



- PERILS -



Prévention des **ER**reurs d'Identité

Liées aux **Soins**

MANUEL DU PROJET

DECEMBRE 2009

Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
Hôpital Xavier Arnoz 33604 Pessac
Tél : 05 57 65 61 35 – Fax : 05 57 65 61 36 – secretariat@ccecqa.asso.fr - www.ccecqa.asso.fr

Un projet piloté par le CCECQA et élaboré avec
un groupe de travail régional

Ce document a été élaboré avec le groupe de travail régional PERILS

COORDINATION

Dr Jean-Luc Quenon, Chef de projet Gestion des risques, CCECQA

☎ 05 57 65 61 44 - ✉ jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr

Pauline Ocelli, Interne de santé publique, CCECQA

☎ 05 57 65 61 34 - ✉ pauline.ocelli@chu-bordeaux.fr

LE GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL

Paul	AVILLACH	Médecin	CHU de Bordeaux
Cécile	BIREBENT	Archives (CIV)	CH de Villeneuve sur Lot
Yann	BLANCHARD	Médecin DIM	CH de la Côte Basque
Chantal	BOUSQUET	Cadre gestion des risques	CH de Libourne
Liliane	CAILLAUD	Secrétaire médicale (CIV)	CHU de Bordeaux
Elisabeth	CAPDENAT- RAYMOND	Médecin DIM	Hôpital suburbain du Bouscat
Jérôme	CASSAN	Archiviste au DIM	CH de Blaye
Isabelle	CAZABAT	Responsable qualité	Hôpital suburbain du Bouscat
Alain	CHABROL	Praticien hospitalier	CH de Périgueux
Florence	DELAPERCHE	Gestionnaires de risques	CCECQA
Nathalie	DELTEIL	Technicienne du système d'information	CH de Blaye
Geneviève	DUPOUY	Cadre supérieure de santé, Direction de la qualité	CH de Mont de Marsan
Sylvia	ENFEDAQUE	Assistante qualité	Institut Bergonié à Bordeaux
Pierre	FERNET	Chargé de mission	ARH Aquitaine
Sophie	GUIRIMAND	Qualificienne	CH de Blaye
Christian	HADRZYNSKI	Coordinateur régional de l'hémovigilance	DRASS Aquitaine
Moufid	HAJJAR	Praticien hospitalier PMSI	CHU de Bordeaux
Marie-Pierre	HERRERA	Cadre de santé Hémovigilance	CHU de Bordeaux
Joëlle	JOUNEAU	Pharmacienne Qualité - Vigilances - GDR	Institut Bergonié à Bordeaux
Maud	MASCLET	Ingénieur Qualité	CH de Périgueux
Christian	MONTAGNE	Chargé de mission	ARH Aquitaine
Thierry	MORVAN	Anesthésiste, Médecin DIM	Polyclinique de la Côte Basque
Muriel	POUMEROULIE	Directrice des Affaires médicales et de la qualité	CH de Périgueux
Hélène	POURCEL	Responsable bureau des entrées et CIV	CH Villeneuve sur Lot
Philippe	RAYNAUD	Membre de la CIV	CHU de Bordeaux
Nicolas	RESSIOT	Responsable administratif et financier	Hôpital suburbain du Bouscat
Isabelle	ROGER	Médecin	CHU de Bordeaux et CCECQA
Frantz	THIESSARD	Maître de conférence. PH SIM	CHU de Bordeaux
Yvon	VENTADOUX	Médecin responsable DIM	CH Villeneuve sur Lot
Julien	VIOT	Médecin responsable DIM	CH de Blaye

Sommaire

1. PROBLÉMATIQUE	1
2. BUT ET OBJECTIFS DU PROJET	6
3. PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	7
4. MÉTHODES ET OUTILS	12
Phase 1 - Analyse des barrières	12
Phase 2 - Étude de la fréquence des erreurs	23
Phase 3 - Analyse approfondie des causes	37
5. ORGANISATION PRATIQUE	65
6. CONDUITE À TENIR EN CAS DE SITUATION À RISQUE	68
7. CONCLUSION	69
Glossaire	71
Références	75
ANNEXES	79
Annexe 1 – Outil Patient fictif et fiche d’accompagnement	80
Annexe 2 – Fiche de présentation du projet	92
Annexe 3 – Affiches de sensibilisation	95

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 Origine du projet

L'origine de ce projet est un besoin de sécurisation ressenti par les établissements de santé vis-à-vis des erreurs d'identité survenant lors des soins, en particulier lors de transfusions sanguines. Ce besoin et cette attente vis-à-vis du CCECQA ont été objectivés lors de la consultation de 71 établissements de santé réalisée dans le but de définir de nouveaux projets dans le champ de la gestion des risques. Le groupe d'orientation du CCECQA « Gestion des Risques », consulté sur ce projet, a décidé de retenir comme axe de travail prioritaire cette problématique. Les membres de ce groupe souhaitaient une approche globale du problème (plutôt que ciblée sur une activité, une spécialité ou une procédure), une approche pragmatique qui conduise à des actions de sécurisation et une approche réactive car les erreurs d'identité sont fréquentes.

Ce choix a été justifié par la complexité du système d'identification des patients en milieu hospitalier, par l'importance des risques à chaque étape du processus de soins, par le potentiel d'amélioration, par son caractère transversal car il concerne tous les établissements, toutes les spécialités et de nombreux acteurs.

1.2 Importance du problème

Les erreurs d'identité sont fréquentes dans les établissements de santé

L'identification du patient est un élément fondamental de la sécurité des soins. Pourtant, des erreurs d'identité consécutives à des défauts d'identification des patients lors des soins continuent d'entraîner des événements indésirables graves. La fréquence de ces erreurs est difficile à évaluer et mal connue. Cependant, la littérature scientifique montre que ces erreurs sont fréquentes. Aux Etats-Unis, des problèmes d'identification des patients ont été notés dans plus de 100 analyses approfondies d'événements indésirables réalisées de janvier 2000 à mars 2003 par le « Department of Veterans Affairs » [1]. Au Royaume Uni, 236 incidents ou presque accidents liés à des informations erronées sur les bracelets d'identification ont été notifiés de novembre 2003 à juillet 2005 à « the United Kingdom National Patient Safety Agency » [2]. En France, une étude réalisée par le Groupe Hospitalier du Havre a montré que 380 erreurs au niveau des étiquettes informatiques d'identification sont survenues de juin à décembre 2004 et ont nécessité d'apporter des modifications. Les erreurs les

plus fréquentes concernaient l'orthographe du nom (25 %), le changement de nom marital (21 %) et la date de naissance (15 %) [3].

Les erreurs d'identité sont liées aux vulnérabilités du processus d'identification du patient

L'identification des patients reste un challenge dans les établissements de santé du fait du nombre d'interventions complexes réalisées pour chaque patient. Ces interventions peuvent être réalisées dans des lieux différents, par des équipes différentes. De plus, cette identification est plus difficile pour certains patients qui ne sont pas toujours capables de répondre aux questions concernant leur identité et les soins programmés, comme les patients inconscients, déments, ne maîtrisant pas la langue française [4].

Certaines situations à risques d'erreurs d'identité sont connues comme la présence d'homonymes dans un même lieu de soins, l'existence de plusieurs dossiers pour un même patient ou d'un seul dossier pour deux patients, la création des admissions en urgence, la prise en charge de patients avec des noms étrangers, de patientes lors de changement matrimonial, l'utilisation de noms d'usage...

Plusieurs vulnérabilités facilitent la survenue de ces erreurs d'identité :

- la méconnaissance de l'importance de ces risques par les professionnels,
- l'absence de politique d'amélioration de l'identification des patients,
- les difficultés à concilier une identification facile du patient et le respect de la confidentialité,
- une mauvaise définition du processus d'identification du patient, l'absence de standardisation de ce processus pour l'ensemble des services et des activités,
- le manque de vigilance des professionnels chargés de l'enregistrement des patients dans le système informatique à l'admission,
- l'absence de règles spécifiques pour les situations les plus à risque (par exemple patients sans identité ou homonymes),
- des défauts d'application des règles de vérification avant un soin,
- la sous-utilisation des moyens techniques facilitant l'identification (par exemple bracelets, codes-barres, biométrie),
- la faible implication et éducation des patients sur ces risques.

L'absence de réglementation (sauf pour la transfusion sanguine) n'incite pas les établissements de santé à améliorer rapidement la situation actuelle.

Un état des lieux coordonné par le Réseau Experts Hémovigilance Aquitaine - Limousin (REHAL) a mis en évidence les difficultés pour les établissements de santé d'homogénéiser les pratiques et les procédures de recueil d'identité des patients [5].

Les conséquences des erreurs d'identité : des événements indésirables graves, souvent évitables

Ces erreurs d'identité peuvent avoir des conséquences cliniques graves : des erreurs de médicaments, des accidents transfusionnels par incompatibilité ABO [6, 7], des erreurs d'analyses médicales, des erreurs de procédures [8] et des inversions d'enfants en maternité. Les conséquences de ces erreurs peuvent être aussi juridiques, économiques (par exemple des problèmes de facturation) et avoir un impact négatif en terme d'image sur les activités hospitalières (encadré 1).

Un exemple d'erreur d'identité en milieu hospitalier [9]

27 novembre 1991

- Deux patientes d'origine vietnamienne, de patronyme voisin viennent dans le service de gynécologie-obstétrique, une pour retrait de stérilet (patiente 1) et l'autre pour suivi classique de sa grossesse de 5 mois (patiente 2).
- Inversion des 2 dossiers au secrétariat médical.
- Poche des eaux de la patiente 2, percée en essayant de retirer le stérilet, cet événement indésirable ayant pour conséquence une hospitalisation.

28 novembre

- Patiente 1 au bloc opératoire pour retrait de stérilet mais constatation de la confusion avec son homonyme.

4 décembre

- Interruption de grossesse pour la patiente 2.

11 décembre

- La patiente 2 dépose une plainte.

Encadré 1 – Un exemple d'erreur d'identité en milieu hospitalier et de ses conséquences.

Un potentiel d'amélioration important

Devant l'importance de ce problème, plusieurs organismes chargés d'aider les professionnels de santé à améliorer la sécurité des soins ont décidé d'en faire une priorité. En 2007, la sécurisation de l'identification des patients est le premier objectif national concernant la sécurité des patients pour la « Joint Commission » (organisme américain d'évaluation et d'accréditation en santé) et une des neuf solutions proposées pour la sécurité des patients par l'Organisation Mondiale de la Santé [10, 11].

Une des 44 références du Manuel de Certification des établissements de santé français (édition 2007) la référence 18.b rappelle l'importance d'une identification fiable et unique du patient [12]. Dans la version V2010 (novembre 2008), le critère 15.a "*Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge*" relève des pratiques exigibles prioritaires (PEP¹).

Le critère 15.a demande :

- une organisation et des moyens prévus,
- la formation des professionnels,
- la mise en œuvre des procédures de vérification de l'identité du patient,
- la concordance identité et prescription,
- l'évaluation de la fiabilité de l'identification, l'analyse et la correction des erreurs.

Plusieurs solutions existent pour rendre plus fiable l'identification des patients. Dans plusieurs pays et dans quelques établissements de santé français, des bracelets d'identification sont utilisés. Mais l'efficacité de ce dispositif est limitée par une mauvaise utilisation de ces bracelets (absence de bracelets ou information incorrecte), avec une fréquence des erreurs estimée à 5,5 % selon une étude américaine [13]. Des bracelets avec des codes couleur permettent une identification rapide des patients devant subir des interventions spécifiques mais l'absence de standardisation des codes couleur peut générer des erreurs pour des professionnels de santé intervenant dans plusieurs lieux de soins [14]. De nouvelles technologies comme les codes barre, la biométrie peuvent être intéressantes en termes d'efficacité et d'efficience [15-20].

Mais les moyens techniques malgré leur apport ne sont pas suffisants. La sécurisation de l'identification du patient repose avant tout sur :

- une politique identité rappelant l'importance de la responsabilisation des professionnels de santé pour la vérification de l'identité du patient, et l'importance de l'éducation et de l'implication des patients ;

¹ Les PEP sont considérées comme des pratiques incontournables. La HAS considère ces sujets comme fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences sera systématique.

- un processus d'identification standardisé décrivant les lieux d'identification des patients et les règles à appliquer en général comme l'utilisation d'un numéro d'identification unique et l'utilisation d'au moins deux traits d'identification avant tout soin, et décrivant aussi les règles à appliquer pour les situations à risque ;
- la vérification de l'identité du patient avant tout soin pour s'assurer de délivrer le bon soin au bon patient.

Une étude du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) réalisée en 2002 a permis de présenter aux établissements plusieurs scénarios d'organisation pour une identification fiable du patient, visant à standardiser les pratiques et les méthodes d'identification des patients [21].

2. BUT ET OBJECTIFS DU PROJET

But du projet

Améliorer la maîtrise des risques d'erreur d'identité et leurs conséquences négatives pour les patients afin de répondre aux priorités actuelles en matière de sécurité des soins et aux obligations réglementaires.

Objectifs

Objectifs généraux

- Etudier les barrières mises en place contre les risques d'erreur d'identité, leur caractère opérationnel et les barrières qui pourraient exister ;
- Aider les établissements à définir des actions d'amélioration.

Objectifs spécifiques

- Sensibiliser les professionnels sur l'importance des risques d'erreur d'identité ;
- Analyser le processus d'identification du patient tout au long du parcours du patient ;
- Identifier et analyser les erreurs de patients ou de soins déjà survenues (l'analyse comprend la quantification des erreurs, l'étude de leurs causes et de leurs conséquences);
- Sécuriser les situations les plus à risques ;
- Impliquer les patients dans les actions de sécurisation.

3. PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

3.1 Modélisation de l'approche méthodologique

L'approche méthodologique proposée a retenu comme modèle conceptuel, celui développé par James Reason et basé sur l'erreur humaine comme déterminant des accidents (schéma 1). Ce modèle conceptuel montre que la plupart des causes profondes des accidents graves dans les technologies complexes sont présentes dans le système longtemps avant qu'une séquence accidentelle évidente puisse être identifiée. Certaines de ces défaillances (au niveau de l'individu, de l'équipe, des tâches, des conditions de travail, de l'organisation, de l'institution) peuvent être repérées et corrigées par ceux qui dirigent, entretiennent ou conduisent le système en question [22-24].



Modélisation de l'approche méthodologique

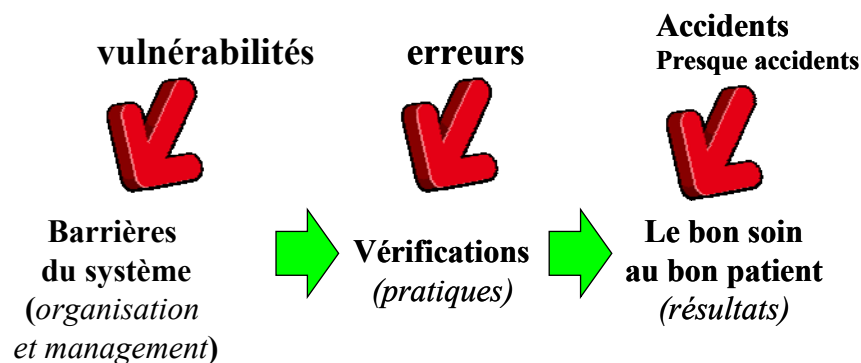


Schéma 1 – Modélisation de l'approche méthodologique.

3.2 Description du déroulement du projet

Le projet a été proposé à tous les établissements de santé adhérents au CCECQA, par envoi d'un appel à participation au Directeur de l'établissement et au correspondant du CCECQA ; Ont été retenus les établissements volontaires pour participer et remplissant les conditions de participation suivantes :

- accord du responsable de l'établissement et du représentant de la Commission Médicale d'Établissement,

- désignation d'un correspondant projet,
- constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour ce projet comprenant une dizaine de professionnels, à titre d'exemple : un membre de la Direction, le responsable qualité/gestion des risques, un ou plusieurs membres de la cellule Identité ou Identitovigilance, un médecin, une sage-femme, un cadre de santé, une secrétaire médicale, un professionnel des laboratoires, un responsable du bureau des admissions, un agent administratif chargé des admissions, le responsable du DIM, un professionnel du système d'information, un professionnel des archives.

La réalisation du projet est prévue en trois étapes :

- une étape d'évaluation des risques,
- une étape de réduction des risques,
- une étape de suivi des résultats des actions d'amélioration.

- Première Étape -

Cette étape comprend trois phases centrées respectivement sur les barrières contre les risques d'erreur, les pratiques de vérifications de l'identité et le bon soin au bon patient.

- **La phase 1** vise à partir d'un processus optimal défini par le groupe de travail, à **identifier les barrières mises en place et manquantes** dans le processus d'identification de l'établissement de santé ;



Approche méthodologique

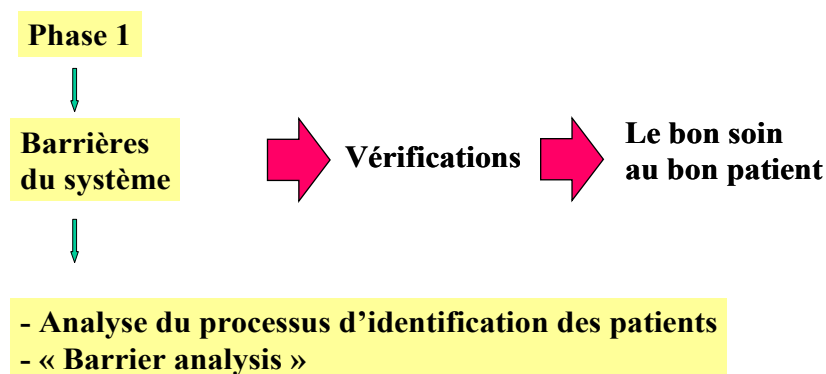


Schéma 2 – Approche méthodologique : présentation de la phase 1.

- La phase 2 vise à partir des systèmes d'information hospitaliers à **étudier la fréquence des erreurs d'identification à l'admission** ;



Approche méthodologique

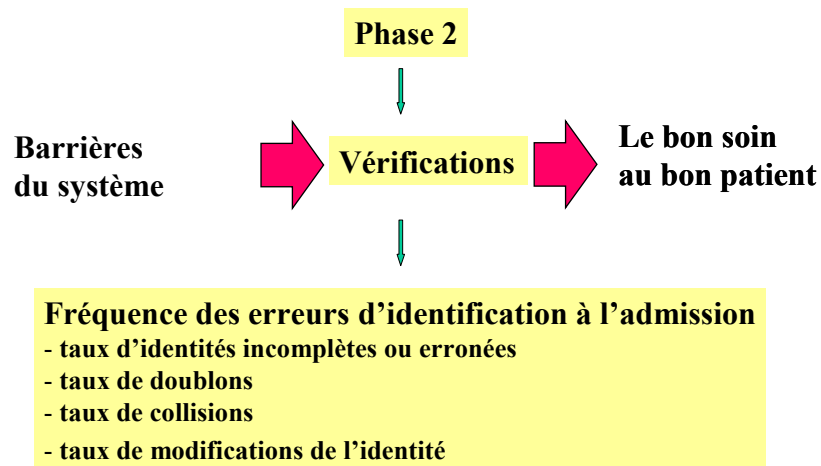


Schéma 3 – Approche méthodologique : présentation de la phase 2.

- La phase 3 vise à partir du système de signalement des événements indésirables, à **estimer la fréquence des accidents et incidents liés à des erreurs d'identité et à analyser leurs causes immédiates** (défauts de vérifications) **et leurs causes profondes** (absence de barrières contre les risques d'erreur). Dans chaque établissement, il est demandé de réaliser une analyse approfondie d'au moins deux accidents/incidents liés à des erreurs d'identité. Une analyse agrégée sera ensuite réalisée par le groupe de travail afin d'identifier les vulnérabilités les plus fréquentes et les plus importantes dans la survenue des erreurs d'identité et leurs conséquences.

Approche méthodologique

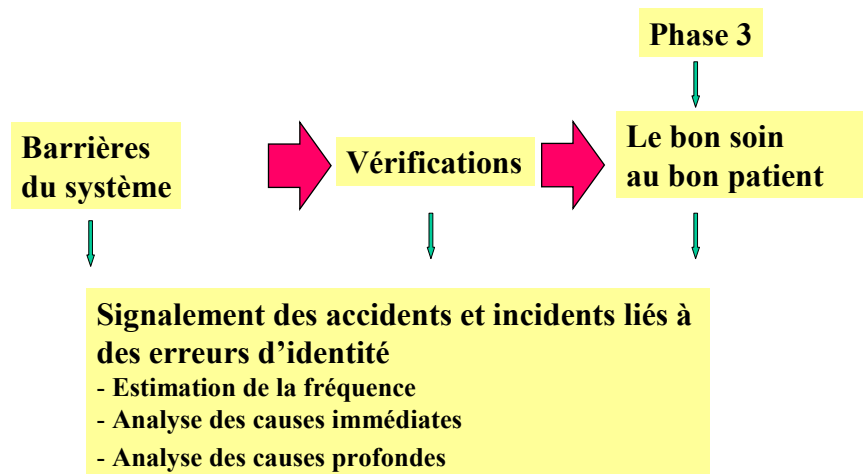


Schéma 4 – Approche méthodologique : présentation de la phase 3.

A l'issue de cette première étape, l'efficacité des barrières du système, des pratiques de vérification de l'identité, et enfin la capacité à délivrer le bon soin au bon patient peuvent être testées grâce à une méthodologie originale : des **simulations avec des patients fictifs** (voir Annexe 1).

- Deuxième Étape -

Les résultats de la première étape permettront :

- d'une part, à chaque établissement de **définir des actions d'amélioration** de la sécurité ciblées sur les principales vulnérabilités ;
- d'autre part, au groupe de travail régional, de proposer un programme de prévention des erreurs d'identité. Ce **programme** a pour **but d'aider les établissements à sécuriser l'identification des patients** et pour **objectifs généraux de mettre en place un programme de réduction des risques** applicable dans tous les établissements de santé et guider les établissements dans les efforts de sécurisation.

Les **cinq objectifs spécifiques** de ce programme sont 1) de sensibiliser les professionnels sur l'importance de l'identification des patients (en particulier des vérifications à l'admission et avant tout soin), 2) de développer une culture de sécurité, 3) d'aider les établissements à mettre en place une politique d'identification du patient, 4) de sécuriser les situations les plus à risques (patients anonymes, homonymes, non communicants), et 5) d'impliquer les usagers dans les actions de

sécurisation. Plusieurs actions et outils spécifiques sont proposés afin d'atteindre chacun des objectifs.

- Troisième Étape -

Les résultats des actions d'amélioration seront estimés à partir du **suivi de la fréquence des erreurs d'identification à l'admission, de la fréquence des incidents/accidents liés à des erreurs d'identité signalés par les professionnels et des résultats des exercices réalisés lors du parcours d'un patient fictif.**

Phase 1 - Analyse des barrières

- Méthodologie
- Outil : grille d'entretien à compléter (3 pages)
- Fiche d'accompagnement de l'outil

MÉTHODOLOGIE DE LA PHASE 1

Analyse des barrières

- **Type d'évaluation** : analyse des barrières en utilisant un référentiel contenant les principales barrières contre les risques d'erreur.
- **Lieu d'étude** : 4 à 5 services représentatifs de la diversité des processus d'identification dans l'établissement dont obligatoirement les services suivants : admissions, urgences (SAMU), une unité de soins, maternité, laboratoires. Ils seront sélectionnés par le groupe de travail de chaque établissement.
- **Recommandations utilisées** : Patient Identification du WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Safety Solutions, volume 1, solution 2, mai 2007 [11]. Ce document propose un exemple de processus d'identification sécurisé avec la mise en place de plusieurs barrières contre les risques d'erreur (schéma 5).



Un exemple d'identification du patient

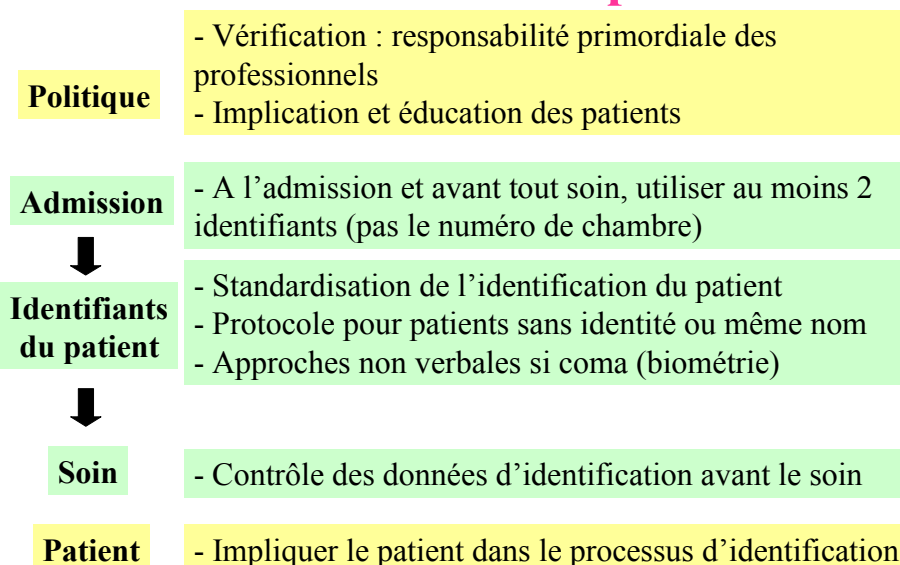


Schéma 5 – Un exemple de processus d'identification proposé par l'OMS.

➤ Critères d'évaluation et leurs définitions

Les critères retenus sont les suivants :

- l'existence d'une politique d'identification du patient ;

Une politique d'identification est définie comme une politique rappelant l'importance de la responsabilisation des professionnels de santé pour la vérification de l'identité du patient, et l'importance de l'éducation et de l'implication des patients.

- un processus standardisé d'identification ;

Un processus standardisé d'identification est un processus décrivant les lieux d'identification des patients, les règles à appliquer en général avec au minimum comme règles l'utilisation d'un numéro d'identification unique et l'utilisation d'au moins deux traits d'identification avant tout soin.

- l'existence de règles pour les patients sans identité ou en cas d'homonymie ;
- l'utilisation d'approche non verbale (bracelets par exemple) pour les patients avec des troubles de la conscience ou non communicants ;
- la vérification de l'identité du patient avant tout soin pour s'assurer le délivrer le bon soin au bon patient.

➤ Collecte des données

Elle sera effectuée par au moins deux membres du groupe de travail de l'établissement, par des entretiens avec l'encadrement médical et paramédical des services concernés et un ou deux acteurs de terrain (médecin, sage-femme, infirmier, aide-soignant, secrétaire...), et par consultation des documents disponibles dans l'établissement concernant l'identification des patients : projet d'établissement, règlement, procédures, fiches techniques, logigrammes, charte, affiches, auto-évaluation et rapport de la procédure d'accréditation / certification... et des bracelets éventuels.

Une grille d'évaluation spécifique sera remplie pour chaque service étudié. La présence ou l'absence de chaque barrière sera indiquée avec la possibilité de faire des commentaires, en particulier en cas d'absence de barrière ou de non applicabilité du critère.

➤ Analyse des données

L'analyse des données consistera à identifier les barrières présentes et les barrières absentes.

IDENTIFICATION DU PATIENT : ANALYSE DES BARRIÈRES

Etablissement : _____ Date de l'entretien : __ / __ / ____

Service : _____ Heure de début : __ h __


Nombre de personnes ayant conduit l'évaluation (indiquer leur profession) : _____ Heure de fin : __ h __ Durée : _____

Nombre de personnes interrogées lors de l'entretien (indiquer leur profession) : _____

Politique d'identification du patient	oui	non	NSP*
• (1) Le problème de l'identification du patient est développé dans la politique de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui , la politique d'identification rappelle l'importance :			
• (2) Des responsabilités des professionnels (ex : fiche de poste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (3) De l'implication du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Commentaires :</i>
---	-----------------------

Règles dans l'établissement	oui	non	NC*
• (4) Des règles générales d'identification du patient sont formalisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S'il existe des règles :			
• (5) Elles sont transmises à l'ensemble des professionnels du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• (6) Elles sont affichées ou diffusées par d'autres moyens de communication dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Des règles spécifiques d'identification, formalisées, existent pour les situations suivantes :			
• (7) Pour l'admission dans les services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (8) Pour une modification d'identité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• (9) Avant tout soin à risques (ex : acte invasif, acte chirurgical, transfusion sanguine, chimiothérapie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Commentaires :</i>
---	-----------------------

Admissions dans le service


oui non NC*

• Procédure d'identification du patient :

Lors de l'admission dans le service, il est systématiquement demandé au patient (ou ayant droit, témoin) :

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • (10) S'il est déjà venu dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • (11) Sa date de naissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • (12) Son nom de naissance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • (13) Une pièce d'identité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Précisez laquelle : _____

	<i>Commentaires :</i>
--	-----------------------

Identifiants du patient

oui non NSP*

• Standardisation de l'identification du patient :

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (14) Le Numéro d'Identifiant Permanent est utilisé dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

• Des règles formalisées existent pour :


NC*

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • (15) La démarche à suivre pour les patients n'ayant pas d'identité validée ou vérifiée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • (16) La non divulgation d'identité pour les accouchements sous X | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • (17) La non divulgation d'identité pour les patients le désirant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| • (18) Les patients homonymes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

• Des approches non verbales sont utilisées :

NC*

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • (19) Des dispositions sont prises pour le patient confus ou non communicant (coma...) : bracelet, biométrie... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|


	<i>Commentaires :</i>
---	-----------------------

Soin et vérification de l'identité du patient	oui	non	NC*
--	-----	-----	-----

- Une vérification d'identité est réalisée avec l'utilisation d'au moins 2 traits d'identification :**
- (20) Lors de tout premier contact avec un médecin ou interne, une sage femme, et quel que soit le lieu de cette première rencontre (consultations, urgences, service d'hébergement)
 - (21) Lors de tout premier contact avec un professionnel paramédical (IDE, AS, kiné, psychologue, brancardier...) qu'il soit permanent ou temporaire, exerçant de jour ou de nuit


- Une vérification d'identité est réalisée au niveau du service d'hébergement ou d'urgence :**
- (22) Avant chaque soin invasif (ex: prélèvement sanguin, pose de sonde vésicale, pose de drain thoracique, transfusion...)
 - (23) Avant toute administration de médicament quelle que soit la voie d'administration
 - (24) Avant la pose d'un moyen technique d'identification (ex : bracelet)
 - (25) Avant le déplacement d'un patient hors du service (ex : départ vers un plateau technique ou un lieu de consultation, mutation ou transfert vers un autre service)

- Une vérification d'identité est réalisée au niveau du plateau technique :**
- (26) A l'arrivée du patient
 - (27) Avant un acte invasif (interrogation du patient, vérification du bracelet...)

	<i>Commentaires :</i>
---	-----------------------

Implication du patient dans le processus d'identification	oui	non	NSP*
--	-----	-----	------

- (28) Le patient est sensibilisé sur son rôle dans l'identification par le biais d'informations
- (29) Le patient est incité à participer à la sécurisation du processus d'identification.

	<i>Commentaires :</i>
---	-----------------------

* NC : non concerné NSP : ne sait pas Page 3/3

ANALYSE DES BARRIÈRES CONTRE LES RISQUES D'ERREURS D'IDENTITÉ



A quelle phase du projet correspond cette analyse ?

L'identification des barrières contre les risques d'erreurs d'identité correspond à la phase 1 de l'étape d'évaluation des risques d'erreurs d'identité (étape 1 du projet PERILS).



Pourquoi une analyse des barrières ?

- Une barrière est une défense ou un contrôle qui est en place pour augmenter la sécurité d'un système. Il existe plusieurs types de barrières : physiques (par exemple pour les erreurs d'identité : programmes informatiques, bracelet, codes-barres), naturelles (ex : vérifications de l'identité du patient par deux professionnels à des moments différents de la prise en charge médicale), humaines (ex : vérification de l'identité des patients à l'aide d'une pièce d'identité), administratives (ex : protocoles et procédures).
- L'analyse des barrières est une méthode d'évaluation qui vise à identifier de façon proactive les barrières qui ont été mises en place ou qui pourraient être mises en place afin de prévenir la survenue d'événements indésirables.



Objectifs

- Analyser le processus d'identification du patient tout au long du parcours d'hospitalisation du patient ;
- Identifier les barrières mises en place contre les risques d'erreur d'identité, et les barrières qui pourraient exister.



Quelques définitions utiles

Politique d'établissement : Manière d'agir, stratégie de l'établissement.

Identification : Action qui consiste à donner, attribuer un nom ou un code au patient ainsi reconnu.

Traits d'identification :

- Caractéristiques définies dans un système d'information comme constituant de l'identité d'un patient et sensées représenter une personne pour l'identifier de façon unique dans ce système.
- Nom de naissance, nom marital, prénom, date de naissance, sexe sont les principaux traits appelés traits stricts.

Homonymie : situation dans laquelle les traits associés à deux personnes sont identiques. Normalement, un identifiant différent est attribué à chacune des personnes dont les traits sont homonymes.



Qui ?

Personnes conduisant l'évaluation

Deux membres du groupe de travail de l'établissement avec de préférence deux profils différents :

- un professionnel ayant une connaissance ou une expérience des soins ;
- un professionnel ayant une connaissance ou une expérience des systèmes d'information.

Personnes rencontrées pour l'évaluation

Personnes de l'encadrement médical et paramédical et un ou deux acteurs de terrain (médecin, sage-femme, infirmier, aide-soignant, secrétaires...).



Où ?

Dans le service concerné, dans une salle de réunion préservant la confidentialité.



Quand ?

A un horaire favorable pour les professionnels des services rencontrés, prenant en compte leur disponibilité.



Comment ?

- Entretien collectif structuré à l'aide d'une grille d'évaluation élaborée par le groupe de travail régional. Si une personne n'est pas disponible pour l'entretien collectif, il est possible de la rencontrer dans un deuxième temps, afin de compléter certaines réponses apportées lors de l'entretien collectif.
- Grille non connue par les professionnels de santé au moment de l'entretien, afin d'obtenir des réponses spontanées.
- Zones de commentaires prévues pour expliquer le choix des réponses retenues.
- Noter à la fin de l'entretien : les conditions de l'entretien, le temps passé, les difficultés rencontrées, les remarques formulées par les professionnels de santé sur la grille d'évaluation, sur des éléments de la sécurité de l'identification des patients non abordés pendant l'entretien.
- La collecte des données sera aussi complétée par la consultation des documents concernant l'identification des patients (projet d'établissement, règlement, procédures, fiches techniques, logigrammes, charte, auto-évaluation, rapport de procédure d'accréditation/certification...) disponibles dans le service ou l'établissement. Il est important de visualiser également les supports d'identification tels que les étiquettes, bracelets et autres.



A faire

Avant l'entretien

- Programmer l'entretien avec les professionnels interrogés. Les informer sur le champ du projet et ses objectifs.
- S'assurer de bien avoir au moins deux membres du groupe de travail de l'établissement.

Pendant l'entretien

- Se présenter.
- Présenter rapidement le projet.
- S'assurer que tous les participants comprennent la démarche et sa finalité, connaissent les activités du CCECQA, les étapes du projet et cette phase-là.
- Présenter le déroulement de l'entretien.
- Créer un climat de confiance, basé sur l'écoute et sans jugement de valeur.
- Rappeler que la démarche est plutôt ciblée sur le système que sur les acteurs.
- Dire que les informations recueillies resteront confidentielles.
- Ne pas être culpabilisant.
- Reformuler la question si elle est mal comprise, en donnant si possible des exemples de situations à risques ou de barrières.
- Laisser les personnes s'exprimer si elles le souhaitent même en dehors des questions de la grille d'évaluation. Cela permet de connaître des préoccupations importantes que les participants peuvent avoir.
- A la fin de l'entretien, consulter les documents et voir les objets concernant l'identification des patients (procédures, étiquettes, bracelets...).
- Mesurer le temps passé au recueil d'informations.



A éviter

- Vouloir rencontrer tous les professionnels de santé du service.
- Rencontrer que des personnes de l'encadrement ou ne pas rencontrer les personnes de l'encadrement.
- Réaliser l'entretien avec la présence d'autres professionnels du service ou de l'établissement non concernés par cette évaluation.
- Suggérer certaines réponses.
- Interrompre les réponses.
- Laisser le groupe partir dans des discussions trop éloignées de la problématique étudiée.



Durée

30 à 45 minutes.

Phase 2 - Étude de la fréquence des erreurs

- Méthodologie
- Outil : tableaux à compléter (6 pages)
- Fiche d'accompagnement de l'outil

MÉTHODOLOGIE DE LA PHASE 2

Étude de la fréquence des erreurs d'identification à l'admission

➤ **Type d'étude** : étude épidémiologique descriptive, longitudinale, prospective sur une période de 30 jours ou une période permettant d'obtenir au moins 50 nouveaux IPP (Identifiant Permanent du Patient) ou NIP (Numéro d'Identification Permanent).

➤ **Echantillon** : tous les patients pour lesquels un nouvel IPP ou NIP aura été créé pendant la période de 30 jours ou la période permettant d'obtenir au moins 50 nouveaux IPP ou NIP.

➤ **Variables et définitions**

Les erreurs d'identification à l'admission recherchées seront classées de la façon suivante :

- les identités incomplètes ou erronées, en ce qui concerne l'IPP ou NIP lié aux traits d'identification suivants : nom de naissance, nom marital, prénom, date de naissance, sexe ;
- les doublons : les traits d'identification (nom de naissance, prénoms, date de naissance et sexe) sont identiques pour plusieurs IPP ou NIP ; c'est-à-dire un dossier patient dispersé sur au moins deux IPP ou NIP ;
- les collisions : un IPP ou NIP pour au moins deux dossiers patient ;
- les modifications ou corrections d'identité :
 - modification des traits d'identification (nom de naissance, prénom, date de naissance et sexe) ;
 - fusion de plusieurs dossiers patient lorsqu'un même patient a plusieurs IPP ou NIP ;
 - défusion suite à une collision entre plusieurs dossiers patient.

➤ **Collecte des données**

Elle sera effectuée par le responsable du DIM et un autre membre du groupe de travail de l'établissement.

Elle s'appuiera sur une analyse informatique du fichier d'identification des patients en ce qui concerne les identités incomplètes ou erronées, et les doublons.

Pour les modifications et fusions d'identité, l'établissement analysera la traçabilité informatique des corrections effectuées dans le cas où il dispose de ces éléments dans son système d'information.

Sinon, un recensement sera effectué à partir des demandes de modification d'identité adressées à toutes les personnes habilitées à modifier une identité dans l'établissement.

➤ **Analyse des données**

L'analyse des données consistera à calculer les taux d'incidence de chaque type d'erreur d'identification pour la période étudiée : taux d'identité incomplète, taux de doublons, taux de collisions et taux de modifications d'identité.

Le numérateur sera la fréquence absolue de chaque type d'erreur, le dénominateur sera le nombre de patients pour lesquels un nouveau NIP a été créé pendant la période.



ÉTUDE DE LA FRÉQUENCE DES ERREURS D'IDENTIFICATION A L'ADMISSION

RECHERCHE DES IDENTITÉS INCOMPLÈTES, ERRONÉES, DES DOUBLONS, DES COLLISIONS ET DES MODIFICATIONS DES TRAITS D'IDENTIFICATION

Cet outil est à utiliser avec la fiche d'accompagnement de la phase 2 de l'étape d'évaluation des risques du projet.

ÉTABLISSEMENT :	_____
DATE :	_____
TEMPS PASSÉ POUR CETTE RECHERCHE :	_____
PERSONNE AYANT COMPLETÉ CE DOCUMENT	_____

Dans les tableaux qui suivent, il est important d'étudier **au moins 50 nouveaux IPP* ou NIP***.
Il est possible d'en étudier davantage ce qui permet d'avoir une estimation encore plus précise de la fréquence de chaque type d'erreur.

Si un résultat est inconnu, mettre un point d'interrogation à la place du chiffre.

* IPP = identifiant permanent du patient

* NIP = numéro d'identification permanent

1/ IDENTITÉS INCOMPLÈTES

TABLEAU I - FRÉQUENCE DES IDENTITÉS INCOMPLÈTES*

TRAITS D'IDENTIFICATION CONCERNES ↓	NBRE D'IPP ETUDIÉS	INFORMATION NON SAISIE (CHAMP VIDE)		IDENTITE ATTRIBUEE PAR L'ETABLISSEMENT EN L'ABSENCE D'INFORMATION	
		NBRE	TAUX (%)	NBRE	TAUX (%)
NOM DE NAISSANCE					
PRENOM					
DATE DE NAISSANCE					
SEXE					

* Plusieurs traits peuvent manquer à une même identité.

Le taux calculé est le rapport du nombre d'erreurs sur le nombre d'IPP étudiés.

2/ IDENTITÉS ERRONÉES

TABLEAU II - FRÉQUENCE DES IDENTITÉS ERRONÉES*

TRAITS D'IDENTIFICATION CONCERNES ↓	NBRE D'IPP ETUDIÉS	ERREURS DANS LA SAISIE		ERREURS DANS LES DOCUMENTS FOURNIS OU DANS L'INFORMATION ORALE DONNEE		TOTAL DES ERREURS	
		NBRE	TAUX (%)	NBRE	TAUX (%)	NBRE	TAUX (%)
NOM DE NAISSANCE							
NOM MARITAL							
PRENOM (SIMPLE OU COMPOSE)							
DATE DE NAISSANCE							
SEXE							

* Plusieurs erreurs peuvent concerner une même identité.

3/ DOUBLONS

Les méthodes de traitement des doublons étant différentes d'un établissement à l'autre, le nombre d'IPP retenu pour l'étude des doublons peut être différent des échantillons précédents (mais toujours \geq à 50). Il doit de toutes façons correspondre à des dossiers récents, correspondants aux pratiques et aux systèmes d'information actuels.

TABLEAU III – FRÉQUENCE DES DOUBLONS

NOMBRE DE NOUVEAUX IPP ÉTUDIÉS POUR LA PÉRIODE : _____

TYPES DE DOUBLONS			FREQUENCE	
NOM DE NAISSANCE	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	NBRE	TAUX (%)
id	id	id		
id	id	≠		
id	≠	id	*	*
≠	id	id		

id = identique

* Ne doit pas inclure les jumeaux.

**TABLEAU IV - FRÉQUENCE DES DOUBLONS
CAS DES FEMMES MARIÉES, SÉPARÉES OU DIVORCÉES**

TYPES DE DOUBLONS				FREQUENCE	
NOM DE NAISSANCE	NOM MARITAL	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	NBRE	TAUX (%)
id	≠	id	id		

Pour la recherche de doublons, expliquer la méthode utilisée, joindre éventuellement un document concernant la recherche.

4/ COLLISIONS

Nombre d'IPP étudiés : _____.

Ce nombre peut être différent des échantillons précédents.

Nombre de collisions identifiées sur les nouveaux IPP pendant la période : _____.

Taux de collisions : _____.

5/ MODIFICATIONS DES TRAITS D'IDENTIFICATION

TABLEAU V - RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DE MODIFICATIONS DES TRAITS D'IDENTIFICATION STRICTS : NOM DE NAISSANCE, NOM MARITAL, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, SEXE

TYPES DE MODIFICATIONS ↓	NBRE D'IPP ETUDIÉS	MODIFICATIONS	
		NBRE	TAUX (%)
MODIFICATIONS EN LIEN AVEC UNE CREATION PROVISOIRE DU DOSSIER PATIENT			
MODIFICATIONS SUITE A UN CHANGEMENT DANS L'ETAT CIVIL			
CORRECTIONS D'ERREURS OU AJOUTS D'INFORMATIONS (EN DEHORS DE LA CREATION PROVISOIRE DES DOSSIERS)			

Il peut y avoir plusieurs modifications dans un même dossier. Dans ce cas, chaque modification doit être comptabilisée dans le tableau ci-dessus.

TABLEAU VI – RÉPARTITION PROPORTIONNELLE DES MODIFICATIONS SELON LEUR TYPE

TYPES DE MODIFICATIONS ↓	NBRE DE MODIFICATIONS	
	NBRE	TAUX (%)
MODIFICATIONS EN LIEN AVEC UNE CREATION PROVISoire DU DOSSIER PATIENT		
nom de naissance		
nom marital		
prénom		
date de naissance		
sexe		
TOTAL		100 %
MODIFICATIONS SUITE A UN CHANGEMENT DANS L'ÉTAT CIVIL		
changement de nom marital		
nom suite reconnaissance (nouveau-né ou autre)		
autre type de modification		
TOTAL		100 %
CORRECTIONS D'ERREURS OU AJOUTS D'INFORMATIONS (EN DEHORS DE LA CREATION PROVISoire DES DOSSIERS)		
erreur de nom (sauf inversion)		
orthographe du nom		
erreur de prénom (sauf inversion)		
orthographe du prénom		
inversion nom / prénom		
inversion nom jeune fille / nom marital		
erreur date de naissance		
erreur sexe		
ajout du nom de naissance		
autre type de modification		
TOTAL		100 %

6/ FUSIONS ET DEFUSIONS

FUSIONS

Nombre d'IPP étudiés : _____.

Ce nombre peut être différent des échantillons précédents.

Nombre de fusions effectuées sur la période : _____.

Taux de fusions : _____.

DEFUSIONS

Nombre d'IPP étudiés : _____.

Ce nombre peut être différent des échantillons précédents.

Nombre de défusions effectuées sur la période : _____.

Taux de fusions : _____.

Merci de penser à compléter le début du document à propos du temps consacré à l'ensemble de cette recherche.

ÉTUDE DE LA FRÉQUENCE DES ERREURS D'IDENTIFICATION À L'ADMISSION



A quelle phase du projet correspond cette étude ?

L'étude de la fréquence des erreurs d'identification à l'admission correspond à la phase 2 de l'étape d'évaluation des risques d'erreur d'identité (étape 1 du projet PERILS).



Pourquoi une étude de la fréquence des erreurs d'identification à l'admission ?

Cette étude permet d'avoir une mesure quantitative de chaque type d'erreur d'identification à l'admission et ainsi d'évaluer l'importance de ce problème en terme de fréquence.

La fréquence de ces erreurs pourra être utilisée comme indicateur de suivi de l'amélioration de l'identification à l'admission.

Cette phase du projet est ciblée sur l'identification à l'admission car cette dernière est souvent le point de départ de situations dangereuses et représente une source importante d'informations sur cette problématique.



Objectifs

Évaluer la fréquence des différents types d'erreurs d'identification à l'admission : identités incomplètes ou erronées, doublons, collisions, modifications ou corrections de l'identité.



Quelques définitions utiles

Traits d'identification :

- Caractéristiques définies dans un système d'information comme constituant de l'identité d'un patient et sensées représenter une personne pour l'identifier de façon unique dans ce système.
- Nom de naissance, nom marital, prénom, date de naissance, sexe sont les principaux traits appelés traits stricts.

Identité incomplète ou erronée :

- Rappelons que l'identité est composée d'un identifiant, numéro d'identification du patient (NIP) ou identifiant permanent du patient (IPP) et d'un profil de traits d'identification (trait 1, trait 2, trait 3...).
- Les informations manquantes ou les erreurs concernent l'identifiant ou un ou plusieurs traits d'identification tels que : nom de naissance, nom marital, prénom, date de naissance, sexe.

Doublon :

Situation dans laquelle deux identifiants (NIP ou IPP) ou plus concernent une même personne.

La situation de doublon est créée quand, après recherche d'antériorité, un professionnel ne reprend pas une identité correspondant au patient, mais en crée une nouvelle à tort (une erreur dans le dossier précédemment créé peut empêcher qu'il apparaisse lors de la requête). Une situation de doublon peut aussi être créée quand le dossier est établi sans recherche d'antériorité préalable.

Collision :

Situation dans laquelle un identifiant unique est attribué à deux personnes (au moins). Cela se traduit par l'existence d'un seul dossier pour les deux personnes.

La situation de collision est créée quand, après recherche d'antériorité, on reprend à tort l'identité d'un patient dont :

- les traits stricts (nom, prénom, date de naissance, sexe) sont identiques aux traits de recherche, bien qu'il s'agisse d'un autre patient (cas d'homonymie complète),
- les traits stricts sont approchants des critères de recherche. Un professionnel estime à tort qu'il peut reprendre l'identité candidate.

Modifications ou corrections d'erreurs (NIP, IPP ou traits d'identification) :

Elles peuvent concerner les nom, prénom, date de naissance, sexe.

Ce sont aussi les fusions de dossiers multiples pour un même patient et les défusions suite à une collision.



Qui ?

Le DIM, un autre membre du groupe de travail de l'établissement et tout autre personne tel que technicien du DIM si cela est jugé nécessaire.



Où ?

Dans les locaux où on accède aux fichiers informatiques de l'établissement.



Comment ?

- Identifier les sources potentielles des informations recherchées, en particulier les logiciels et applications informatiques permettant des recherches automatisées multicritères.
- Rechercher le nombre d'erreurs sur une période d'un mois ou une période permettant d'obtenir au moins 50 nouveaux IPP.
- Utiliser l'outil correspondant à la phase 2 et compléter les tableaux.
- Calculer les taux de chaque type d'erreur d'identification pour la période étudiée : taux d'identité incomplète ou erronée, taux de doublons, taux de collisions, taux de modifications ou corrections d'identité, taux de fusions et taux de défusions. Le numérateur sera la fréquence absolue de chaque type d'erreur détectée ou modification réalisée, le dénominateur sera le nombre d'identités créées sur une période donnée.
- Pour les identités incomplètes ou erronées, les doublons et les collisions, analyser informatiquement le fichier d'identification des patients.

Recherche des identités incomplètes, erronées, des doublons et des collisions

Exemple de modalités d'extraction

- Sélectionner une période d'un mois ou une période permettant d'obtenir au moins 50 nouveaux IPP
- Sélectionner les nouveaux IPP créés pendant cette période, leur nombre servira de dénominateur au taux d'erreurs calculé.

- Pour la recherche des identités incomplètes, les principales combinaisons utilisées sont les suivantes :

Même si le logiciel ne permet pas a priori de créer un dossier lorsqu'il manque un trait d'identification, faire une recherche d'identité incomplète sur chacun de ces traits.

- Absence de nom
- Absence de prénom
- Absence de date de naissance
- Absence de sexe

- Pour la recherche des identités erronées, les principales combinaisons utilisées sont les suivantes :

- Chiffres parmi les lettres. Ex : LAPORTE, LA3PORTE
- Espace avant le mot
- Présence de caractères spéciaux comme @, \$, #
- Date de naissance avec année > 2009 ou < 1899, mois > 12, jour > 31 si le logiciel ne les contrôle pas

- Pour la recherche des doublons, les principales combinaisons utilisées sont les suivantes :

- Même nom, même prénom, même date de naissance
- Même nom, même prénom, mais date de naissance différente
- Même nom, prénom différent, même date de naissance (il faudra alors distinguer les jumeaux des doublons)
- Nom différent, même prénom, même date de naissance
- Même début de nom, même début de prénom, même date de naissance

*Selon les logiciels, on peut utiliser les caractères de remplacement pour faire la recherche : * ou % comme on le ferait pour rechercher les Thibaud, Thibaut, Thibault avec Thibau**

• *Même nom, nom marital différent, même prénom, même date de naissance (cas des femmes mariés, séparées ou divorcées).*

- Pour la recherche des collisions : le système informatique ne peut pas les détecter. Elles peuvent être repérées par le biais de l'histoire médicale des patients concernés.

Ce tableau ne constitue pas un modèle unique d'extraction mais un exemple.

- Pour les modifications et ou corrections, analyser la traçabilité informatique des corrections effectuées dans le cas où le système possède un historique, ou utiliser un répertoire papier de chaque modification s'il existe, ou bien en créer un pour le projet. Sinon, recenser les demandes de modifications d'identité adressées à toutes les personnes habilitées à modifier une identité dans l'établissement.

On fait la différence entre les corrections d'erreurs, la modification d'une identité provisoire (en lien avec la constitution du dossier) et la modification faisant suite à un changement dans l'état civil.

Pour les modifications, sélectionner une période d'un mois ou une période permettant d'obtenir au moins 50 nouveaux IPP. Le nombre d'IPP servira de dénominateur.

Pour la répartition des modifications selon leur type, le dénominateur sera le nombre total de modifications.



A faire

- Respecter les définitions des différents types d'erreurs.
- Expliquer pourquoi la fréquence de certains types d'erreurs n'a pu être mesurée.
- Mesurer le temps passé pour chaque recherche.



A éviter

- Il n'est pas nécessaire de faire la recherche sur une période plus longue, ni sur les années précédentes.
- Faire l'analyse même si les règles de contrôle (par exemple saisie obligatoire de certains traits d'identification) laissent supposer que ce type d'erreur n'est pas possible (par exemple absence du nom de naissance).

Phase 3 - Analyse approfondie des causes

- Méthodologie
- Outil : grille d'analyse à compléter (16 pages)
- Fiche de synthèse de l'analyse approfondie à rédiger (2 pages)
- Fiche d'accompagnement de l'outil

MÉTHODOLOGIE DE LA PHASE 3

Estimation de la fréquence des accidents et des incidents liés à des erreurs d'identité et analyse approfondie de leurs causes

➤ **Type d'étude :**

- Incidence sur une période de 7 jours des accidents et incidents liés à des erreurs d'identité, identifiés par le système de signalement des événements indésirables déjà mis en place en milieu hospitalier qui vise à améliorer la sécurité des patients grâce aux enseignements tirés des défaillances du système de santé (notion de système apprenant ou de learning system) [25, 26] ;
- Approche qualitative, descriptive et rétrospective pour l'analyse approfondie des causes de chaque accident ou incident, basée sur la méthodologie développée pour le projet ENEIS (Etude nationale sur les événements indésirables liés aux soins, 2004) [27, 28].

➤ **Lieu d'étude :** tous les services de l'établissement.

➤ **Evénements ciblés par une analyse approfondie des causes :** 2 à 3 événements avec des erreurs d'identité avec ou sans conséquences pour le patient, en privilégiant les plus graves et les presque accidents.

➤ **Recherche des défaillances immédiates et latentes** avec une grille d'entretien semi directif.

➤ **Collecte des données**

Elle sera réalisée lors d'un entretien collectif avec les professionnels concernés par l'événement. Cet entretien collectif sera mené par le responsable qualité/gestion des risques de l'établissement et un membre du groupe de travail afin d'avoir une bonne appréhension des défaillances latentes. Ils seront préalablement formés à ce type d'investigation par l'équipe du CCECQA, à partir de jeux de rôle au cours desquels ils analyseront des événements survenus dans des contextes différents.

L'analyse se déroulera à distance de l'événement, si possible après guérison, consolidation ou la sortie du patient. Cela permettra de rassembler l'ensemble des informations pertinentes concernant l'événement avec des erreurs d'identité, d'avoir une vision synthétique de l'événement, de programmer suffisamment tôt les rendez-vous avec les acteurs concernés.

L'analyse des défaillances sera réalisée dans l'unité d'hospitalisation au cours d'une réunion avec les acteurs concernés par l'événement. Le nombre et la qualité de ces acteurs sera variable selon la nature des événements et le contexte. Au-delà des professionnels directement concernés par la survenue de l'événement, leur encadrement sera sollicité. Afin de bénéficier d'une vision globale du fonctionnement hospitalier, d'autres acteurs tels que les responsables qualité, les responsables de la cellule indentitovigilance, du bureau des admissions, du DIM, du système d'information hospitalier peuvent aussi être sollicités. Au cours de l'entretien, toutes les sources d'information pertinentes (dossier patient, fiche de signalement d'événement indésirable...) seront utilisées. Les patients ne seront pas interrogés.

Les personnes chargées de l'analyse des défaillances introduiront la réunion en rappelant l'objectif et en demandant aux différents participants de se présenter. Les étapes de l'analyse des défaillances seront les suivantes : une présentation de l'événement par un des professionnels concernés, puis une analyse des défaillances et des défenses contre les risques d'erreurs. La réunion se terminera par une hiérarchisation des défaillances selon leur importance dans la survenue de l'événement.

La durée prévue pour l'analyse d'un événement est estimée à 90 minutes, d'après l'expérience ENEIS.

Fiche de collecte (grille d'entretien)

Les données seront collectées sur la grille d'entretien proche de celle utilisée dans l'étude ENEIS. Le contenu de cette fiche est fortement inspiré du modèle de J. Reason et des outils déjà développés dans la santé pour une analyse approfondie des causes des incidents et accidents médicaux [29-32].

Les données collectées concerneront :

Les données démographiques et médicales du patient :

Cette section aura pour objectif d'identifier l'état clinique du patient : caractéristiques des traits d'identification, antécédents, motif d'admission, la gravité et la complexité de son état et le degré d'urgence de sa prise en charge avant la survenue de l'événement. Cette section appréciera les vulnérabilités liées au patient.

La description détaillée de l'événement :

Cette section visera à reconstituer le plus fidèlement possible la séquence chronologique des faits ayant conduit à l'accident ou l'incident, d'apprécier la gravité des conséquences, le lieu et le moment de la survenue ainsi que les professionnels impliqués au moment de l'événement, et les moyens de récupération mis en oeuvre.

La recherche de défaillances actives :

Cette section s'intéressera aux soins pour lesquels une erreur d'identité est survenue (un acte invasif, l'utilisation d'un médicament, d'un produit sanguin, etc.), et à l'identification de la principale défaillance et des défaillances humaines associées (déviation par rapport à la pratique attendue).

La recherche de défaillances latentes :

Cette section concernera les terrains favorables ayant contribué à la survenue de l'erreur d'identité. Ces défaillances seront regroupées par thème et chaque groupe comprendra des défaillances spécifiques :

1. Les défaillances individuelles : défaut de qualification du personnel, défaut de connaissances théoriques et/ou techniques, manque d'expérience, etc.
2. Les défaillances liées à l'équipe : mauvaise composition de l'équipe, problèmes de communication ou de mésentente entre le personnel, le patient et les proches, difficultés à obtenir une aide ou un avis d'un autre membre du personnel à tout moment, etc.
3. Les défaillances liées aux tâches à accomplir : absence de protocoles, planification des tâches, etc.
4. Les défaillances concernant l'environnement : problèmes de locaux ou de matériel, insuffisance de formation à utiliser des équipements, charge de travail élevée, etc.
5. Les défaillances concernant l'organisation : changement récent, responsabilités mal définies, défaut de coordination, etc.
6. Les défaillances concernant le contexte institutionnel : problème de financement, culture de sécurité, etc.

La recherche des moyens de défenses :

Cette section visera à identifier les barrières contre les risques d'erreur qui n'auront pas fonctionné au moment de la survenue de l'événement, les barrières qui auraient pu exister, les actions entreprises par l'équipe de soin pour éviter que cet événement ne se reproduise.

Avec cette section, il sera possible de vérifier la cohérence entre les défaillances et les barrières citées par les professionnels, et de revoir si nécessaire l'analyse de certaines défaillances.

La hiérarchisation des défaillances latentes :

Cette hiérarchisation sera faite avec une échelle cotée de 1 à 4 (1. faible, 2. plutôt faible, 3. plutôt forte, 4. forte). Elle estimera l'importance de chaque défaillance identifiée dans la survenue de l'événement.

Cette grille d'entretien ne sera pas utilisée comme un questionnaire dont le remplissage est linéaire, questions par questions. Elle constituera un guide d'entretien ; les questions proposées serviront de fil conducteur à l'animation de la réunion par les personnes chargées de l'analyse des causes, et éviteront d'oublier de rechercher certaines données importantes lors de l'investigation. Ce sera aussi le support de collecte des données qui sera complété pendant la réunion ou à l'issue de celle-ci. Dans ce type d'analyse, les informations seront en effet délivrées par les acteurs au fur et à mesure de la description des circonstances de survenue de l'événement.

La validité de cette fiche a été étudiée en deux temps lors du projet ENEIS. La validité de contenu a été testée au cours de deux réunions organisées avec des experts nationaux et internationaux dans le

domaine de la qualité et de la sécurité des soins. L'étude de la reproductibilité inter médecin analyseur a été faite par le CCECQA. Elle a consisté en une analyse de la concordance de l'identification des défaillances latentes par deux enquêteurs indépendants qui analysaient successivement le même événement indésirable avec le même membre de l'équipe de coordination ENEIS. Ce membre jouait le rôle de l'équipe de soins. La reproductibilité a été considérée satisfaisante pour 5 des 6 types de défaillances latentes [28].

➤ **Analyse des données**

Analyse individuelle des événements

Les résultats de l'analyse de chaque cas seront présentés sous la forme d'une fiche de synthèse qui comprendra les sections suivantes :

- la description de l'événement et de ses conséquences ;
- les circonstances de survenue et les défaillances actives ;
- les défaillances latentes ;
- les actions proposées pour éviter la répétition de ce type d'événement lié à une erreur d'identité.

Chaque fiche de synthèse des résultats sera préparée par les deux personnes chargées de l'analyse du cas, puis validée par le CCECQA.

Analyse agrégée

Une analyse agrégée de l'ensemble des fiches de synthèse sera réalisée par le groupe de travail régional.

La description des patients et des événements liés à une erreur d'identité lors des soins portera sur :

- les caractéristiques des traits d'identification, l'âge, le sexe, la durée du séjour, la gravité et la complexité de la situation clinique avant la survenue de l'événement (faible à importante), le degré d'urgence de la prise en charge avant la survenue de l'événement (non urgent à très urgent), les conséquences (prolongation de la durée de séjour, incapacité physique ou traumatisme psychologique, mise en jeu du pronostic vital, décès), le lieu de survenue (type de service et localisation précise), horaire de survenue et jour de la semaine ;
- les défaillances actives ;
- les défaillances latentes.

➤ Confidentialité

L'accès des patients aux données les concernant, sera explicitement détaillé dans la déclaration à la CNIL (celle-ci se réfère à l'article 5 bis de la Loi Informatique et Liberté, relatif aux données recueillies dans le cadre de recherches médicales).

Les grilles d'analyse et les fiches de synthèse de l'analyse de chaque cas seront transmises au CCECQA après anonymisation. Il sera strictement impossible, à partir de la fiche, de revenir aux professionnels et au patient concernés.

Enfin, des règles strictes de confidentialité seront fondées sur un engagement des professionnels engagés dans ce projet à respecter scrupuleusement le secret professionnel, sur une information précise des établissements participants et sur les mesures de sécurité d'ordre physique et logicielle dans les lieux de stockage dans les établissements de santé et au CCECQA.



GRILLE D'ANALYSE DES CAUSES D'UNE ERREUR D'IDENTITÉ

Etablissement de santé :
1. public 2. privé

Date de l'analyse : |_|_|/|_|_|/|_|_|

Heure de début : |_|_|:|_|_|

Heure de fin : |_|_|:|_|_|

Nom de la personne chargée de l'analyse :

Personnes présentes, noms et fonctions :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A. Information sur le patient :

1. Cas n° : |_|_|

2. Sexe :
1. Masculin |_|
2. Féminin

3. Age (en années) : |_|_|_|

4. Type de prise en charge :
1. consultation
2. soins externes |_|_|_|
3. hospitalisation
4. urgences

5. Date et heure d'admission ou de passage dans le service

|_|_|/|_|_|/|_|_|

(jj/mm/aa ; hh-mn) :

|_|_|-|_|_|

6. Première admission dans le service :

1. oui 2. non

|_|

7. Première admission dans l'établissement :

1. oui 2. non

|_|

8. Mode d'admission du patient :

- 1. par les urgences
- 2. par le bureau des admissions
- 3. par un service de soins
- 4. autre, précisez :

|_|

9. Moyen d'arrivée, mode de transport :

- 1. Pompiers
- 2. Ambulances
- 3. SAMU/SMUR
- 4. Gendarmerie
- 5. Moyens personnels
- 6. Autres : précisez

|_|

10. Accompagnement

- 1. Accompagné
- 2. Seul

|_|

11. Date de sortie du service (jj/mm/aa) :

(ou date au moment de l'analyse du cas si patient encore hospitalisé dans l'unité)

|_|_|/|_|_|/|_|_|

12. Capacité du patient à communiquer lors de son identification (admission, avant tout soin) :

- 1. Communicant
- 2. Non communicant
- 3. Autre, préciser

|_|

13. Diagnostic ou motif d'entrée :

.....

.....

.....

.....

14. Diagnostic à la sortie (ou au moment de l'analyse du cas) :

.....
.....
.....

15. Quelle était la gravité de la situation clinique du patient avant la survenue de l'erreur d'identité (maladie, état général, comorbidités, etc.) ?

- 1. Importante
- 2. Plutôt importante |_ |
- 3. Plutôt faible
- 4. Faible

16. Quel était le degré de complexité de la situation clinique du patient avant la survenue de l'erreur d'identité ?

- 1. Très complexe
- 2. Plutôt complexe |_ |
- 3. Plutôt non complexe
- 4. Non complexe

17. Quel était le degré d'urgence dans la prise en charge du patient avant la survenue de l'erreur d'identité ?

- 1. Très urgent
- 2. Plutôt urgent |_ |
- 3. Plutôt non urgent
- 4. Non urgent

B. Qu'est-il arrivé ?

1. Date de survenue de l'erreur d'identité : / /

2. Date de découverte de l'erreur d'identité : / /

3. Description de l'erreur d'identité

(type d'erreur, complications liées à l'erreur d'identité)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Quel est le dommage ou la conséquence de l'erreur d'identité pour le patient ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Quelle est l'importance du dommage ou de la conséquence ?

a. Cette erreur a t-elle entraîné une prolongation du séjour hospitalier ?

1. Oui 2. Non

b. Cette erreur a t-elle entraîné une incapacité au moment de la sortie d'hospitalisation ou un traumatisme psychologique ?

1. Oui 2. Non

c. Cette erreur a t-elle mis en jeu le pronostic vital ?

1. Oui 2. Non

d. Cette erreur a t-elle entraîné le décès ?

1. Oui 2. Non

6. Quel est le lieu de découverte ou de survenue de l'erreur d'identité ?

a. Dans le service ou l'unité fonctionnelle enquêté ?

1. Oui 2. Non

b. Précisez le service ou l'unité fonctionnelle :

.....

c. Quelle est le lieu de survenue de l'erreur d'identité ?

- 1. Admissions
- 2. Archives
- 3. Laboratoire
- 4. DIM
- 5. Bloc opératoire
- 6. Salle de surveillance post-interventionnelle
- 7. Unité de réanimation, de soins intensifs
- 8. Salle de cathétérisme, d'endoscopie, d'exploration fonctionnelle, de dialyse
- 9. Unité de consultation, salle de pansement |_|_|
- 10. Unité ou salle de kinésithérapie
- 11. Chambre du patient
- 12. Salle de travail (maternité)
- 13. Service de radiologie
- 14. Service des urgences
- 15. Parties « communes » de l'établissement (couloirs, ascenseurs, escaliers, parking, etc.)
- 16. Cabinet de consultation
- 17. Autre, précisez :.....
- 18. Ne sait pas

7. Quels sont les services concernés ?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Quels professionnels sont intervenus dans cette erreur d'identité (avant un signalement) ?

(plusieurs réponses possibles, indiquer la fonction des personnes)

Personnel d'une ou de plusieurs unités de soin |_|
.....

Personnel transversal |_|
.....

Personnel des admissions |_|
.....

Personnel du plateau technique |_|
.....

Autre, préciser |_|
.....

C. Pourquoi cela est-il arrivé ? Recherche des causes immédiates

1. Quelle chaîne des événements a mené à l'erreur d'identité ? (circonstances et causes immédiates)

Description chronologique des événements :

(préciser : les dates, les jours de la semaine, les heures, les lieux, éventuellement les informations fournies par le patient, par sa famille et leur fiabilité, le soin concerné par l'erreur d'identité)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Quelle est la principale cause de l'erreur d'identification (plusieurs réponses possibles)

- 1. Le patient était inconscient, incohérent
- 2. Le patient ne possédait pas ses papiers d'identité
- 3. Le patient n'informe pas d'un changement dans ses traits d'identification
- 4. Le patient utilise des traits d'identification différents (des documents ou d'un document à l'autre)
- 5. Erreur sur un ou plusieurs documents administratifs
- 6. Usurpation d'identité
- 7. Erreur de saisie
- 8. Erreur de rangement d'un document
- 9. Absence de vérification de l'identité donnée par une structure extérieure
- 10. Admission en période de fonctionnement en mode dégradé
- 11. Défaut de vérification d'un ou de plusieurs professionnels
- 12. Changement de chambre du patient
- 13. Utilisation du numéro de chambre
- 14. Autres

3. L'identité du patient était-elle complète (nom, nom de naissance, prénom, date de naissance, sexe) ?

Sur les documents d'admission :

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

Dans le dossier patient :

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

Sur les demandes d'examens :

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

Sur d'autres documents :

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

4. Y-a-t-il des défaillances humaines qui ont conduit à l'erreur d'identité ?

a. Les professionnels concernés exerçaient-ils une activité en dehors de leur champ de compétence ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :
.....

b. Les professionnels ont-ils fait ce qu'ils étaient supposés faire ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **NON**,

1. Y a-t-il eu un défaut d'attention des professionnels concernés ? |__|

2. Y a-t-il eu un oubli, un trou de mémoire ? |__|

3. Y a-t-il eu une erreur de protocole ? |__|

4. Y a-t-il eu un défaut d'application de procédures ? |__|

5. Autres, précisez :

c. L'identité du patient a-t-elle été vérifiée ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, comment ?
.....

si **NON**, pourquoi ?
.....

d. Y-a-t-il eu un défaut de recherche d'information sur le patient ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :
.....

D. Pourquoi cela est-il arrivé ?
Recherche des causes latentes

1. Qu'est-ce qui était différent ou qu'est-ce qui a changé avant la survenue de l'erreur d'identité ?

a. Au niveau de l'équipe, des professionnels, des personnes (exemple : changement d'interne, nouvelle IDE, etc.) ?

.....
.....
Quel a été l'effet de ce changement ?.....

b. Au niveau du matériel (exemple : utilisation d'un nouveau matériel, non disponibilité du matériel, panne, etc.) ?

.....
.....
Quel a été l'effet de ce changement ?.....

c. Au niveau de l'environnement (exemple : zone de travaux, changement de locaux, bruit, etc.) ?

.....
.....
Quel a été l'effet de ce changement ?.....
.....

2. L'erreur d'identité est-elle liée à des FACTEURS INDIVIDUELS ayant favorisé des erreurs humaines ?

a. Défaut de qualification des professionnels ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

b. Défaut de connaissances théoriques ou techniques des professionnels ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

c. Défaut d'aptitude, de compétence des professionnels ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

d. Mauvaise disposition physique et mentale (fatigue, maladie, stress, motivation, etc.) ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

e. Insuffisance d'échange d'information entre les professionnels et le patient ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

f. Insuffisance d'échange d'information entre les professionnels et la famille du patient, ses proches ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

g. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou sa famille ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

h. Autres, précisez :

3. L'erreur d'identité est-elle liée à des défauts concernant l'EQUIPE?

a. Mauvaise composition de l'équipe ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

b. Défaut de communication interne orale et/ou écrite (dossier patient pas clair, illisible) ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

c. Collaboration insuffisante entre collègues ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

d. Conflits – mauvaise ambiance au sein de l'équipe ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

e. Supervision inadaptée des professionnels ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

si **OUI**, précisez :

|_ |

f. Autre défaut concernant l'équipe, précisez :

4. L'erreur d'identité est-elle liée aux TACHES à accomplir lors de l'identification du patient ?

a. Absence de protocoles, de procédures ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :
.....

b. Protocoles, procédures non adaptés, peu compréhensibles ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Non appl. |__|

si **OUI**, précisez :
.....

c. Protocoles, procédures non disponibles au moment de l'identification ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Non appl. |__|

si **OUI**, précisez :
.....

d. Protocoles, procédures inutilisables ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Non appl. |__|

si **OUI**, précisez :
.....

e. Protocoles, procédures insuffisamment diffusés et connus ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Non appl. |__|

si **OUI**, précisez :
.....

f. Défaut d'accessibilité, de disponibilité de l'information en temps voulu ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :
.....

g. Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :
.....

h. Planification des tâches non adaptée ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :
.....

i. Tâches ne relevant pas du champ d'activité du service ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :
.....

j. Autres, précisez :
.....

5. L'erreur d'identité est-elle liée à des facteurs concernant l'ENVIRONNEMENT (matériel ou conditions de travail) ?

a. Locaux inadaptés ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

b. Fournitures ou équipements non disponibles, non adaptés (défaut de conception, défaut de dispositif de sécurité) ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

c. Fournitures ou équipements défectueux ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

d. Fournitures ou équipements mal utilisés ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

e. Supports d'information, notices d'utilisation de matériel non disponibles, non adaptés ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

f. Formation ou entraînement des professionnels insuffisants ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

g. Conditions de travail difficiles (nombreuses interruptions lors d'une tâche par téléphone, lieu de passages, horaires de travail, ergonomie, etc.) ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

h. Charge de travail trop importante ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

|__|

si **OUI**, précisez :

i. Autres, précisez :

.....

6. L'erreur d'identité est-elle liée à des facteurs concernant l'ORGANISATION ?

a. Changement récent d'organisation interne ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

b. Limitation trop restrictive de la prise de décision des acteurs de terrain (hiérarchie trop stricte, pas d'encouragement à la prise d'initiative) ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

c. Mauvaise définition des responsabilités et des tâches ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

d. Défaut de coordination dans le service ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

e. Défaut de coordination entre services ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

f. Défaut d'adaptation à une situation imprévue ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

g. Gestion du personnel ou des ressources humaines inadéquate (personnel insuffisant, non formé, compétence mal répartie au moment de l'erreur d'identité)?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

7. L'erreur d'identité est-elle liée à des facteurs concernant le CONTEXTE INSTITUTIONNEL ?

a. Existe-t-il une politique d'identification des patients ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

b. Les contraintes financières au niveau de l'hôpital ont contribué à la survenue de l'erreur d'identité ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, précisez :

c. Les ressources (matériels, nombres de lits...) sont insuffisantes ou défectueuses ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

d. Les échanges ou les relations avec d'autres établissements ou structures de soins sont faibles ou difficiles ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

e. La maîtrise des risques d'erreur d'identité n'est pas perçue comme un objectif important de la gestion des risques ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

f. Existe-t-il une culture de service qui incite les professionnels à signaler des situations dangereuses et à proposer des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

g. Autres, précisez :

8. GESTION DES RISQUES dans le service

a. La gestion des risques est-elle un objectif du service ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

b. Est-elle perçue comme une priorité ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

c. Les facteurs de risques potentiels sont-ils identifiés ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

d. Les situations dangereuses sont-elles signalées et discutées en équipe ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

e. Des actions de réduction des risques sont-elles menées ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|

si **OUI**, précisez :

si **NON**, pourquoi ? Existe-t-il des obstacles ?

.....

.....

E. Défenses prévues avant et après l'apparition de l'erreur d'identité

1. Est-ce que tout a été mis en œuvre pour éviter ce type d'erreur d'identité ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **NON**, quelles ont été les défenses manquantes ou non opérationnelles ?.....

2. Est-il nécessaire de revoir le système dans lequel l'erreur d'identité est survenue ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, quel est le système qui doit être revu ?.....

3. Y-a-t-il eu des réponses ou des actions particulièrement utiles proposées par l'équipe pour réduire les conséquences de l'erreur d'identité ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, lesquelles ?.....

4. Y-a-t-il eu des réponses ou des actions particulièrement utiles proposées par l'équipe pour éviter que ce type d'erreur d'identité se répète ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas |__|
si **OUI**, lesquelles ?.....

5. Quelles sont les leçons tirées de cet événement qui pourraient être utiles à d'autres services ou d'autres activités ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

F. Hiérarchisation des causes latentes

Pour chacun des facteurs latents identifiés, estimer et coter sur une échelle de 1 à 4, son importance dans la survenue de l'erreur d'identité :

0 = Faible	1 = Plutôt faible	2 = Plutôt forte	3 = Forte
-------------------	--------------------------	-------------------------	------------------

Reporter ci-dessous les causes latentes estimées « FORTE »

-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		

Reporter ci-dessous les causes latentes estimées « PLUTOT FORTE »

-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		

COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS A LA FIN DE L'ANALYSE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

COMMENTAIRES DE LA PERSONNE CHARGEE DE L'ANALYSE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FICHE DE SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES CAUSES



Objectif de cette fiche

Présentation des principaux résultats de l'analyse des causes qui sera transmise au(x) médecin(x) du service (chef de service, médecin responsable du patient) et au cadre de santé.

Nature de l'événement indésirable analysé :

Dates de survenue et de découverte de l'événement indésirable :

Date de l'analyse des causes :

Liste des participants à l'analyse des causes (fonction et spécialité seulement) :

-
-
-
-
-
-
-

Liste des documents disponibles lors de l'analyse :

-
-
-
-
-
-
-

Synthèse

1. Qu'est-il arrivé (description de l'événement et de ses conséquences) ?

2. Comment l'événement est-il survenu (circonstances et causes immédiates) ?

3. Quelles étaient les causes latentes (défaillances identifiées) ?

4. Quelles actions ont été proposées avant ou pendant l'analyse des causes ?

Quelles actions ont été mises en œuvre ?

ANALYSE DES CAUSES D'ERREURS D'IDENTITÉ



A quelle phase du projet correspond cette analyse ?

L'analyse des causes d'erreurs d'identité correspond à la phase 3 de l'étape d'évaluation des risques d'erreurs d'identité (étape 1 du projet PERILS).



Pourquoi une analyse des causes d'erreurs d'identité avec ou sans conséquences ?

L'analyse des causes vient compléter les deux phases précédentes d'évaluation des barrières mises en place et d'étude de la fréquence des erreurs.

La recherche des causes immédiates (défauts de vérifications) et profondes (absence de barrières contre le risque d'erreur) à partir d'événements survenus permettra de repérer les vulnérabilités les plus fréquentes et les plus importantes du système d'identification des patients mis en place.



Objectifs

- Analyser les causes immédiates et les causes profondes d'erreurs d'identité ayant eu lieu dans chaque établissement.
- Estimer la fréquence des accidents et incidents liés à ces erreurs.
- Connaître les vulnérabilités les plus fréquentes et communes aux établissements de santé d'Aquitaine.
- Aider les établissements à mettre en place des actions d'amélioration.



Quelques définitions utiles

Erreur d'identité :

Une erreur d'identité est une erreur dans l'identifiant (séquence numérique ou alphanumérique, NIP ou IPP) ou dans les traits d'identification du patient qui le représentent pour l'identifier de façon unique dans un système.

L'erreur dans le dossier peut provenir soit d'une source d'information insuffisante ou erronée, soit d'un défaut de saisie dans le système d'information.

L'erreur d'identité comprend également les erreurs dans l'utilisation de l'information. Elles sont appelées aussi erreurs d'identification (erreurs de dossier, d'étiquette, de patient, de soin, inversions d'enfants, etc.).

Causes immédiates :

Immédiat signifie : direct, instantané, sans intermédiaire.

Les causes immédiates ou actives sont celles dont on pense qu'elles ont directement provoqué l'erreur d'identité. Ce sont les défaillances humaines. On les repère dans la chronologie des événements.

Causes profondes :

Les causes profondes sont liées à des défaillances latentes correspondant à un "terrain favorable" aux erreurs.

La plupart des causes profondes ou latentes sont développées à partir des activités des personnes qui sont éloignées dans le temps et dans l'espace par rapport à l'événement (par exemple les décideurs et les concepteurs).

Les vulnérabilités sont des défaillances dans les barrières de protection (défense ou contrôle) contre les erreurs.

TYPOLOGIE DES DEFAILLANCES LATENTES ET EXEMPLES	
INDIVIDUELLES	connaissances, aptitudes, échanges avec le patient
LIEES A L'EQUIPE	communication, collaboration, supervision
LIEES AUX TACHES	protocoles, accessibilité à l'information, planification
LIEES A L'ENVIRONNEMENT	locaux, équipements, charge de travail
LIEES A L'ORGANISATION	définition des responsabilités, gestion du personnel
LIEES AU CONTEXTE INSTITUTIONNEL	contraintes financières, culture qualité/sécurité

Entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif se situe entre l'entretien libre ou ouvert laissant libre court au récit de la personne à partir d'une question, et l'entretien directif proche du questionnaire appelant des réponses très concises, fermées.

L'entretien semi-directif centre le discours des personnes autour de différents thèmes préalablement définis et consignés dans un guide d'entretien.



Quels événements ?

Au moins deux événements avec des erreurs d'identité avec ou sans conséquences pour le patient, en privilégiant les plus graves et les presque accidents. Ces événements feront partie de ceux qui auront été identifiés par le système de signalement des événements indésirables.

Pendant une semaine, inciter les professionnels à déclarer ces événements qui seront considérés comme des événements sentinelles sur lesquels il sera porté une attention particulière.



Qui ?

Personnes conduisant l'entretien

Le responsable qualité/gestion des risques de l'établissement et un membre du groupe de travail préalablement formés à ce type d'investigation par l'équipe du CCECQA.

Personnes rencontrées pour l'évaluation

Professionnels directement concernés par l'événement, leur encadrement ou d'autres personnes des services qualités, admissions, cellule d'identitovigilance, médecin du Département d'Information Médicale.

Les patients concernés ne seront pas sollicités pour cette analyse.



Où ?

Dans une salle de réunion préservant la confidentialité, au calme et dans un cadre permettant d'éviter les interruptions dans la conduite de l'analyse.



Quand ?

A un horaire favorable pour les professionnels des services rencontrés, prenant en compte leur disponibilité.



Comment ?

Par entretien collectif avec les professionnels concernés. Si un acteur important n'est pas disponible, il peut être rencontré individuellement dans un second temps.

Il est recommandé de prévoir le remplissage de la grille et la prise de notes par un autre professionnel que ceux chargés de la conduite de l'analyse des événements.



A faire

- Se présenter comme animateur de la réunion.
- Faire un tour de table des personnes présentes afin d'identifier les différents acteurs.
- Introduire la réunion en quelques minutes en précisant les points suivants :
 - L'objectif de l'analyse des causes ;
 - Expliquer les modalités de choix des erreurs d'identité étudiées ;
 - Rappeler les règles de confidentialité ;
 - Présenter les étapes de la réunion et la durée prévue (1h½ environ) ;
 - Bien insister sur le fait que chacun peut intervenir à tout moment pendant l'analyse.
- Etapes de l'analyse approfondie des causes :
 - Présentation succincte de l'événement par un professionnel (par exemple le médecin du service responsable du patient concerné) ;
 - Description chronologique de l'événement ;
 - Identification des causes immédiates ;
 - Identification des causes profondes (facteurs individuels, facteurs concernant l'équipe, la tâche à accomplir, l'environnement, l'organisation, le contexte institutionnel et la gestion des risques dans le service) ;
 - Analyse des défenses prévues.
- Faire un tour de table individuel en interrogeant systématiquement chacun des participants :
« Avez-vous quelque chose à ajouter ? »
- Hiérarchiser les causes.
- Rechercher des solutions et des actions visant à améliorer l'identification des patients.
- Faire une synthèse en conclusion et préciser que la fiche de synthèse de cette analyse sera adressée au médecin, au cadre de service et au chef de service dans les établissements publics dans le mois suivant.

- Noter à la fin de l'entretien : les conditions de l'entretien, le temps passé, les difficultés rencontrées, les remarques formulées par les professionnels de santé sur le questionnaire, sur des éléments de la sécurité de l'identification des patients non abordés pendant l'entretien.
- Après la réunion :
 - Compléter et vérifier la grille d'entretien ;
 - Rédiger la fiche de synthèse ;
 - Envoyer au CCECQA la grille d'entretien et la fiche de synthèse après l'avoir anonymisée et en avoir fait une copie ;
 - Envoyer la fiche de synthèse au médecin concerné, au cadre de santé du service et au chef de service dans les établissements publics avec un courrier de remerciement.



A éviter

- Un nombre de participants supérieur à 10.
- Un trop grand déséquilibre dans les prises de paroles.
- L'installation d'un climat de culpabilisation s'installer.
- Un écart par rapport au sujet ou trop de détails dans la discussion.
- La recherche hâtive de solutions qui empêcherait l'approfondissement de l'analyse.
- Des commentaires négatifs.



Durée

1h½.

5. ORGANISATION PRATIQUE

Plusieurs conditions sont nécessaires à la réalisation du projet dans chaque établissement : l'engagement de la direction, la constitution d'un groupe de travail interne, la désignation d'un correspondant projet.

5.1 Engagement de l'établissement de santé

Le projet d'amélioration de l'identification des patients dans l'établissement de santé doit faire l'objet d'un **engagement** du Directeur de la structure et du Président de CME. L'engagement doit être écrit et se placer dans une démarche institutionnelle pour l'amélioration de l'identification des patients.

Cet accord engage l'établissement à institutionnaliser et organiser la démarche avec la **mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire** comprenant des représentants des différents acteurs de l'identification du patient, et la **désignation d'un correspondant projet**.

5.2 Groupe de travail interne

Le groupe de travail interne pluridisciplinaire pour ce projet comprend une dizaine de professionnels concernés par le processus d'identification des patients, et/ou possédant des compétences méthodologiques (gestion de projet, méthodes et outils de la qualité, méthodes et outil de la gestion des risques).

A titre d'exemple :

- un membre de la Direction,
- le responsable qualité/gestion des risques,
- un ou plusieurs membres de la Cellule Identité ou Identitovigilance,
- un médecin,
- une sage-femme,
- un cadre de santé,
- une secrétaire médicale,
- un professionnel des laboratoires,
- un professionnel du plateau technique,
- un responsable du bureau des admissions,
- un agent administratif chargé des admissions,
- le responsable du DIM,
- un professionnel du système d'information,
- un professionnel des archives.

Ce groupe de travail se réunira au démarrage du projet, pour organiser la démarche et notamment l'étape 1 de l'autoévaluation.

Il sera impliqué tout au long du projet et se réunira également lors de l'analyse des résultats de l'étape 1 en vue d'orienter les actions de réduction des risques en fonction des situations les plus à risques au sein de l'établissement.

5.3 Correspondant projet

Un responsable chargé du projet dans l'établissement doit être désigné. Il coordonnera le travail de chaque étape en lien avec les membres du groupe de travail interne. Formé à la méthodologie PERILS, il pourra transmettre ses connaissances aux personnes concernés et leur faire partager une utilisation efficace des outils.

La constitution d'un groupe de travail et la collaboration avec ses membres sont indispensables. L'expérience montre que dans les établissements où le projet ne reposait que sur la volonté et l'action d'une seule personne, la démarche a été abandonnée faute de relais lorsque le correspondant projet s'est trouvé indisponible (surcharge de travail, maladie, mutation...).

5.4 Charge de travail

Le correspondant projet de l'établissement doit prévoir environ deux à trois demi journées d'information et de formation des membres du groupe de travail interne.

La charge de travail pour le groupe de travail de l'établissement est estimée à cinq jours pour l'étape 1 d'évaluation des risques d'erreur d'identité et à deux jours pour l'étape 3 de suivi des résultats.

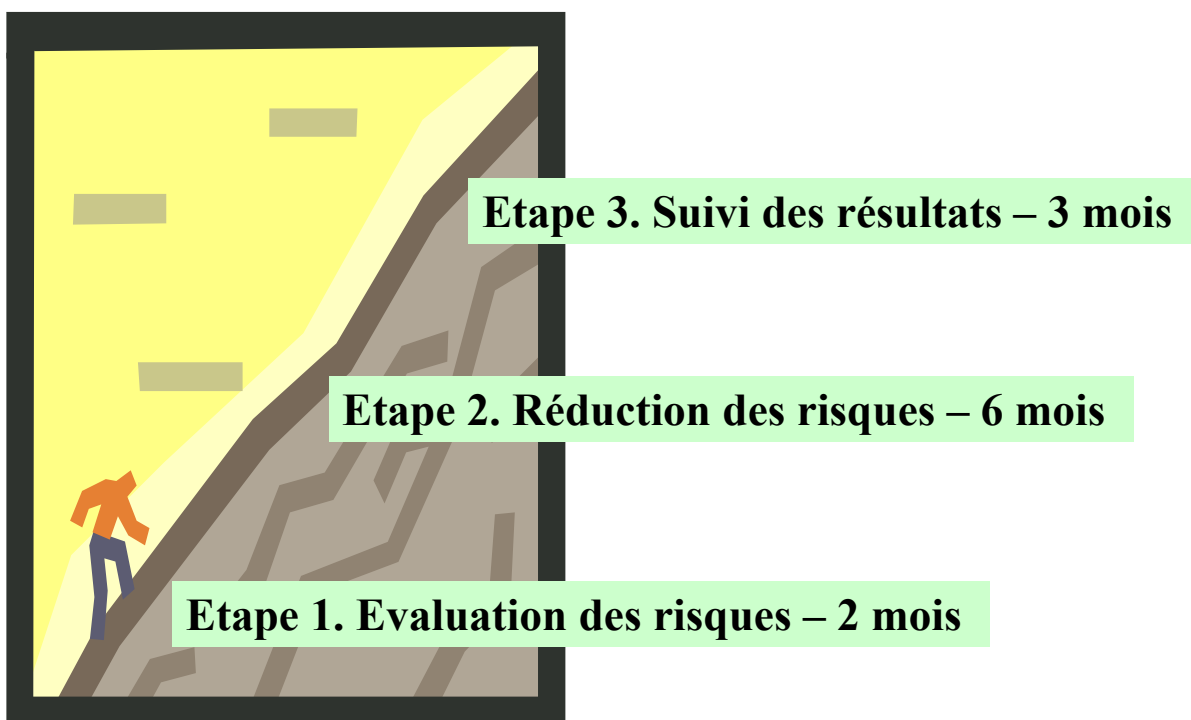
La charge de travail de l'étape 2 de réduction des risques dépendra des actions d'amélioration retenues et de l'état d'avancement de l'établissement concernant la prévention des erreurs d'identité.

Pour optimiser le temps consacré à ce projet, il est important de s'organiser, d'anticiper et de communiquer.

5.5 Exemple de calendrier

La calendrier du projet dépend de chaque établissement, de sa capacité à s'organiser et de la disponibilité des membres du groupe de travail interne.

Déroulement du projet



Evaluation des risques d'erreur d'identité

L'organisation des 3 phases de l'autoévaluation est précisée dans chacune des fiches d'accompagnement des outils.

Il est important d'**organiser** les différentes phases **en anticipant** :

- choix des services interrogés et planification des entretiens (phase 1),
- sélection de 50 nouveaux dossiers patients au moins avec traçage des modifications (phase 2),
- sollicitation du personnel pour la déclaration des erreurs d'identité sur une période d'une semaine et organisation de la réunion avec les professionnels concernés, pour l'analyse approfondie des causes (phase 3),
- organisation d'un parcours avec un patient fictif, prise de rendez-vous en consultation, information du personnel à l'avance.

6. CONDUITE À TENIR EN CAS DE SITUATION À RISQUE

Conduite à tenir devant une situation à risque pour le patient ou pour les professionnels lors de la réalisation du projet PERILS

Lors du projet et en particulier de l'étape 1 d'évaluation, les membres du groupe de travail de l'établissement peuvent avoir connaissance ou observer des situations dangereuses, menaçant la sécurité des patients ou la responsabilité des professionnels de santé.

Voici quelques situations graves susceptibles d'être observées : répétition d'incidents (défauts de vérification d'identité, erreurs dans la transmission d'informations, absence de bracelet d'identification...), survenue d'événements indésirables graves (erreur de patient au bloc opératoire, au laboratoire, en radiothérapie, à la maternité, erreur de patient lors de l'administration d'un médicament, de produits sanguins...).

Certaines de ces situations concernent les systèmes de vigilance, en particulier l'identitovigilance et le système de signalement des événements indésirables.

Les membres du groupe de travail de l'établissement doivent encourager les professionnels de santé concernés à les signaler et les aider à les analyser afin d'éviter leur répétition.

Les situations graves doivent être signalées au coordinateur du groupe de travail de l'établissement. Ce coordinateur appréciera l'opportunité de signaler ces situations au correspondant projet (si ce n'est pas la même personne), au chef de service.

Selon les situations rencontrées, celles-ci peuvent être signalées au responsable de la qualité et de la sécurité des soins et au Directeur de l'établissement.

Si le projet PERILS a contribué à une situation dangereuse (en particulier lors de la réalisation des simulations avec un patient fictif), le correspondant projet devra en informer le chef de projet CCECQA qui pourra le conseiller sur la conduite à tenir.

Ces situations seront aussi signalées et discutées lors des réunions régionales PERILS dans un but d'amélioration de nos méthodes et outils.

Elles doivent être notées sur les supports de collecte des informations et seront mentionnées dans les rapports PERILS.

7. CONCLUSION

Ce projet devrait permettre à chaque établissement de mieux appréhender le niveau de sécurité actuel de l'identification des patients, de comprendre les risques d'erreur d'identité lors des soins et de mettre en place des actions d'amélioration. Ce projet devrait aussi contribuer au déploiement de la démarche de gestion des risques dans les établissements de santé.

Ce projet crée une opportunité de réflexion régionale, en particulier sur l'apport de certaines techniques pour mieux contrôler les risques d'identification des patients, complémentaire de celles déjà engagées par d'autres groupes de travail comme le Réseau Experts HémoVigilance Aquitaine-Limousin (REHAL) et le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH).

Il faut enfin signaler la complémentarité de l'approche proposée avec les approches réactives déjà en place dans les établissements (identitovigilance, système de signalement des événements indésirables, gestion des réclamations et des plaintes) et les outils d'analyse des causes des événements indésirables développés par le CCECQA.

Glossaire

Accréditation

Dans le domaine de la santé, procédure externe à un établissement de santé dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités de cet établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

Analyse des barrières

Méthode d'évaluation qui vise à identifier de façon proactive les barrières (défenses ou contrôles) qui ont été mises en place pour prévenir la survenue d'événement indésirable, ou qui pourraient être mises en place.

Barrière

Défense ou contrôle qui est en place pour augmenter la sécurité d'un système. Il existe plusieurs types de barrières : physiques (par exemple pour les erreurs d'identité : programmes informatiques, bracelets, codes-barres), naturelles (ex : vérifications de l'identité du patient par deux professionnels à des moments différents de la prise en charge médicale), humaines (ex : vérification de l'identité des patients à l'aide d'une pièce d'identité), administratives (ex : protocoles et procédures).

Biométrie

Terme utilisé pour définir des techniques permettant d'identifier une personne à partir de l'un ou plusieurs de ses caractères biologiques ou comportementaux comme l'empreinte digitale, la géométrie de la main, l'iris, la rétine, le visage, la voix, la signature, la frappe sur un clavier, le réseau veineux ou la thermographie du visage.

Causes immédiates

Immédiat signifie : direct, instantané, sans intermédiaire.

Les causes immédiates ou actives sont celles dont on pense qu'elles ont directement provoqué l'erreur d'identité. Ce sont les défaillances humaines. On les repère dans la chronologie des événements.

Causes profondes

Les causes profondes sont liées à des défaillances latentes correspondant à un "terrain favorable" aux erreurs. La plupart des causes profondes ou latentes sont développées à partir des activités des personnes qui sont éloignées dans le temps et dans l'espace par rapport à l'événement (par exemple les décideurs et les concepteurs). Les vulnérabilités sont des défaillances dans les barrières de protection (défense ou contrôle) contre les erreurs.

Défaut de soins

Acte ou situation survenu au cours de l'hospitalisation dont la qualité est jugée nettement insuffisante par rapport à la norme attendue (réglementation et/ou bonnes pratiques professionnelles).

Défenses en profondeur

Terme emprunté à une technique militaire destinée à retarder l'ennemi, consiste à exploiter plusieurs techniques de sécurité afin de réduire le risque lorsqu'un composant particulier de sécurité est compromis ou défaillant.

Effet indésirable

Réaction nocive et non recherchée survenant chez l'homme, susceptible d'être liée à l'utilisation d'un produit de santé dans les conditions normales d'emploi ou lors d'un mésusage. (Afssaps juillet 2007).

Erreur d'identité

Une erreur d'identité est une erreur dans l'identifiant ou dans les traits d'identification du patient. L'erreur dans le dossier peut provenir soit d'une source d'information insuffisante ou erronée, soit d'un défaut de saisie dans le système d'information.

L'erreur d'identité comprend également les erreurs dans l'utilisation de l'information. Elles sont appelées aussi erreurs d'identification (erreurs de dossier, d'étiquette, de patient, de soin, inversions d'enfants, etc.).

Evaluation des Pratiques Professionnelles

Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la HAS et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.

Événement indésirable lié aux soins

Évènement clinique défavorable pour le patient, consécutif aux stratégies et actes de prévention, diagnostic, traitement ou de surveillance.

Événement indésirable grave

Un évènement est défini comme grave s'il est susceptible d'entraîner une prolongation de l'hospitalisation d'au moins un jour, s'il est à l'origine d'un handicap ou d'une incapacité, ou s'il est associé à une menace vitale ou à un décès.

Événement indésirable évitable

Un évènement indésirable lié aux soins est considéré comme évitable lorsque les experts ont jugé qu'il ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de l'évènement.

Gestion des risques

Processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à une personne ou à des biens.

Guide d'entretien

En sociologie, un ensemble de directives spécifiées en support à l'entretien (interview) de recherche qualitatif ou semi-directif.

Hémovigilance

Ensemble des procédures de surveillance et d'évaluation des incidents graves, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de produits sanguins labiles.

Identité du patient

Dans le Système d'Information Hospitalier (SIH), l'identité du patient est la représentation d'une personne physique. Elle est composée :

- d'un identifiant : l'IPP (Identifiant Permanent du Patient), numéro spécifique à chaque établissement, attribué à la première venue du patient (consultation, hospitalisation programmée ou en urgence, séance),
- d'un profil de traits qui permettent d'identifier le patient de façon unique dans le SIH. Les traits stricts correspondent aux nom de naissance, prénom, date de naissance, sexe.

Incident

Fait imprévu susceptible de représenter un risque pour la santé des personnes.

Nom de naissance

Il correspond au nom de naissance déclaré à l'état civil. Il est encore dénommé nom de jeune fille, pour les personnes de sexe féminin ou nom patronymique.

Nom d'usage

On entend par nom d'usage, le nom usuel du patient dans la vie courante : nom marital, nom d'épouse. Pour les patients de sexe masculin, il s'agit du nom de naissance à l'état civil.

Produits de santé

Ils servent au diagnostic et au traitement des pathologies, il s'agit des médicaments, produits sanguins, dispositifs médicaux, organes, cellules, réactifs de laboratoire.

Produits sanguins

Produits issus d'un don de sang humain.

Qualité des soins

Niveau auquel parviennent les organisations de santé, en terme d'augmentation de la probabilité des résultats souhaités pour les individus et les populations, et de compatibilité avec l'état des connaissances actuelles (D. Blumenthal).

Risque

Situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine – tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine (ANAES janvier 2003).

Signalement / Déclaration

Modalité de transmission de certains événements, effets, incidents, selon la réglementation en vigueur, dans la plupart des cas à une structure de vigilance et/ou directement à l'Afssaps.

Traçabilité

Aptitude à retrouver l'historique, la mise en œuvre ou l'emplacement de ce qui est examiné (ISO 9000, version 2000).

Vigilance

Dans le domaine de la santé, surveillance de la sécurité d'utilisation des différents biens et produits à usage thérapeutique en vue d'en prévenir les risques. (Hémovigilance, infectiovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance...).

Références

- 1 - Mannos D. NCPS patient misidentification study: a summary of root cause analyses. VA NCPS Topics in Patient Safety. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs, June–July 2003
(http://www.va.gov/ncps/TIPS/Docs/TIPS_Jul03.doc, accessed 11 June 2006).
- 2 - Wristbands for hospital inpatients improves safety. National Patient Safety Agency, Safer practice notice 11, 22 November 2005.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identification_SPN.pdf
- 3 - Damais-Cepitelli A, Sayaret F, Dumesnil G, Prieur B, Gripols C et al. Stratégie d'amélioration de l'identification des patients à l'admission au Groupe Hospitalier du Havre. *Risques et Qualité* 2005;2(4):245-248.
- 4 – Wald H, Shojania KG. Prevention of misidentifications. In Evidence Report/Technology Assessment No. 43, *Making Health Care Safer : A Critical Analysis of Patient Safety Practices*, AHRQ Publication No. 01-E058.
- 5 – Réseau Experts HémoVigilance Aquitaine-Limousin. Enquête d'identito-vigilance auprès des établissements de santé de la région Aquitaine, résultats présentés le 20 septembre 2005.
- 6 – Herrera M-P, Signac E, Testard-Esquirol M-A, Roger I, Fialon P et al. Attention, un patient peut en cacher un autre, méfiez-vous, ce n'est peut-être pas celui que vous croyez ! *Risques et Qualité* 2007;4(4):235-238.
- 7 – Sfez M. Sécurité transfusionnelle ? *Risques et Qualité* 2005;2(3):186-189.
- 8 - Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med.* 2002;136:826-833.
- 9 – Caizergues C, Giocanti D, Léonetti G, AL Péliissier, Piercecchi MD, Cianfarani F. L'erreur d'identité. *Journal de Médecine Légale Droit Médical* 1997;40(4):299-301.
- 10 - 2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL; Joint Commission, 2006
(<http://www.jcpatientsafety.org/show.asp?durki=10293&site=164&return=10289>, accessed 11 June 2006).
- 11 – WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient identification. Patient Safety Solutions volume 1, solution 2, may 2007. (<http://www.jcpatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution2.pdf>, accessed 24 January 2008)
- 12 – Haute Autorité de Santé. Manuel de Certification des établissements de santé et guide de cotation. Edition 2007. Paris : 2007, 180 pages.
- 13 – Longe K. The status of bar codes in hospitals : a survey report. Hospital Technologies Series Chicago : American Hospital Association ; 1989:8.

14 - Use of color-coded patient wristbands creates unnecessary risk. Patient Safety Advisory Supplement, Vol. 2, Sup. 2. Harrisburg, Pennsylvania Patient Safety Authority, 14 December 2005 (http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/advisories/v2_s2_sup__advisory_dec_14_2005.pdf, accessed 11 June 2006).

15 - Edozien L. Correct patient, correct site, correct procedure. Safer Health Care, 27 July 2005. http://www.saferhealthcare.org.uk/NR/rdonlyres/6D89DBA8-4414-4092-9CF0-62BEBB80F8D8/0/shc_patientidentification.pdf.

16 - Right patient-right care. Improving patient safety through better manual and technology-based systems for identification and matching of patients and their care. London, National Patient Safety Agency, 2004 (http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/781_Right%20patient%20right%20care%20final%20report.pdf, accessed 11 June 2006).

17 - Dighe A et al. Massachusetts General Hospital-bar coded patient wristband initiative: a CPM initiative. IHI National Forum storyboard presentation, December 2004; Safety Improvement Reports. saferhealthcare, 2005 (<http://www.saferhealthcare.org.uk/IHI/Topics/InTheRealWorld/PatientIdentification/ImprovementReports/MassachusettsGeneralHospital.htm>, accessed 1 April 2007).

18 - Wright AA et al. Bar coding for patient safety. New England Journal of Medicine 2005; 354:329-331.

19 - Emerging technology: hospitals turn to RFID. HealthLeaders, August 2005 http://www.healthleadersmedia.com/print.cfm?content_id=71598&parent=106.

20 - Secure identification: the smart card revolution in health care. The Silicon Trust, 4 June 2003 (http://www.silicon-trust.com/trends/tr_healthcare.html, accessed 1 April 2007).

21 - Groupement pour la Modernisation du Système d'information Hospitalier (GMSIH). Identification du patient. Synthèse de l'étude, 2002. http://www.gmsih.fr/fre/nos_publications/articles_publications/identification_du_patient (consulté le 26 février 2008).

22 - Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-770.

23 - Reason J. Understanding adverse events: human factors. Qual Health Care 1995;4:80-89.

24 - Reason J. Human error. Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1990, 316 pages.

25 - Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, Michel P, Salmi R, Parneix P, Pouchadon ML, Hoareau H, Ocelli P, Quenon JL, Hubert B. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. Etudes et Résultats 2007;584:1-7.

26 - World Health Organization 2005, World alliance for patient safety. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

27 - Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Etudes et Résultats 2005;398:1-15.

28 – Adjeoda K, Michel P, de Sarasqueta AM, Pohlé E, Quenon JL. Analyse approfondie des causes d'événements iatrogènes en milieu hospitalier : étude de la reproductibilité des analyses réalisées dans l'étude ENEIS. Risques et Qualité 2004;4:9-15.

29 - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel event: forms and tools. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>

30 - Bagian JP, Gosbee J, Lee CZ, Williams L, Mcknight SD, Mannos DM. The veterans affairs root cause analysis system in action. Jt Comm J Qual Saf 2002;28:531-545.

31 - Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000;320:777-781.

32 - Woloshynowych M, Neale G, Vincent C. Case record review of adverse events: a new approach. Qual Saf Health Care 2003;12:411-415.

ANNEXES

Annexe 1 – Outil patient fictif et fiche d'accompagnement

Annexe 2 – Fiche de communication du projet

Annexe 3 – Deux affiches de sensibilisation

Annexe 1 – Outil Patient fictif et fiche d'accompagnement



EXERCICES : PARCOURS D'UN PATIENT FICTIF

Etablissement :

Date du test :

Nom du responsable des exercices :

Nom du patient fictif :

IMPORTANT

Se réserver la possibilité de ne pas faire l'exercice ou de l'interrompre dans le cas où cela risquerait de perturber le fonctionnement du service.

Les prises de rendez-vous en consultation se feront si possible sur des plages horaires peu chargées.

RÉCAPITULATIF DES DOCUMENTS ET OBJETS À PRÉPARER PENDANT LE PARCOURS :

(étiquettes avec erreurs, dossier, bracelet, bon de radio, fauteuil roulant, résultats d'examens en rapport avec l'activité du praticien pour la consultation externe...)

-
-
-
-
-
-

PARCOURS INTERNE

Exercice 1

- **Lieu** : Urgences
- **Situation à risque** : Complexité de l'orthographe d'un nom et/ou absence de pièce d'identité
- **Exemple de situation fictive** :

Un patient fictif au nom très complexe arrive à l'accueil des urgences pour une douleur dorsale ou abdominale. Il a en sa possession une carte vitale et une carte d'identité. Si on le lui demande, le patient fictif dit n'être jamais venu. Le patient fictif révèle sa véritable identité lorsque des étiquettes à son nom ou un dossier à son nom sont réalisés.

• **Éléments à renseigner suite à l'exercice**

Barrières testées

- A-t-on demandé au patient fictif

- S'il est déjà venu ? Oui Non
- Une pièce d'identité ? Oui Non
- En l'absence de pièce d'identité présentée, de revenir ultérieurement avec ?
 Oui Non
- Son nom, prénom, et sa date de naissance ? Oui Non
- De relire son dossier ? Oui Non

Résultats de l'exercice

- A-t-on enregistré sans erreur les identifiants du patient fictif ?
 Oui Non
- Le dossier est-il enregistré à l'état provisoire ? Oui Non

• **Préparation du scénario suivant**

- Demander à la personne des admissions de sortir des étiquettes fictives (à partir de la création d'un faux dossier qui sera effacé ensuite) correspondant à un patient de sexe opposé et présentant une différence d'âge supérieure à 20 ans.
- Demander au médecin un bon de radio (radio de thorax ou abdomen sans préparation) avec une de ces étiquettes.

Remarques diverses :

En fonction de la configuration des locaux, c'est à dire si la prise en charge du patient est suffisamment éloignée de l'admission, on peut continuer ce premier exercice au box des urgences.

*Le patient fictif arrive au box des urgences avec les étiquettes et/ou dossier comportant l'erreur d'âge et de sexe.
Si on lui demande son âge, il répond son âge véritable.*

• Éléments à renseigner suite à l'exercice

Barrières testées

- A-t-on demandé au patient fictif :

- Son âge ? Oui Non

Résultats de l'exercice

- Allait-on prendre en charge le patient fictif sans s'être aperçu des deux erreurs ?

- Oui Non

• Préparation du scénario suivant : vers la radiologie

- Demander à l'urgentiste un bon de radio (radio du thorax ou abdomen sans préparation) avec une de ces étiquettes (erronées).

Remarques diverses :

Exercice 2

- **Lieu** : Service de radiologie
- **Situation à risque** : Erreur d'étiquette ou usurpation d'identité
- **Situation fictive** :

Le patient fictif arrive en radiologie avec le bon de radio et les étiquettes correspondant à un patient différent (sexe opposé et différence d'âge supérieure à 20 ans). Le patient fictif reste en salle d'attente puis se rend dans la cabine de déshabillage sauf si un membre de l'équipe se rend compte de l'erreur et la corrige.

Si on lui demande son nom, le patient fictif répond par le nom inscrit sur l'étiquette.

Si on lui demande son âge, le patient répond son âge véritable.

• **Éléments à renseigner suite à l'exercice**

Barrières testées

- A-t-on vérifié l'identité du patient ? Oui Non
- A-t-on demandé au patient son âge ? Oui Non

Résultat de l'exercice

- A-t-on détecté et voulu corriger l'erreur d'âge ? Oui Non
- A-t-on détecté et voulu corriger l'erreur de sexe ? Oui Non

• **Préparation du scénario suivant**

- Prévoir un fauteuil roulant pour le patient fictif. Selon les usages dans l'établissement, il porte un bracelet d'identification à son nom et a, avec lui, son dossier.
- Demander au service de radiologie d'appeler un brancardier pour ramener un patient X réellement hospitalisé dans un service de soins, d'âge et de sexe correspondant au patient fictif. Le patient X est en fait dans son service de soins et c'est le patient fictif qui se fait passer pour lui.
- Indiquer par téléphone au brancardier que le patient à transporter est sur un fauteuil roulant et qu'il a été placé dans le couloir (ou autre selon les lieux). On lui précise également son service et son numéro de chambre (service et numéro de chambre correspondant à un patient réel X).

Remarques diverses :

Exercice 3

- **Lieu** : Brancardage
- **Situation à risque** : Transfert - Erreur de dossier
- **Situation fictive**

Un brancardier a été appelé du service de radiologie pour remonter un patient, M. X, réellement hospitalisé dans un service de soins. On a indiqué au brancardier que M. X l'attend sur un fauteuil roulant dans un endroit précis (couloir, etc.). On lui a également précisé son service et son numéro de chambre.

C'est en fait le patient fictif qui attend le brancardier à l'endroit prévu. Le patient fictif tient en main son dossier.

Si le brancardier demande au service de radiologie qui il doit remonter, le professionnel interrogé doit lui répondre « Ce doit être lui », en désignant le patient fictif.

3 situations possibles :

- *Si le brancardier se rend compte que le dossier détenu par le patient fictif ou son bracelet d'identification ne correspondent pas à l'identité de M. X et qu'il retourne à l'accueil de la radiologie se renseigner, l'exercice est terminé.*
- *Si le brancardier demande au patient fictif son identité par une question ouverte, qu'il se rend compte de l'erreur et qu'il retourne à l'accueil de la radiologie se renseigner, l'exercice est terminé.*
- *Si le brancardier ne demande pas son identité au patient fictif ou la lui demande par une question fermée (« Vous êtes bien M. X ? »), le patient fictif l'induit en erreur (réponse : « Ce doit être moi que vous cherchez ») et l'exercice continue (exercice 4).*

• **Éléments à renseigner suite à l'exercice**

Barrières testées

- Le brancardier a-t-il demandé au patient fictif son identité avec 2 identifiants (nom, prénom, date de naissance) ? Oui Non
- Si oui, a-t-il utilisé une question ouverte ? Oui Non
- Le brancardier a-t-il vérifié l'identité notée sur le dossier détenu par le patient fictif ? Oui Non
- Le brancardier a-t-il vérifié l'identité notée sur le bracelet d'identification porté par le patient fictif ? Oui Non

Résultat de l'exercice

- Le brancardier conduit-il le patient fictif dans le service de soin ? Oui Non

• **Préparation du scénario suivant**

Si le brancardier s'est rendu compte de l'erreur, le patient fictif lui explique le principe du test pour pouvoir passer à l'exercice 4.

Remarques diverses :

Exercice 4

- **Lieu** : Service de soins
- **Situation à risque** : Transfert - Erreur de patient
- **Situation fictive**

Le brancardier (complice ou non) amène le patient fictif muni de son dossier et portant son bracelet dans le service d'origine du vrai patient.

• Éléments à renseigner suite à l'exercice

Barrières testées

- Le personnel du service demande-t-il au patient fictif son identité ?
 Oui Non
- Le personnel va-t-il vérifier sur le planning si le patient fictif y figure ?
 Oui Non
- Le personnel vérifie-t-il si le dossier transporté correspond au patient fictif ?
 Oui Non
- Le personnel vérifie-t-il si le bracelet d'identification correspond au patient fictif ?
 Oui Non

Résultat de l'exercice

- A quel moment l'erreur a-t-elle été détectée ?
 - Avant de franchir la porte d'entrée du service
 - Dans le couloir du service
 - L'erreur n'a pas été détectée, le patient fictif s'apprêtait à rentrer dans la chambre de M. X.

Remarques diverses :

PARCOURS EXTERNE (CONSULTATION)

Exercice 5 (indépendant)

- **Lieu** : Consultations externes
- **Situation à risque** : Utilisation de documents d'un autre patient
- **Situation fictive** :

Le patient fictif entre dans la salle de consultation. Il présente à un membre du personnel (praticien, infirmier, secrétaire...) ce qu'il prétend être ses résultats d'analyse. Ce sont en fait les résultats d'examen de son conjoint (ou d'une autre personne de son entourage).

• Éléments à renseigner suite à l'exercice

Barrières testées

- Le personnel du service demande-t-il au patient fictif son identité ?
 Oui Non
- Le personnel va-t-il vérifier sur l'agenda si le patient fictif y figure ?
 Oui Non

Résultat de l'exercice

- Un membre de l'équipe (accueil, secrétariat, praticien...) détecte-t-il l'erreur ?
 Oui Non

Remarques diverses :

Acceptabilité des 5 exercices par les professionnels

PENSER A DETRUIRE LES NOUVEAUX DOSSIERS ET IPP



FICHE D'ACCOMPAGNEMENT DE L'OUTIL : PARCOURS D'UN PATIENT FICTIF

Les exercices dans le projet PERILS

Les exercices s'intègrent au projet PERILS dans le cadre de l'étape d'évaluation des risques (étape 1).



Objectifs

- **Tester l'efficacité des différentes barrières** mises en place contre les risques d'erreur d'identification dans un établissement en évaluant les capacités des professionnels à prévenir, détecter ou récupérer des erreurs d'identification.
- **Repérer les erreurs** d'identification de patients.
- **Compléter les données recueillies dans les phases 1, 2 et 3** du projet par une observation de l'identification lors des soins.

Enjeux

- **Impliquer les professionnels au projet** en les confrontant à des situations à risque.
- Disposer d'un outil permettant d'évaluer régulièrement l'efficacité des différentes barrières mises en place contre les risques d'erreur d'identification dans l'établissement.

Principes généraux des exercices

- Exercices basés sur l'observation des pratiques de professionnels confrontés à des situations fictives à risque d'erreur d'identification de patient.
- Situations fictives crédibles, non extrêmes, impliquant un patient fictif.
- Professionnels prévenus de l'existence des exercices mais ignorant leurs dates et leurs contenus exacts.
- Evaluation d'un système, d'un fonctionnement d'équipe et non d'un professionnel en particulier, anonymat des observations réalisées.
- Implication des professionnels indispensable à la réalisation des exercices.

Réalisation pratique



Où ?

- Aux admissions (urgences ou autres)
- Dans un service de consultation externe
- Dans un service de radiologie
- Dans un service de soins
- Parcours à adapter selon l'établissement et à définir avant l'exercice selon la trame proposée ci-dessous



Quand ?

- Exercices réalisables sur une journée mais peuvent être réalisés sur une semaine pour plus de souplesse (parcours interne à réaliser si possible à la suite, parcours externe indépendant).
- Date et horaires aux choix des organisateurs en évitant les périodes de trop grande affluence.



Qui ?

- **Organisateur de l'exercice** : Un membre du groupe de travail de l'établissement responsable des exercices.
- **Patient fictif** : Une personne inconnue des professionnels formée par l'organisateur (étudiant, stagiaire, professionnel de l'établissement ou d'un autre établissement, représentant des usagers...).
- **Professionnels des services testés** : Tout professionnel confronté à la situation fictive proposée (Personnel administratif, médecin, infirmier, aide-soignant, brancardier, technicien...).



Comment ?

- **Etape 1** : Information des professionnels de la réalisation prochaine d'exercices et de leurs principes.
- **Etape 2** : "Recrutement " et formation de la personne jouant le rôle du patient fictif.
- **Etape 3** : Préparation de l'exercice 5 (Prise de rendez-vous pour la consultation, cf. OUTIL "PATIENT FICTIF").
- **Etape 4** : Réalisation des exercices par le patient fictif qui suit le « scénario » de l'exercice (cf. OUTIL "PATIENT FICTIF"), puis informe les professionnels concernés par l'exercice de son statut de patient fictif.
- **Etape 5** : Remplissage par le patient fictif des informations demandées sur l'OUTIL "PATIENT FICTIF" puis passage à l'exercice suivant.
- **Etape 6** : Retour d'information à l'ensemble des professionnels une fois les exercices terminés.



A faire

- Tenir compte des procédures et des pratiques professionnelles dans l'établissement (par exemple pour le brancardage, être au plus près des pratiques habituelles).
- Adapter en fonction de la configuration des locaux. Par exemple, si l'urgentiste est trop proche des admissions des urgences on pourra difficilement tester l'identification lors de la prise en charge dans le box des urgences.



A éviter

- Ne pas créer de situation dangereuse pour le patient fictif et pour la prise en charge d'autres patients.
- Ne pas exagérer la situation de malade.
- Ne pas utiliser de termes médicaux ni avoir une attitude de professionnel de santé.

Annexe 2 – Fiche de présentation du projet

PERILS

(Prévention des ERreurs d'Identité Liées aux Soins)



Contexte

L'origine de ce projet est un besoin de sécurisation ressenti par les établissements de santé vis-à-vis des erreurs d'identité de patient survenant lors des soins. Le choix de cette thématique est justifié par la complexité du système d'identification des patients en milieu hospitalier, par l'importance des risques à chaque étape du processus de soins, par le potentiel d'amélioration, par son caractère transversal car il concerne tous les établissements, toutes les spécialités et de nombreux acteurs.

La fréquence de ces erreurs est difficile à évaluer et mal connue. Cependant, la littérature scientifique montre que ces erreurs sont fréquentes et qu'elles peuvent avoir des conséquences graves.

Objectifs

Étudier les barrières mises en place contre les risques d'erreur d'identité, leur caractère opérationnel et les barrières qui pourraient exister.

Aider les établissements à définir des actions d'amélioration.

Impliquer les patients dans les actions de sécurisation.

Retombées Attendues

Ce projet devrait permettre à chaque établissement de mieux appréhender et d'améliorer la maîtrise des risques d'erreur d'identité et leurs conséquences négatives pour les patients afin de répondre aux priorités actuelles en matière de sécurité des soins et aux obligations réglementaires.

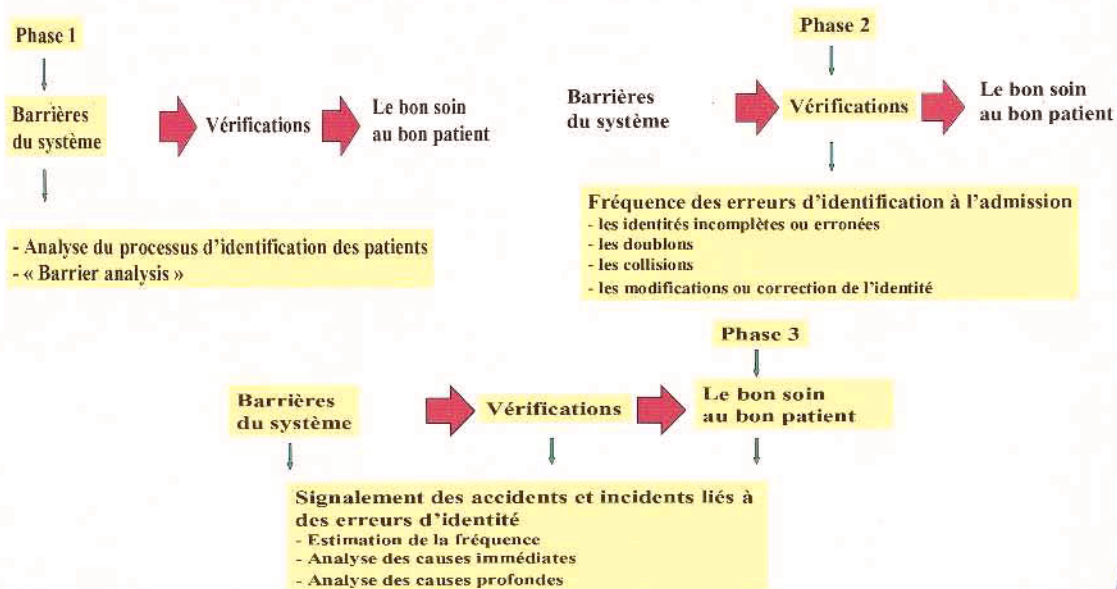
Méthode

Le groupe de travail régional mis en place pour ce projet a retenu une approche globale du problème d'identification du patient (politique d'identification, règles d'identification, amélioration des systèmes d'information, apport de moyens techniques...), une approche pragmatique qui conduise à des actions de sécurisation et une approche réactive qui permette la mise en place d'actions correctives ou préventives lors de la survenue de nouvelles erreurs.

L'approche méthodologique est une autoévaluation centrée sur les barrières qui visent à limiter les défaillances (au niveau des professionnels de santé, de l'équipe, des tâches, des conditions de travail, de l'organisation, de l'institution) qui conduisent à la survenue d'erreurs d'identités.

Le projet se déroulera en 3 étapes :

- ✓ Une étape d'évaluation des risques en trois phases (selon les schémas ci-dessous).



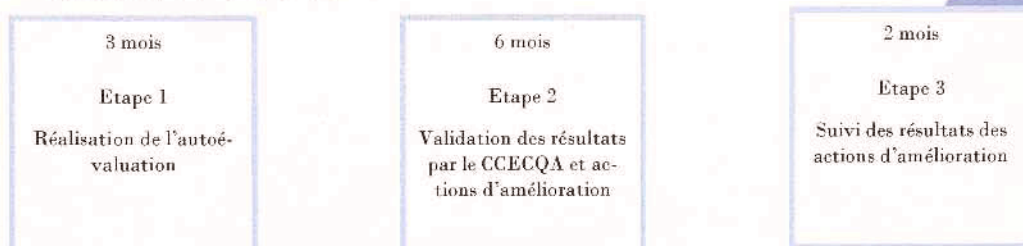
En option, des exercices avec des patients fictifs pour tester les barrières existantes.

- ✓ Une étape de réduction des risques avec des actions d'amélioration ciblées sur les principales vulnérabilités identifiées.
- ✓ Une étape de suivi afin d'apprécier les résultats de ces actions sur la fréquence des erreurs.

La charge de travail pour le groupe de travail de l'établissement est estimée à 5 jours pour l'étape 1.

Calendrier

Étapes et calendrier prévisionnel



Annexe 3 – Affiches de sensibilisation

AGIR POUR UNE BONNE IDENTIFICATION DU PATIENT



*Bien Identifié,
Bien Soigné.*



COMITÉ DE COORDINATION DE L'ÉVALUATION CLINIQUE ET DE LA QUALITÉ EN AQUITAINE
HÔPITAL XAVIER ARNOZAN - 33604 PESSAC www.ccecqa.asso.fr

Agir pour une bonne identification du patient

Bien identifié, bien soigné !



Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
Hôpital Xavier Arnoz—33 604 Pessac www.ccecqa.asso.fr