

02 DÉCEMBRE

# JOURNÉE RÉGIONALE D'IDENTITOVIGILANCE

L'Identité Nationale de Santé  
en pratique





# Identitovigilance : un enjeu majeur de sécurité

Sandra GENEVOIS, *Chargée de mission qualité sécurité*  
CEPPRAAL

# LE CEPPRAAL

Structure Régionale d'Appui à la qualité des soins et sécurité des patients (SRA)

”

La SRA doit promouvoir **la culture de la sécurité des patients** auprès des professionnels, quels que soient leur lieu et leur mode d'exercice, des secteurs sanitaire et médico-social, **notamment en les accompagnant dans l'analyse des événements indésirables associés à des soins (EIAS) auxquels ils peuvent être confrontés.**

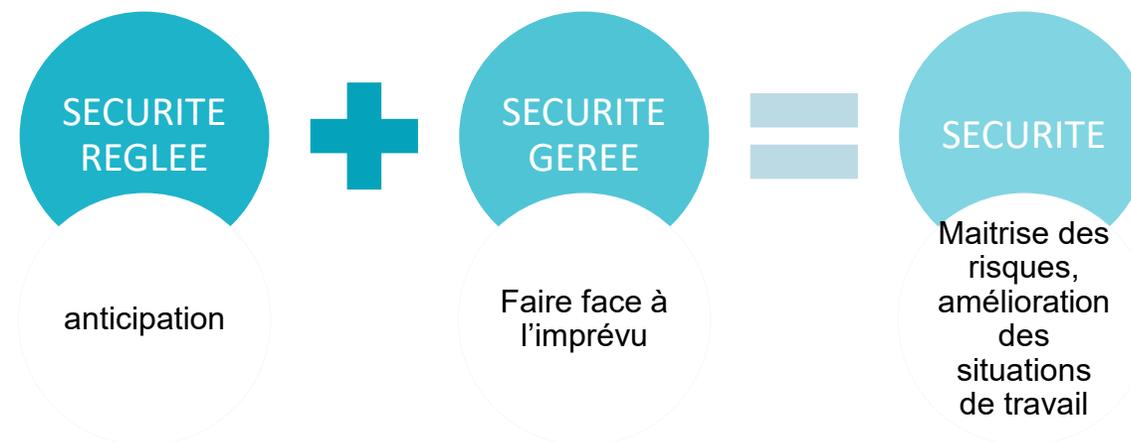
”

# La sécurité

Pour sécuriser un système,  
il faut manager les risques



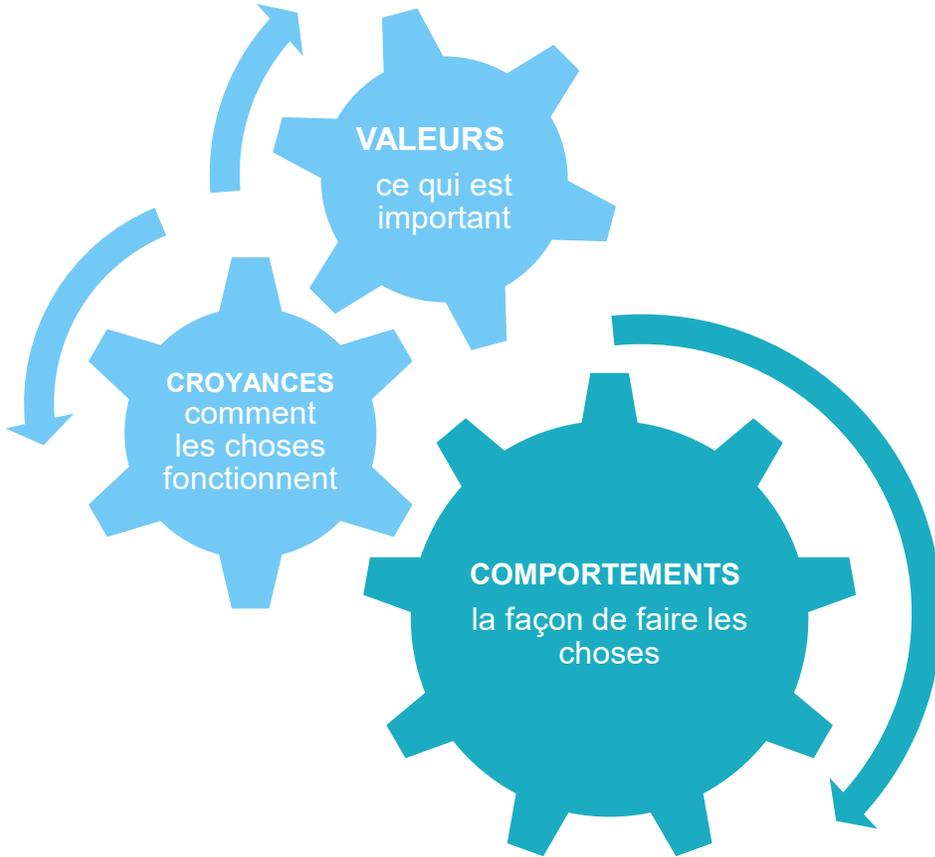
La survenue d'événements indésirables est anticipée par la mise en place de règles de fonctionnement (organisation, réglementation, procédures, bonnes pratiques...)



# La sécurité gérée = gestion des situations par les professionnels

Pourquoi s'intéresser aux croyances, aux convictions des professionnels ?

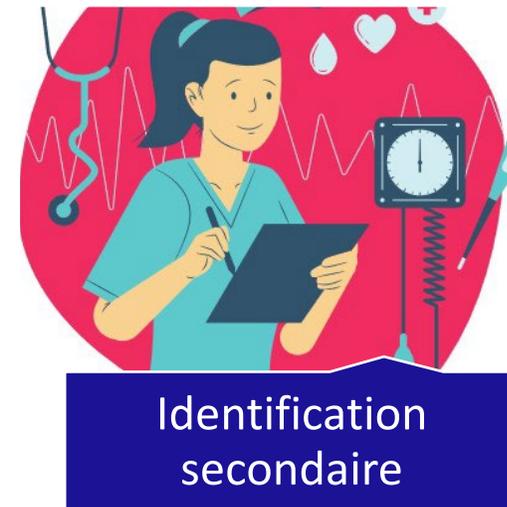
- Elles vont conditionner les comportements de sécurité et le respect des règles



« Façons d'agir, de ressentir et de penser partagées en matière de sécurité des soins » - culture sécurité

# Identification unique, fiable et pérenne

- Contribue à la **qualité de la prise en charge** et à la **sécurité des soins**
- **Faciliter l'échange et le partage des données de santé** entre l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge sanitaire et le suivi médico-social de la personne
- Sécurise en limitant la survenue d'EI. L'identification d'un usager a pour objet de lui attribuer une identité numérique unique, **sans risque d'erreur avec une autre personne** (identification primaire) et de vérifier au cours de la prise en charge que le soin prescrit est bien dispensé au bon patient (identification secondaire).



# Gérer les risques

La maîtrise des risques liés à l'identification d'un usager est réalisée à travers 2 approches, complémentaires :



A priori

**Cartographie des risques** : anticiper les risques d'erreur et mettre en place des barrières (formation, information, bonnes pratiques, contrôle...)

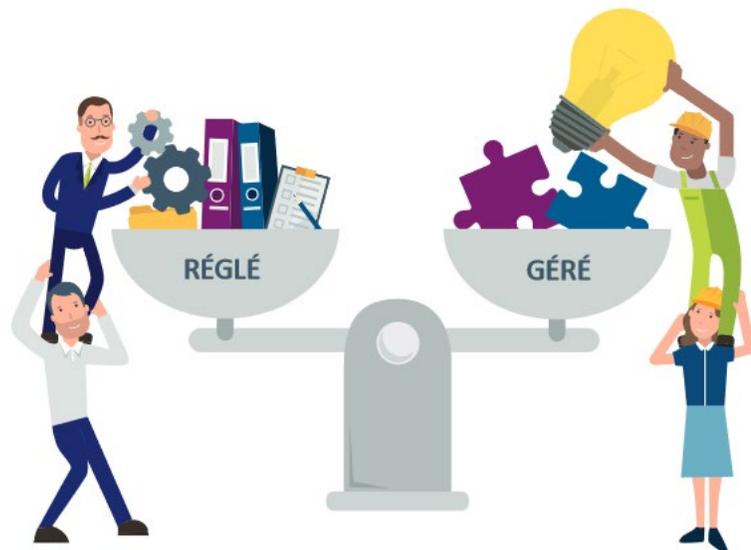
A posteriori

**Analyse des événements indésirables (EI)** : comprendre ce qu'il s'est passé et pourquoi pour en tirer des enseignements

# Les événements indésirables

EI = accident/incident/dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables pour les usagers, les professionnels, les visiteurs ou les biens

- Inhérents à toute activité
- Risque zéro n'existe pas
- L'erreur est humaine



Développement d'une **culture de sécurité** pour assurer la pertinence des signalements et la qualité des analyses

# Les événements indésirables

- Tous les EI constatés n'ont pas de conséquences graves
- Certains **peuvent être sans aucune conséquence**, grâce à la réactivité des professionnels qui ont mis en œuvre des actions adaptées. Ce sont les « *presqu'accidents* » ou *événements porteurs de risque* (EPR)
- Souvent sous-déclarés (méconnaissance, craintes...)

➡ **Développer la culture du signalement**

# Le signalement = une étape indispensable

- Il est essentiel à l'identification des erreurs possibles. Seules les situations connues peuvent être traitées
- Le signalement **spontané** des événements indésirables, **sans crainte**, constitue la base de la culture de sécurité et des démarches d'amélioration continue
- Il est réalisé par le biais d'une **FEI**, le plus rapidement possible après la survenue de l'EI



Savons-nous identifier un EIAS ?

# Utilisation de Klaxoon

<https://app.klaxoon.com/join/Z5YXNAX>



Réseau wifi : invites

login : z504447

<https://app.klaxoon.com/join/3SBRFNZ>



mot de passe : PBNsujhD

# EXEMPLE 1 : description



J1 14H30	M. S... G..., patient de 82 ans, se présente au guichet des admissions de l'hôpital XXX, pour effectuer les modalités administratives d'entrée auprès de l'agent d'accueil. Le patient est connu de l'établissement et déjà venu dans le service d'urologie.
14h35	Lors de la réalisation de sa fiche de consultation, l'agent associe par erreur la venue du patient à l'identité numérique d'un autre usager âgé de 6 ans (même nom, autre prénom : S... A...).
14h40	Le patient se présente à l'accueil de l'urologie pour sa consultation et est invité à aller s'asseoir dans la salle d'attente par l'aide-soignante.
14h55	Le chirurgien (qui ne suit pas le patient habituellement) réalise sa consultation et programme une biopsie
15h15	L'infirmière de la salle de biopsie appelle le patient et l'installe dans la salle. La biopsie est effectuée par le chirurgien.
15h30	L'infirmière étiquette le tube de prélèvement et remplit le bon d'examen de cytologie avec les étiquettes fournies par le patient et envoie l'examen au laboratoire d'anatomopathologie.
J15	La secrétaire d'urologie reçoit le compte rendu de l'examen et constate une discordance des traits d'identité sur le prénom et la date de naissance. Elle contacte le secrétariat du labo qui lui dit que l'erreur vient de la consultation car l'étiquette qui est sur la demande d'examen comporte bien l'identité transmise, soit de S... A...(6 ans).
J16	La secrétaire alerte les infirmières de la consultation et renseigne une fiche de signalement d'événement indésirable.

# Utilisation de Klaxoon

<https://app.klaxoon.com/join/Z5YXNAX>



Réseau wifi : invites

login : z504447

<https://app.klaxoon.com/join/3SBRFNZ>



mot de passe : PBNsujhD

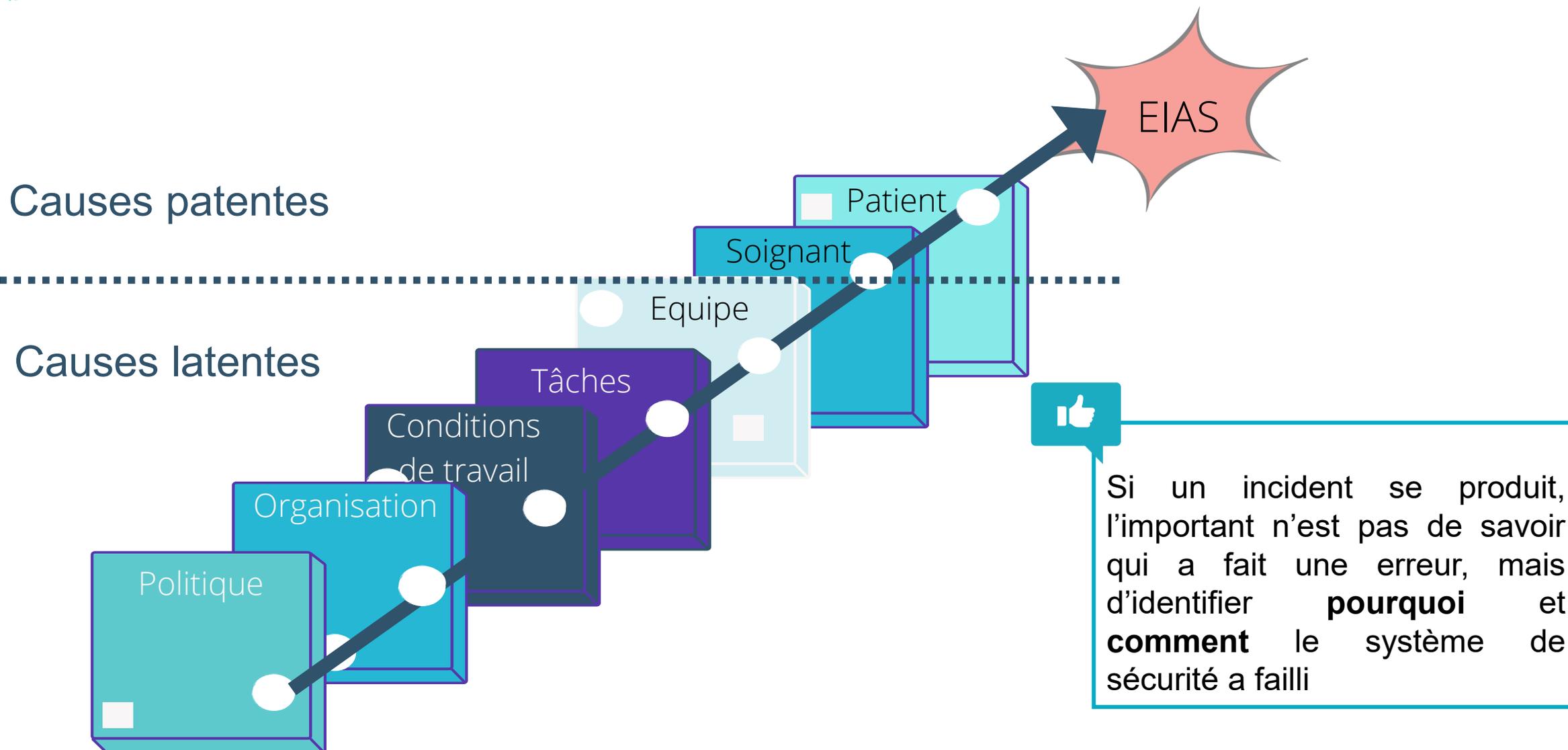
# Analyse systémique

- Consiste à comprendre ce qu'il s'est passé et pourquoi
- Vise une recherche de solutions et non d'un coupable
- Démarche collective, pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire

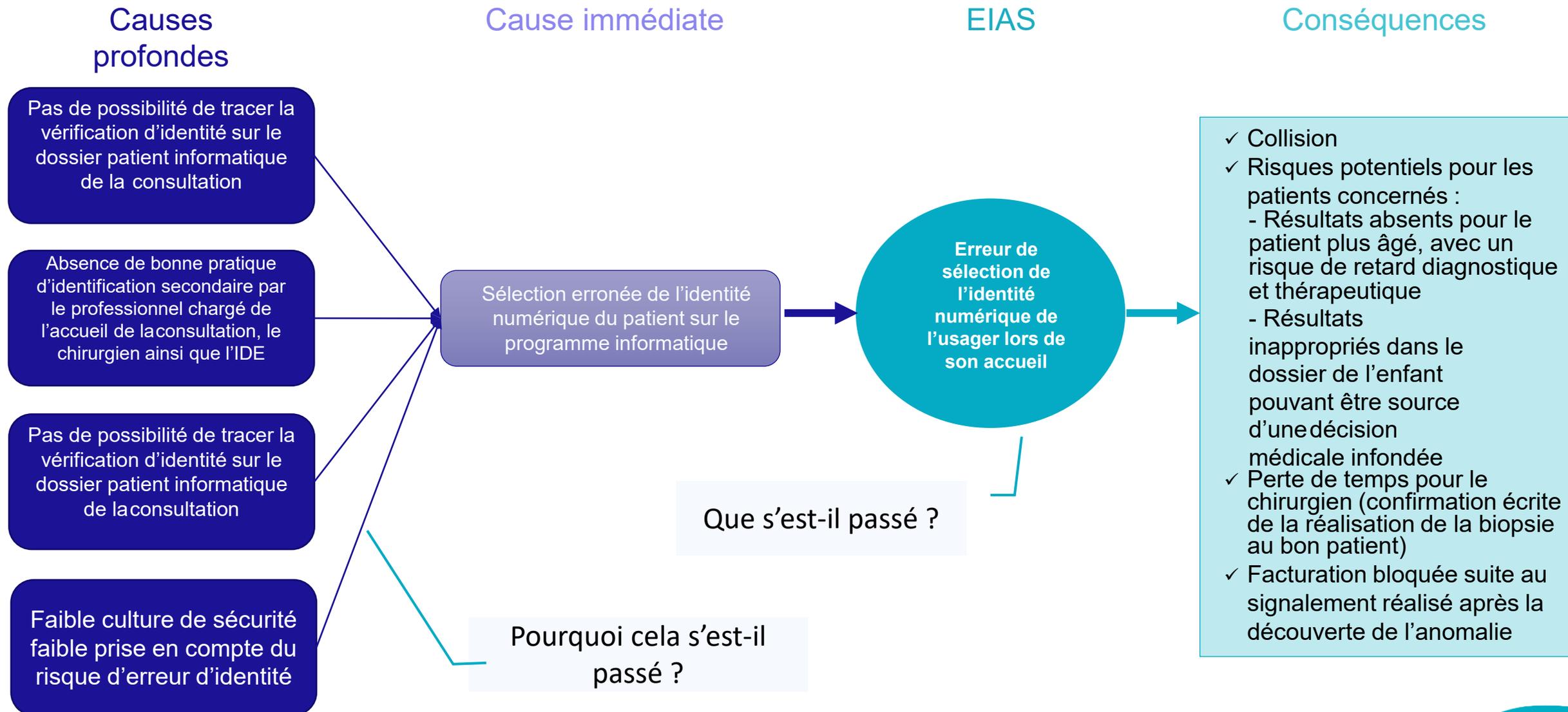
➤ **Dépasser la cause humaine**



# Modèle de Reason



# EXEMPLE 1 : Analyse



# EXEMPLE 1 : Actions d'amélioration

- Corrigent les défaillances profondes et portant sur :
  - l'**Organisation** (composition d'équipe, procédures écrites, protocoles de soins, approvisionnement...)
  - la **Communication** (entre professionnels de santé, entre professionnels de santé et patients, entre professionnels de santé et familles...)
  - la **Formation, sensibilisation** (interne, externe)

Absence de bonne pratique d'identification secondaire par le professionnel chargé de l'accueil de la consultation, le chirurgien ainsi que l'IDE



- Réviser le protocole d'identitovigilance secondaire
- Le communiquer aux équipes
- Communiquer avec le patient sur son rôle dans la vérification de son identité

- Le professionnel est toujours la **seconde victime**
- L'erreur d'un professionnel ne constitue pas un événement indésirable
- Un **climat de confiance** est nécessaire au signalement et à l'analyse des incidents et situations à risques
- Les actions doivent être décidées avec les professionnels de terrain
- Se décider sur un nombre limité d'actions d'amélioration

- Ultime étape, indispensable dans **la prise de conscience** et l'appropriation des recommandations et actions d'amélioration
- Une **communication positive et valorisante** auprès des professionnels. Il est important de communiquer sur les risques identifiés et les solutions trouvées
- Analyser un EI prend du temps et partager les conclusions de l'analyse permet de **valoriser l'implication des professionnels**

# Et le patient ?

- Le point de vue du patient est trop souvent ignoré
- Le patient doit être informé de tout dommage dont il a été victime
- Il doit pouvoir participer à sa propre sécurité et être acteur dans la prévention du risque
- Les demandes de correction auprès de l'INSEE ou de l'état civil doivent être réalisées par le patient

➤ Un usager doit être informé pour pouvoir agir



# Les difficultés potentielles

**Risque de confusion entre l'EIAS, les conséquences et les causes** → travailler sur la rédaction de la fiche de signalement

**Risque de ne traiter qu'une partie des causes (humaines)** → s'appuyer sur une méthode systémique

**Absence de culture** → lever les freins au signalement, appropriation des bonnes pratiques, communication, sens donné aux injonctions

➤ La qualité et la sécurité peut également être évaluée et suivie par des indicateurs qui vont renseigner sur :

- L'atteinte des objectifs
- L'efficacité d'un processus
- Les résultats d'actions d'amélioration
- Se comparer avec d'autres organisations

➤ Le tableau de bord d'indicateurs permet à la CIV de manager le processus d'identitovigilance

# La culture de sécurité des soins

## SIGNALEMENT

Capacité des professionnels à **signaler sans crainte d'être jugés** ou sanctionnés



## CULTURE JUSTE

La gouvernance instaure un **climat bienveillant** et traite équitablement les professionnels impliqués dans les EI



## Culture de sécurité



## RETOUR D'EXPERIENCE

**Conviction** des professionnels que les enseignements tirés de l'analyse des EI permettent d'améliorer la qualité et la sécurité

## ADAPTATION EN EQUIPE

Résilience de l'équipe qui **s'adapte aux situations** afin d'en limiter les conséquences négatives

# MERCI DE VOTRE ATTENTION

