Mise en place et déploiement de l'identitovigilance dans les petites et moyennes structures hospitalières

Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé

Registre électronique des Arrêts Cardiaques

Joséphine ESCUTNAIRE

Recommandations

Recommandations de l'OMS[1] dans le cadre de l'identitovigilance

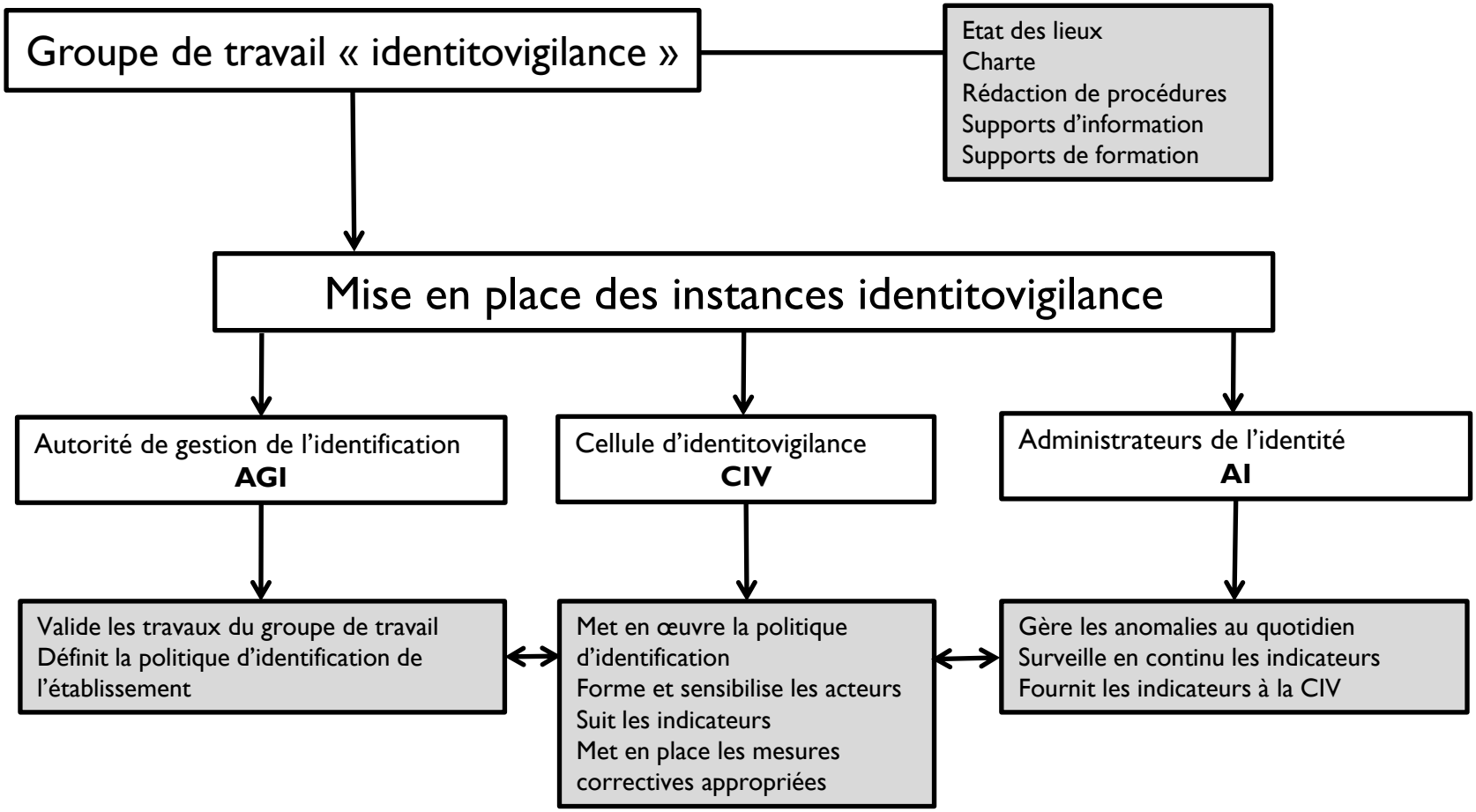
- Responsabilisation du personnel soignant
- Vérification de l'identité avec au moins 2 éléments d'identification
- Normalisation des méthodes d'identification (bracelet, biométrie…)
- Création de protocoles adaptés aux situations particulières (patients ne pouvant s'exprimer, homonymes…)

Organisation mondiale de la Santé

- Encourager les patients à participer au processus
- Former les professionnels **soignants et non-soignants**
- **Eduquer les patients sur l'importance de leur bonne identification**

[1] Organisation Mondiale de la Santé, des solutions pour la santé des patients, Mai 2007

Organisation recommandée[2] pour la mise en place de l'identitovigilance



[2] Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé, Groupe de travail de la CCREVI, Juillet 2009, Midi-Pyrénées

Spécificités d'une petite ou moyenne structure sanitaire

Joséphine ESCUTNAIRE

Spécificités d'une petite ou moyenne structure sanitaire

- Petite structure sanitaire <100 Lits
- Moyenne structure sanitaire 100-300 Lits
  - Principalement:
    - Hôpitaux locaux
    - Cliniques MCO
    - Etablissements de type SSR ou USLD
    - Etablissements de lutte contre les maladies mentales
  - Plusieurs implications:
    - Moyens financiers inférieurs
    - Moyens humains inférieurs
    - Cellule qualité souvent inexistante =>RAQ/GR
    - Pas d'expert/direction en systèmes d'information

Analyse critique des recommandations : Normalisation des méthodes d'identification

Biométrie:

- CNIL limitant l'usage de la biométrie
- Usage des empreintes expérimental
- Coût important de la pratique (ex: COL =>30 000 euros)
- Nécessite un SI fiable et performant

Bracelets d'identification:

- Transposable, réticences personnel et patients similaires aux grandes structures
- Déploiement adapté // taille et moyens

Analyse critique des recommandations : Groupe de travail

Chef de projet:

- Pas de cellule qualité
- RAQ/GR déjà missionné sur plusieurs projets
- RAQ/GR parfois sur plusieurs sites à la fois
- Pas d'expert en SI

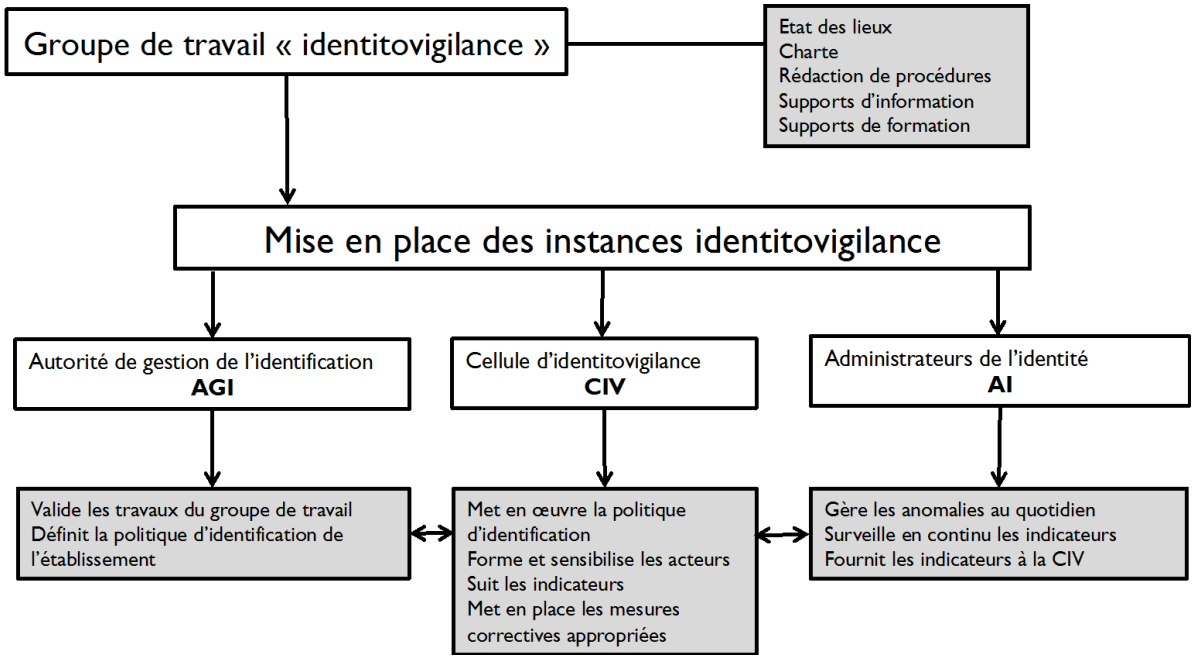
Groupe de travail:

- Etat des lieux (organisationnel et technique) difficile car nombreux prestataires
- Pas d'expert en SI

Analyse critique des recommandations : Instances à créer

Création d'instances:

- Nb d'instances obligatoires déjà important // taille de la structure (CST, HémoV, CHSCT…)
- Participation des mêmes personnes à plusieurs instances



Analyse critique des recommandations : Procédures

Elaboration de procédures:

- Transposable aux petites et moyennes structures

Politique d'identification:

- Envisageable telle que recommandée mais méthodes différentes

Elaboration d'indicateurs:

- Indicateurs type EI relatifs à l'IdV: Transposable aux petites structures si sensibilisation efficace et si le SI le permet
- Indicateurs type taux de doublons: Transposable aux petites structures si sensibilisation efficace et si le SI le permet
- Indicateurs type taux de fusion: Transposable aux petites structures si sensibilisation efficace et si le SI le permet

Analyse critique des recommandations : Pérennisation de la démarche

Formation du personnel:

- Transposable globalement
- Besoin de personnes « ressources » souvent extérieures à la structure

Sensibilisation des patients:

- Transposable globalement
- Besoin de personnes « ressources » souvent extérieures à la structure

Solutions et mise en œuvre proposées

Proposition de solutions adaptées

V2010 ➔Obligation de mettre en place des EPP pluridisciplinaires

V2014➔ IdentitoV = 1 des 12 thèmes explorés

Solution proposée	Mise en place adaptée

- *Démarche d'analyse d'une pratique professionnelle ou d'une activité en référence à des recommandations professionnelles, selon un protocole explicite comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration (H.A.S. – 2005)*

  - Assurer la fiabilité de l'identification et des documents concernant le patient

nsable

de

ce »

méthodologie à n oeuvre

Désignation du responsable

Missions du responsable:

- Pilote le projet
- Déterm[illegible] de la méthodologie
- Forme [illegible] groupe de travail
- Centralise l'information recueillie

Quel rôle pour le RAQ/GR?

Reste en soutien, suit le projet

Assure un accompagnement méthodologique

Propose une composition du groupe de travail

- Personnel motivé délégué par le RAQ/GR (médical, paramédical, administratif…)

Constitution du groupe de travail

Qui compose le groupe de travail:

- Généralement le RAQ/GR propose une composition
  - Sait piloter une EPP
  - Sait identifier les individus impliqués et motivés
  - Sait qui peut être membre permanent/occasionnel
  - Sait comment intégrer les différents corps de métier

Quelle composition:

- Personnel d'accueil, admissions, facturation
- Personnel responsable du SI (si applicable), et du département d'information médicale
- Personnel des unités de soin
- Personnel des secteurs interventionnels

Points particuliers:

Plusieurs représentants d'un même service peuvent-ils participer?

➔Oui, à tour de rôle

- Planification facilitée
- Dynamique autour de la démarche

Quid des prestataires?

➔Oui, à titre ponctuel

- Nombreux prestataires dans les petites et moyennes structures
- Implication primordiale pour l'analyse des pratiques

Méthodologie d'évaluation

Joséphine ESCUTNAIRE

Analyse de l'existant

Quelle méthodologie:

- Méthodologie du **chemin clinique** ➔ effectuer une analyse du processus de prise en charge du patient de son admission à la sortie de l'établissement.

Mise en place de la méthodologie:

1) Déterminer chaque étape du parcours patient
2) Décrire chaque étape
3) Déterminer les moyens d'identification existants
4) Recenser les risque d'erreur

➔ Permet de réaliser un état des lieux des pratiques actuelles, des moyens de prévention des erreurs.

➔ Méthodologie très « terrain »

- ➔ facile pour les professionnels de comprendre sa mise en œuvre et ses objectifs
- ➔ Facile à insérer dans les pratiques

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

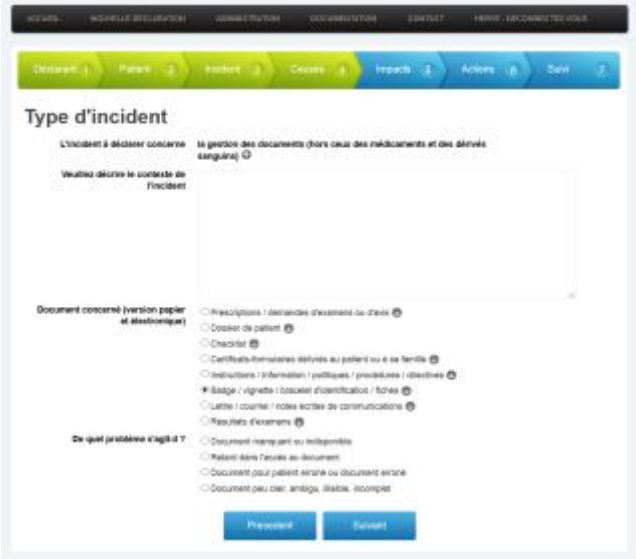
1) Définition du niveau de criticité
2) Hiérarchisation du risque
3) Priorisation des actions

Définition d'actions d'amélioration

- Sensibilisation du personnel à la déclaration immédiate et documentée de tout EI lié à une erreur d'identification du patient ainsi que les « presque-erreurs »
  - Via les représentants de services
  - Réunions de sensibilisation
  - Notes d'information
  - Mise en place d'actions (ex: lors de journées consacrées aux vigilances)

- Mise en place progressive d'indicateurs
  - Doublons
  - Collisions
  - Fusions de dossiers
  - Erreurs de données
  - Erreurs d'orthographe…

  En sollicitant aussi:
  - Le personnel administratif
  - Le personnel du département de l'information médicale



Joséphine ESCUTNAIRE

Définition d'actions d'amélioration

- Définition de « Bonnes Pratiques d'Identitovigilance »
  - Exemple: Poser au patient plutôt « comment vous appelez-vous? Quelle est votre date de naissance » que « Vous vous appelez bien … né le … »

- Elaboration de procédures d'harmonisation des pratiques
  - Règles de recherche d'antériorité et de saisie dans le SI
  - Vérification de l'identité tout au long de la prise en charge qui précise les modalités de celle-ci
  - Gestion des identités particulières (nouveau-nés, anonymat, confidentialité…)

- Sensibilisation des patients quant à la démarche sécuritaire de l'identification
  - Affiches
  - Pose de bracelet / techniques biométriques
  - Livret d'accueil…

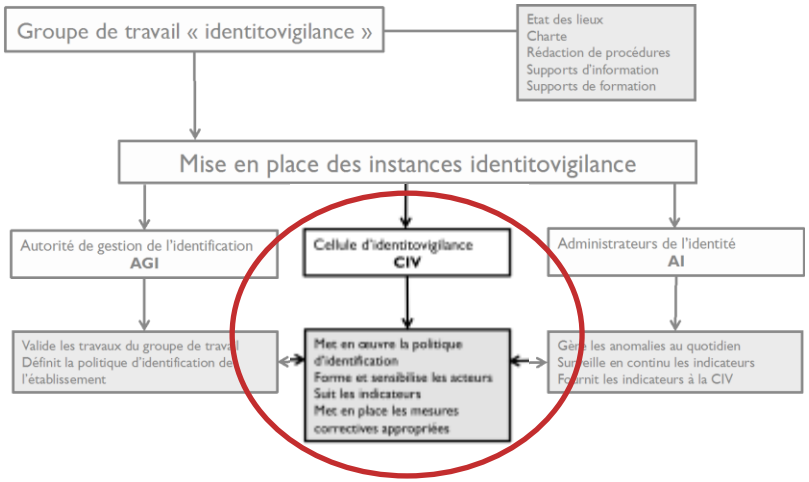
Pérennisation de la démarche

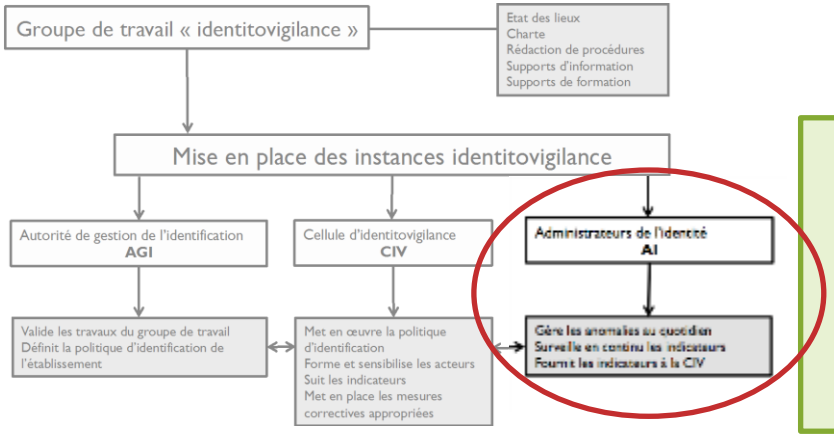
Pérennité : groupe de travail

Instance recommandée: Cellule identitovigilance

La Cellule d'identitovigilance est généralement composée des représentants suivants :

- Le gestionnaire des risques
- Le médecin du département de l'information médicale
- Un représentant de la direction des systèmes d'information
- Un représentant du bureau des entrées
- Un représentant de chaque service concerné par l'identification
- Les membres du Comité de coordination des vigilances et de gestion des risques
- Toute autre personne qualifiée.





Solution proposée: groupe de travail

Nomination d'un référent identitovigilance qui peut être:

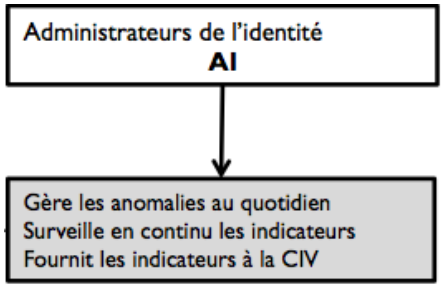
- Le RAQ/GR
- Le pilote du groupe de travail initiateur du projet
- Le responsable de l'accueil
- Un membre/Responsable du département de l'information
- Toute personne motivée et formée

Pérennité : groupe de travail

Direction du groupe de travail:

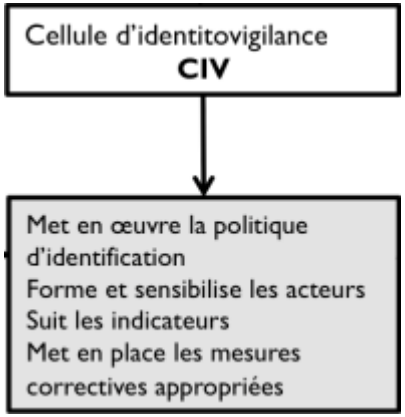
Nomination d'un référent identitovigilance qui peut être:

- Le RAQ/GR
- Le pilote du groupe de travail initiateur du projet
- Le responsable de l'accueil
- Un membre/Responsable du département de l'information
- Toute personne motivée et formée



Temporalité:

- Généralement trimestrielle ou semestrielle (en fonction de la disponibilité des membres du groupe de travail et des moyens)
- Réunions extraordinaires en cas d'EIG.



Objectifs:

- Veille des évènements indésirables
- Mise en place d'actions correctives
- Elaboration de nouveaux outils; documents, procédures…

Pérennité : charte d'identification

- Document faisant état de la politique d'identification de la structure
  - Composée de plusieurs parties
  - Pour chaque action énoncée:
    - Un responsable
    - Un délai
    - Les moyens alloués

- Rédigée par le groupe de travail « Identitovigilance »
  - Chaque membre peut formaliser le chapitre sur la base de ses connaissances

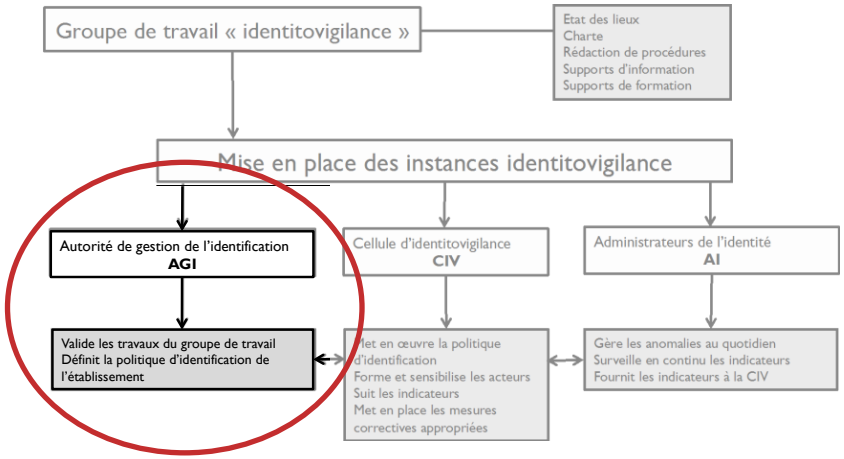
Il existe des publications et exemples de chartes disponibles en ligne gratuitement:

- Groupement pour la Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (GMSIH) via l' Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)(*http://www.anap.fr*)

Pérennité : Validation des travaux de groupe

Instance recommandée: autorité de gestion de l'identification (AGI)

Risque pour les petites et moyennes structures:
Multiplier les instances pour faire valider les propositions d'actions



Solution proposée: Faire valider les travaux par une instance déjà existante

Quelques exemples:

- COmité de PILotage qualité de la structure
- Comité de Qualité et Gestion des Risques
- Cellule Qualité

Cette instance remplacera l'Autorité de gestion de l'identification (AGI) des recommandations
Les réunions sont planifiées et les objectifs définis à l'avance

Facteurs clef de réussite

Facteurs clefs de réussite

Temps 3: Pérenniser la démarche

- Faire apparaître et sensibiliser le personnel à l'ensemble des mesures à mettre en place
- Intégrer le patient dans la démarche et le sensibiliser au fait que l'identification a lieu pour sa sécurité
- Assurer une communication active en temps réel avec l'ensemble du personnel

rapports aux autres projets

Pour résumer…

Identitovigilance ➔Soumise à contraintes réglementaires

- Sécurisation des données à caractère personnel
- Accès du patient à son dossier
- Exigences de la HAS (V2010 – V2014)

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations ➔Mêmes recommandations quelle que soit la taille de la structure

- Globalement transposables
- Nécessite une mise en place adaptée

Mise en place d'une EPP pluridisciplinaire

- Méthode du chemin clinique
- Cartographie des risque « a priori »
- Sensibilisation des patients
- Implication du personnel

Questions