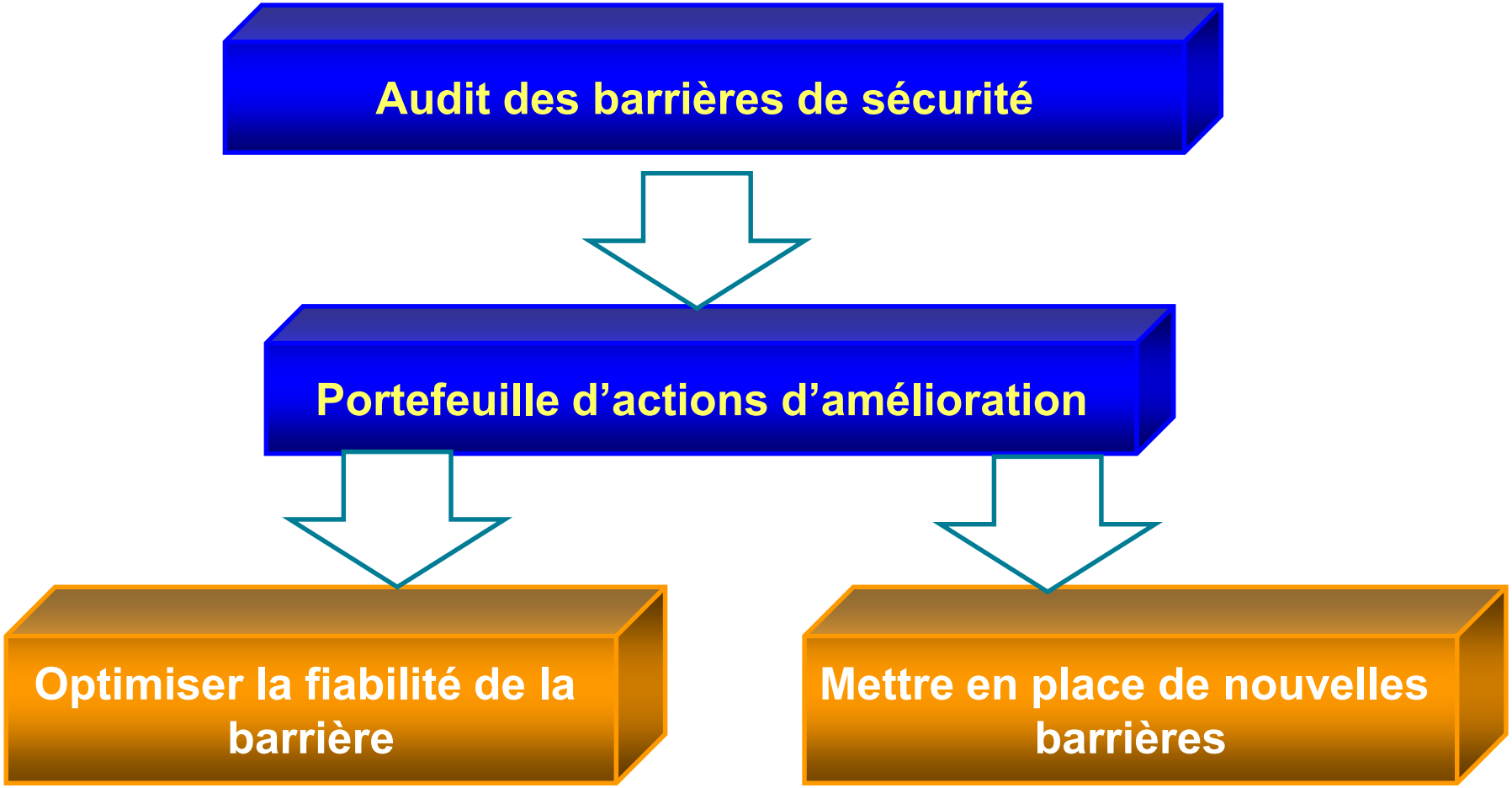
L’audit des barrières de sécurité

Revue/vérification systématique et régulière de la robustesse de chaque barrière de sécurité. Il s’agit d’une vérification de l’écart entre son fonctionnement réel et les spécifications relatives à sa fonction.

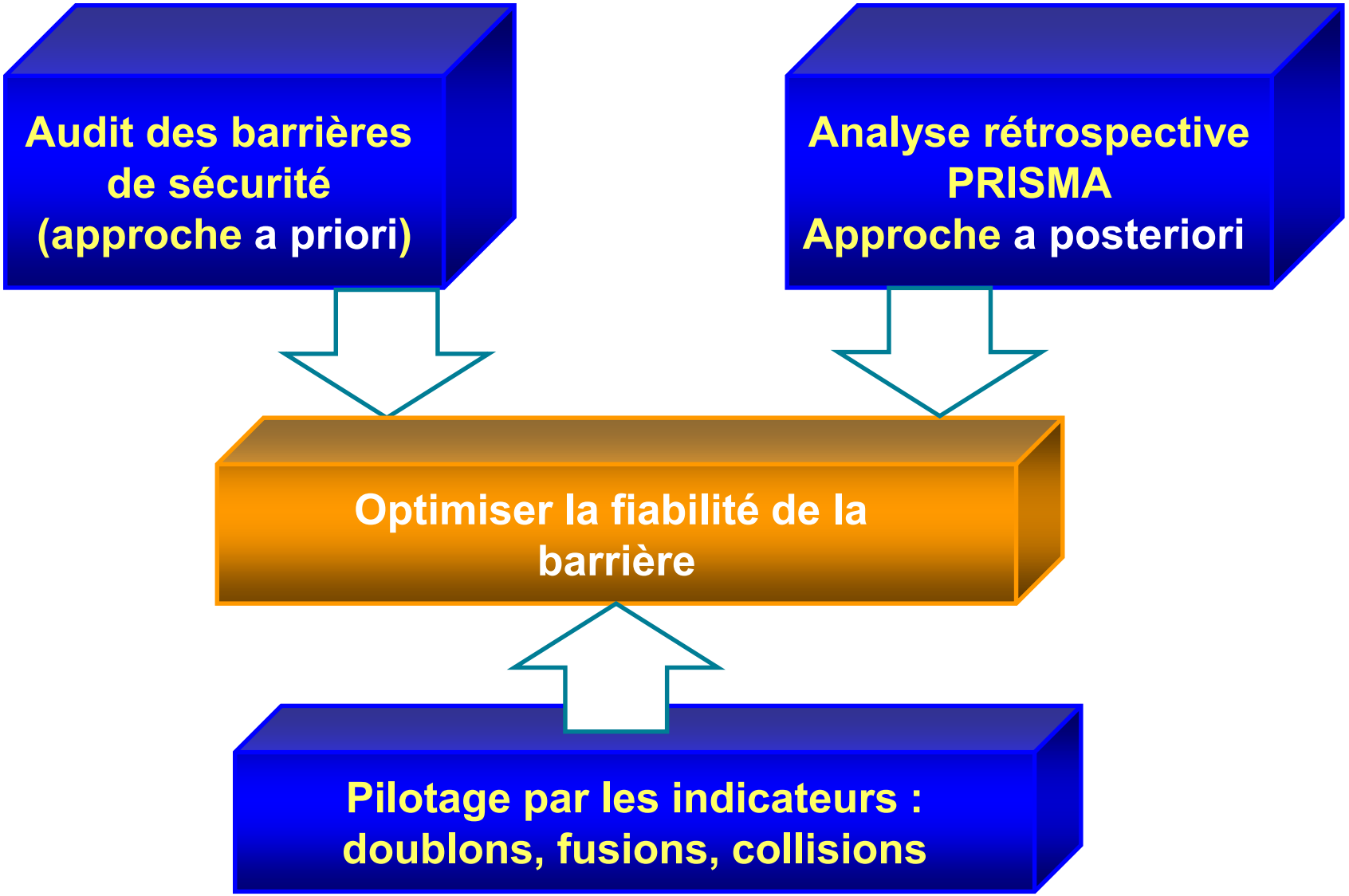
Méthodologie d'audit des barrières de sécurité (Modèle ABS)©

- ✓ Cartographier le processus cible (processus à risque)
- ✓ Identifier les différentes barrières par activité
- ✓ Ecarter les barrières de sécurité obsolètes
- ✓ Analyser la robustesse des barrières encore fonctionnelles
- ✓ Si besoin, mettez en place de nouvelles barrières.

Amélioration de la robustesse des barrières de sécurité



Amélioration continue des barrières de sécurité



UMONS
Université de Mons

MERCI

Dr Lahcen El Hiki

17 mars 2015

risques
INSTITUT DE RECHERCHE EN SCIENCES ET MANAGEMENT DES RISQUES DE L'UMONS