

Culture sécurité des soins au CHR Citadelle à Liège



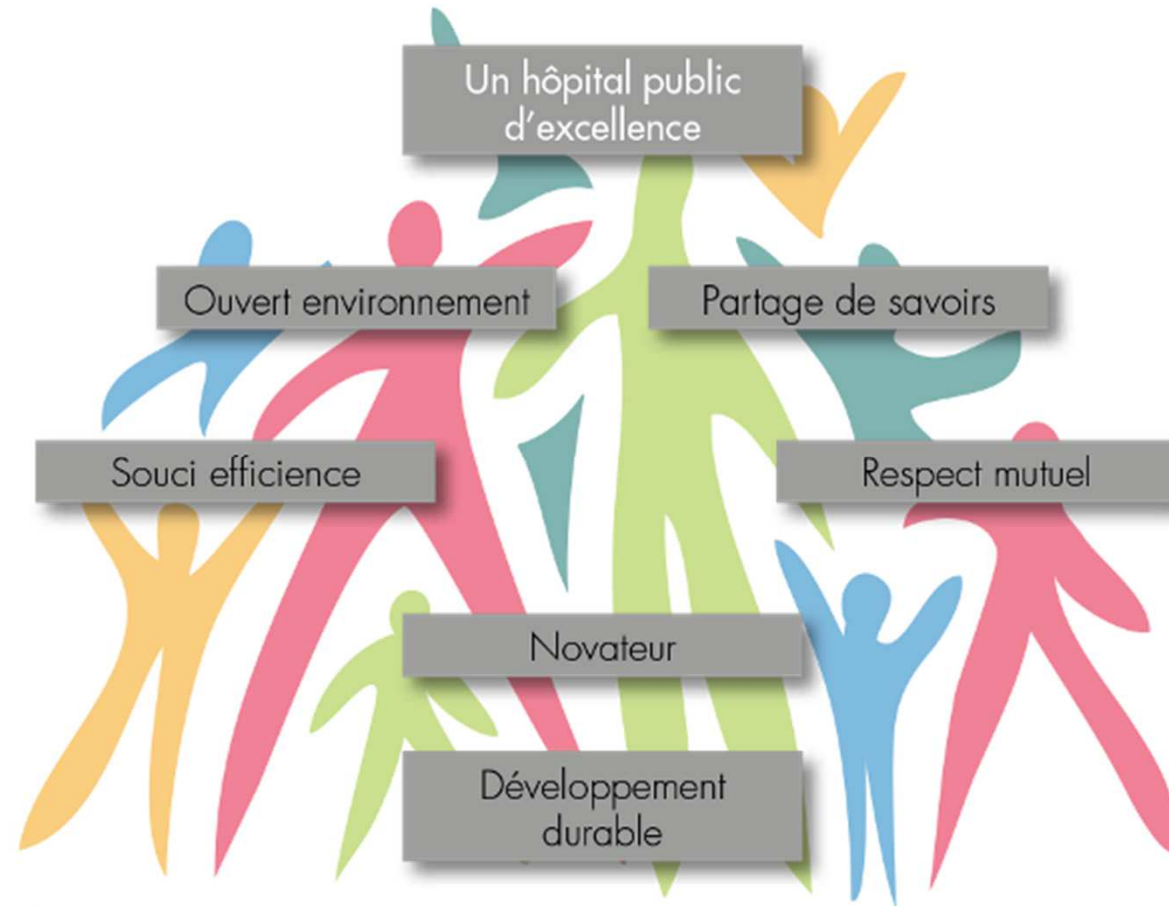
**Dr Isabelle Liebens
Michelle Rouxhet**

De l'analyse
d'événements sentinelles
vers l'amélioration des pratiques en
matière d'identitovigilance

Plan de la présentation

- L'hôpital de la Citadelle de Liège / CQ
- Introduction
- Définition
- Contexte
- Quelques chiffres
- En pratique

Le CHR de la Citadelle



Sur 3 sites

- 1.036 lits
- 69.431 hospitalisations
- 511.235 visites polycliniques
- 84.954 urgences (dont 15.876 urgences pédiatriques et 3.977 urgences psychiatriques)
- 2.432 accouchements
- 322,655 millions d'€ de chiffre d'affaires
- Plus de 400 médecins spécialistes
- 3.508 travailleurs (2.970,47 ETP)

Cellule Qualité

Michelle Rouxhet
Infirmière

chef



CHR CITADELLE

Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Introduction

Dans les hôpitaux, l'**identitovigilance** est un **thème prioritaire** dans la politique **qualité** et **sécurité** des patients. Pour ce faire, une **politique de prévention** est mise en place pour **surveiller et prévenir** des erreurs et des risques relatifs au processus d'identification.

Objectif du ministère de la santé publique belge

Développer et appliquer un système cohérent pour les processus d'identification afin de garantir l'identitovigilance à chaque étape du processus de soins.

Définition

- **L'identitovigilance** est un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients
- **Événement sentinelle** : événement qui demande une analyse approfondie et qui peut être de deux ordres :

Ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques ;

Ceux qui se produisent à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

➔ Un événement sentinelle requiert une **analyse approfondie**

Contexte

Un enjeu majeur reconnu par la HAS

L'identito-vigilance dans le manuel HAS V 2010
référence 15, critère 15a

PEP =
pratique exigible prioritaire

RÉFÉRENCE 15 : L'identification du patient.		
Critère 15.a : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : (PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE).		
E1 = prévoir = Définir une politique, organiser une activité, définir le plan d'actions, etc.	E2 = mettre en œuvre = Réaliser une activité, respecter des exigences, mettre en œuvre un plan d'actions, former, sensibiliser, etc.	E3 = évaluer et améliorer = Évaluer l'activité, mettre en œuvre des actions d'amélioration, s'assurer de leur efficacité, etc.
Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient, à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis	Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.
	Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.	
	Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique	

Contexte:

Accréditation JOINT COMMISSION

Objectifs internationaux pour la sécurité du patient

IPSG 1: Identifier correctement le patient



L'hôpital développe une approche pour améliorer la concision de l'identification du patient

Utiliser au moins deux façons d'identifier le patient lors :

- De l'administration de médicaments
- De l'administration de sang et de produits sanguins – du prélèvement d'échantillons de sang
- Du prélèvement d'autres échantillons à des fins de tests cliniques
- De la fourniture d'un traitement ou d'une procédure
- Le numéro de chambre du patient ne peut pas servir d'identifiant

Description

- Le personnel doit encourager activement la participation du patient dans la mesure du possible
- La politique de l'établissement à l'intention du personnel doit être très précise et directive
- Les standards donnent des exemples très précis des cas de nécessité de deux identifiants.

Contexte

Accréditation Canada International-ACI

Identification du patient



Implanter un protocole de vérification de la double identification du patient pour tous les services et procédures.

POR

Tests de conformité :

- ✓ L'organisation applique une méthode documentée d'identification du patient (p. ex. bracelet, photo) qui est uniformisée au sein de l'organisation.
- ✓ L'équipe utilise au moins deux méthodes (p. ex. nom et date de naissance) pour identifier un patient avant de lui fournir un service ou de le soumettre à une procédure. Le numéro de chambre ne peut pas être utilisé pour identifier le patient.

Quelques chiffres

Des erreurs de patients sont quasi quotidiennes à l'hôpital

- En 2011, l'hémovigilance française a rapporté 610 événements graves de la chaîne transfusionnelle, dont 28 % liés à une anomalie d'identification (1). De même l'enquête nationale des EI liés aux soins (2009) a montré qu'un EI grave lié aux soins survenait tous les 6 jours dans une unité de soins de 30 lits dont **10% concernent l'identification** (2) et des expériences menées en situation de prise en charge ont confirmé ce risque (3).

1 AGENCES FRANCAISE DE SECURITE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSPS).Rapport annuel hémovigilance 2010, 68p.

2 MICHEL P, MINODIER C, MOTY MONNEREAU C et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de soins de santé : fréquence, évitabilité, et acceptabilité. DREES(Direction de recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), études et résultats 2011;761:1-8.

3 HENNEMAN PL, FISHER DL, HENNEMAN EA, et al. Patient identification errors are common in a simulated setting. Ann Emerg Med 2010; 6: 503-509.



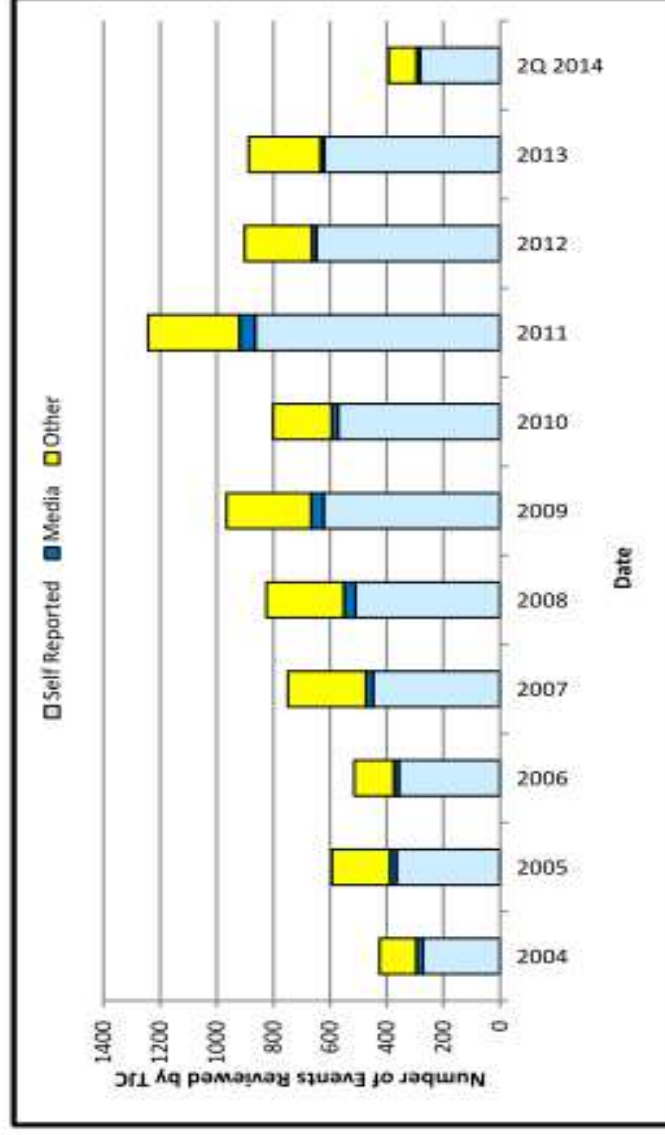
Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission

Data Limitations: The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore, these data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of events or trends in events over time.

Total number of Sentinel Events reviewed by The Joint Commission 1995 through June 2014

10816

Total Incidents Reviewed 1995 through 2003	
1995	1
1996	29
1997	119
1998	272
1999	421
2000	441
2001	398
2002	444
2003	416
1995 to 2003 Total	2541



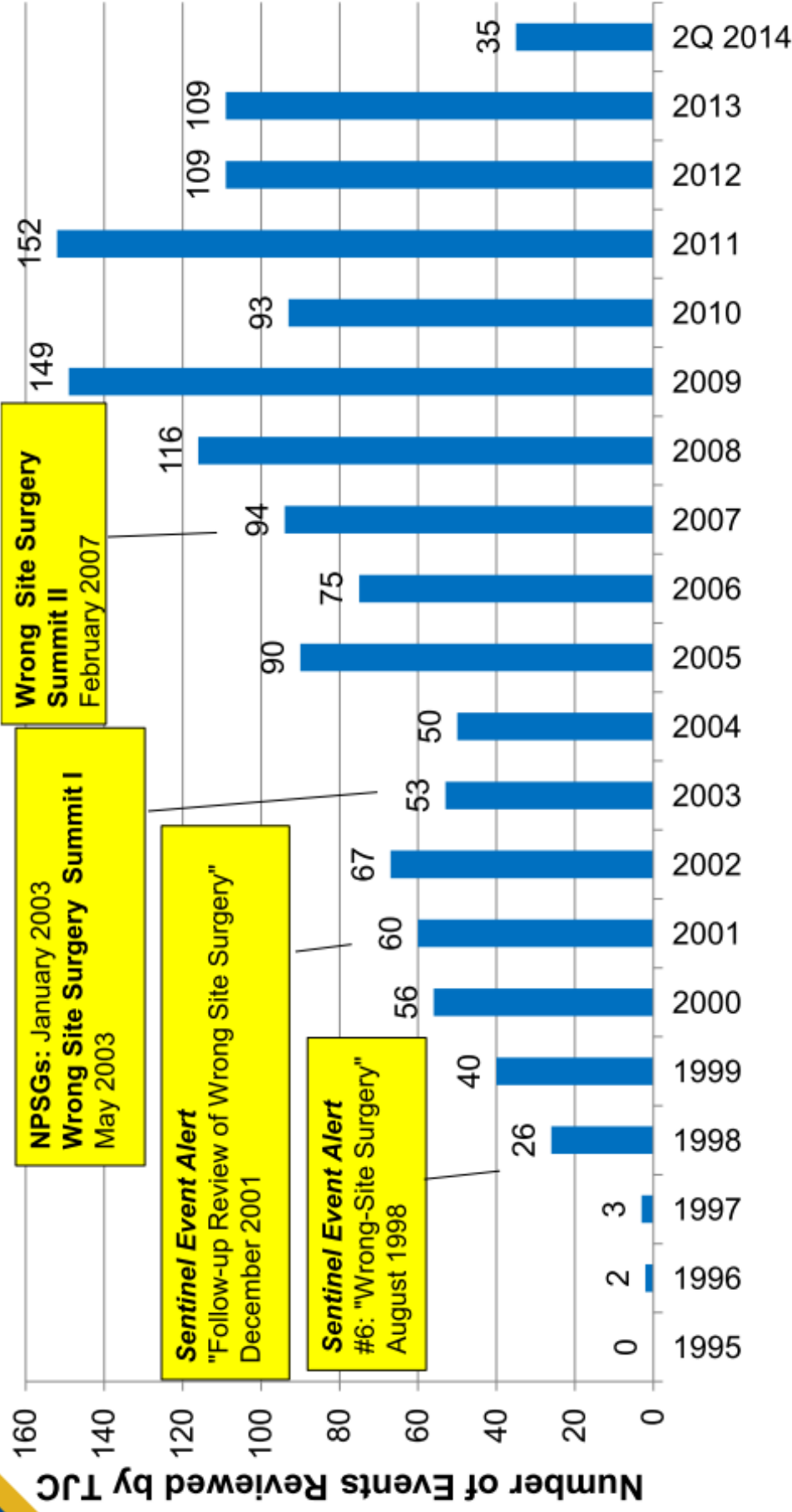


Summary Data of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission

Type of Sentinel Event	2004 - June 2014 Total	2012	2013	January to June 2014
Anesthesia-Related Event	104	7	8	2
Criminal Event	361	43	52	29
Delay In Treatment	937	107	113	34
Dialysis-Related Event	12	2	1	2
Elopement	93	10	9	5
Fall	664	76	82	44
Fire	114	15	9	7
Infant Abduction	28	3	2	0
Infant Discharge to Wrong Family	3	1	0	0
Infection-Related Event	172	12	13	6
Inpatient Drug Overdose	94	22	8	3
Maternal Death	120	8	7	6
Med Equipment-Related	218	17	20	5
Medication Error	428	42	38	12
Op/Post-op Complication	823	83	77	27
Other Unanticipated Event****	559	59	81	53
Perinatal Death/Injury	291	36	35	17
Radiation Overdose*	36	3	4	2
Restraint Related Event	123	7	4	2
Self-Inflicted Injury	65	14	9	1
Severe Neonatal Hyperbilirubinemia*	6	2	0	0
Suicide	814	85	90	39
Transfer-Related Event	27	3	2	1
Transfusion Error	124	16	7	3
Unintended Retention of a Foreign Body*	932	115	102	57
Utility System Failure	7	1	0	0
Ventilator Death	48	3	5	2
Wrong-patient, wrong-site, wrong-procedure	1072	109	109	35
Total Incidents Reviewed	8275	901	887	394

Wrong-patient, Wrong-site, Wrong-procedure Events Reviewed by The Joint Commission

(Regardless of the magnitude of the procedure)



The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore, these data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of events or trends in events over time.

Most Frequently Reviewed Sentinel Event Categories by Year

2012	2013	2Q 2014
Unintended Retention of a Foreign Body	Delay In Treatment	Delay In Treatment
Wrong-patient, wrong-site, wrong-procedure	Wrong-patient, wrong-site, wrong-procedure	Wrong-patient, wrong-site, wrong-procedure
Delay In Treatment	Unintended Retention of a Foreign Body	Unintended Retention of a Foreign Body
Suicide	Suicide	Suicide
Op/Post-op Complication	Fall	Fall
Fall	Other Unanticipated Event*	Other Unanticipated Event*
Other Unanticipated Event*	Op/Post-op Complication	Op/Post-op Complication
Criminal Event	Criminal Event	Criminal Event
Medication Error	Medication Error	Medication Error
Perinatal Death/Injury	Perinatal Death/Injury	Perinatal Death/Injury

*Other includes: Unexpected Additional Care/Extended Care, and Psychological Impact

The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore these data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of events or trends in events over time.

Root Cause Information for Wrong-patient, Wrong-site, Wrong-procedure Events

Reviewed by The Joint Commission



(Regardless of the magnitude of the procedure)

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

The reporting of most sentinel events to The Joint Commission is voluntary and represents only a small proportion of actual events. Therefore, these root cause data are not an epidemiologic data set and no conclusions should be drawn about the actual relative frequency of root causes or trends in root causes over time.



Quelques chiffres au CHR

Nombre de déclarations **sur
base volontaire**

2010-2011: 5/117

2012 : 23/129

2013 : 39/190

2014 (1^{er} semestre) : 13/96

Depuis 2010
au CHR
80 déclarations
EI/PI sur 532

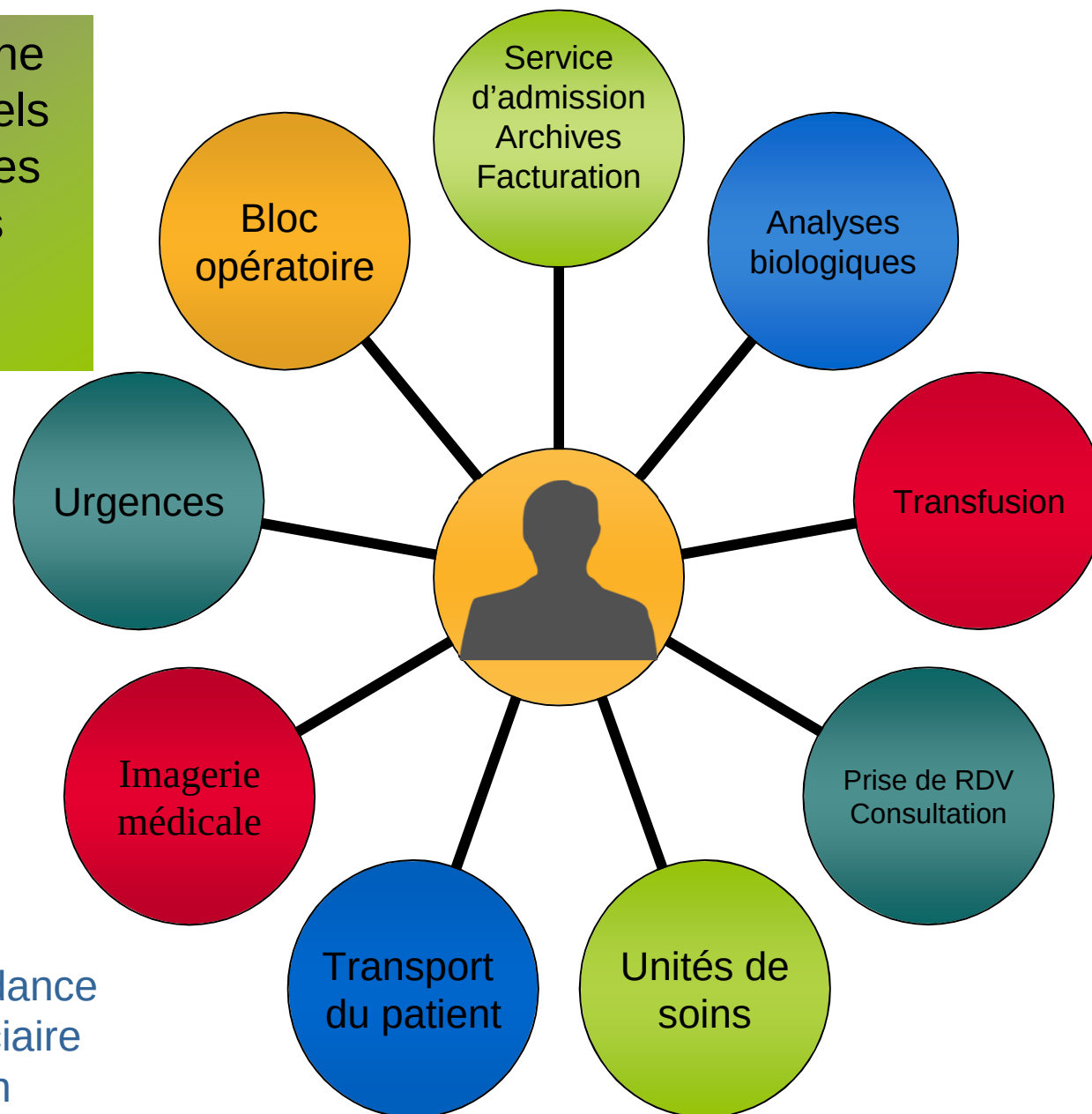
Soit 15 %

Depuis 2009, possibilité de
déclarer les EI/PI **sur base
volontaire**

Chutes depuis 2011
n = 1221

touchent
l'identité des patients
tous secteurs
confondus

Un risque qui concerne **tous** les professionnels de la santé de **tous** les secteurs à **toutes** les étapes de la prise en charge



Vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription

→ avant tout acte

L'erreur, une occasion unique de réaliser une analyse et une opportunité d'amélioration



Détection et
signalement
de l'EI



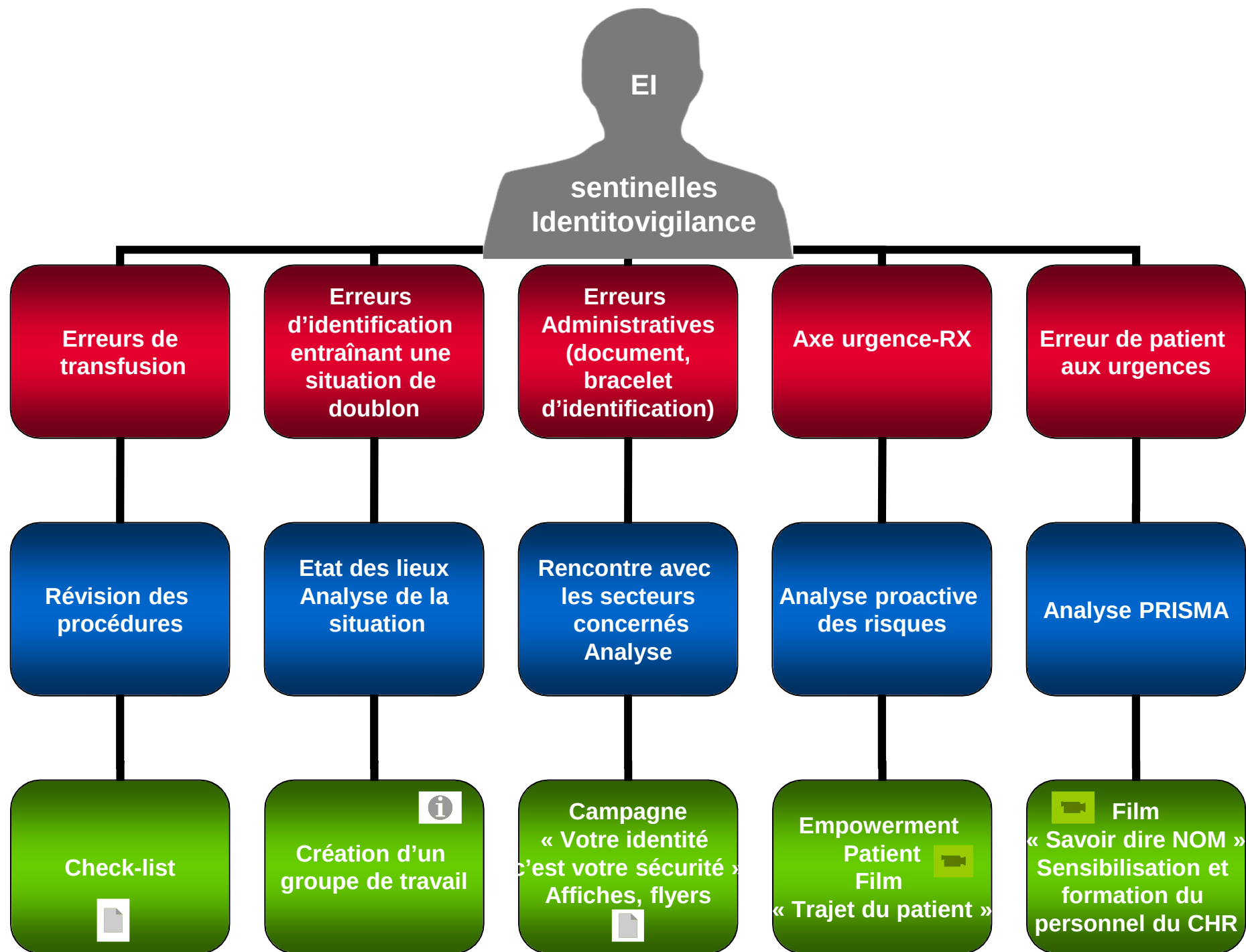
Enregistrement
de l'EI par la CQ

Taxonomisation
et statistique



Analyse
approfondie
des causes

Établir des
recommandations
et développer un
plan d'action en
partenariat avec
l'équipe
→ Feed-back de
l'analyse



Conclusion

ANALYSE
D'ÉVÉNEMENTS
SENTINELLES



AMÉLIORATION
CONTINUE DE LA
QUALITÉ



Merci
de
votre attention





CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun



Service de Biologie Clinique
Laboratoire d'Analyses Médicales
Chef de service : Dr. JM. Minon

Laboratoire d'Immuno-Hématologie & Transfusion

☎ 04 / 225.67.79

ATTestation relative au sang ou aux produits sanguins labiles administrés
A COMPLETER ET RETOURNER AU LABORATOIRE DANS LES PLUS BREFS DELAIS

Identification et résultats Patient		Identification Poche	
Ref Patient : 013565XT		N° De Poche : 0201112164798	
Nom : [REDACTED] Prénom : [REDACTED]		Concentrés érythrocytaires déleucocytés CODE : 043 (E3846V00)	
Né(e) le : 10 Mars 19[REDACTED] Sexe : Mère		N° Commande : 86611	
Service 56 : Gériatrie SSE		N° Livraison : 97708	
Groupe Sanguin : A - Du-		Date de préparation : 24-avr-2012	
1 ^{ère} délai : 23-avr-2012 2 ^{ème} délai : 24-avr-2012		Delivré le 25/04/12 à 22.41	
Phénotype : C- c+ E- e+ K-		Code RNMR : 752463	
Anticorps connus :		Périmé le : 10 Mai 2012	
Date de la RAI : 24-avr-2012 et résultat : Négatif		Groupe Sanguin : A -	
Notes transfusionnelles :		Phénotype : C- c+ E- e+ K-	
		Etiquette détachable de la poche ou inscrite son N° :	

Impérativement par la même personne et dans la même unité de temps

- > Vérifier la date de péremption de la poche
- > Vérifier l'intégrité de la poche et l'aspect du produit
- > Vérifier la concordance du n° de poche avec celui de la fiche d'attestation individuelle
- > Vérifier la qualification du produit sur la poche et sur la fiche d'attestation individuelle
- > Vérifier la conformité du groupe sanguin (2 déterminations)
- > Une seule détermination autorisée dans l'urgence clinique avec accord du médecin
- > Vérifier la compatibilité ABO/D de la poche et du patient

Au lit du patient

- > Prévenir le patient de la transfusion si possible
- > Interroger le patient si consent « comment vous appelez-vous ? »
- > Vérifier la concordance de l'identité du malade sur le bracelet et sur la fiche d'attestation individuelle (nom, prénom, date de naissance)

Surveillance

- > Prendre les constantes PA, T°, pouls, FR et noter au dossier
- > Brancher la transfusion avec trousse à transfusion
- > Placer l'appel infirmier à portée de la main du patient
- > Contrôler PA, T°, pouls et FR à 10-15 min et noter au dossier

Vérifié et posé par

Nom : Prénom : Salle :
Date : .../.../... Heure : ... h ... min Signature :

Médecin transfuseur

Cachet :
Signature :

Incident transfusionnel : Oui ☐ Non ☐
Si OUI, veuillez nous faire parvenir la poche et trousse incriminées et la fiche FIT

Étude de la fréquence et des causes d'erreurs d'identification entraînant des doublons

Les erreurs d'identités peuvent être liées aux vulnérabilités du processus d'identification du patient.



- Certaines situations à risques d'erreurs d'identité connues, comme l'existence de plusieurs dossiers pour un même patient → DOUBLON
 - Événements indésirables sentinelles : 121 demandes de modifications de signalétique sur un mois en 2013 (erreurs de date de naissance 27%, nom 25%, de prénom 11%, de genre 8%, situation de doublon 11%...)
- ➔ Création d'un groupe de travail (CQ, Informaticiens, chef de service administratif, responsable encodage laboratoire biologie clinique, responsable Ris Pacs, responsable du service de facturation)



Campagne identitovigilance

2013/2014

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

**VOTRE
IDENTITÉ
C'EST
VOTRE SÉCURITÉ**

Nom, Prénom
Date de naissance

BIEN VOUS IDENTIFIER POUR VOUS SOIGNER EN TOUTE SÉCURITÉ

**NOUS VOUS DEMANDERONS DE PORTER UN BRACELET D'IDENTITÉ
QUE VOUS GARDEREZ TOUT AU LONG DE L'HOSPITALISATION**

VOTRE IMPLICATION FAIT LA DIFFÉRENCE



Campagne identitovigilance 2013/2014

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

**VOTRE
IDENTITÉ
C'EST
VOTRE SÉCURITÉ**

PASSPORT

**POUR VOTRE SÉCURITÉ, NOUS VOUS DEMANDERONS SOUVENT VOTRE NOM,
PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE**

VOOR UW VEILIGHEID ZULLEN WIJ U VAAK DE ZELFDE VRAGEN STELLEN, ZOALS : UW NAAM, U VOORNAAM EN UW GEBORTEDATUM. DANK U VOOR U BEGRUPT.

FOR IHREN SICHERHEIT, WERDEN WIR OFT NACH IHREM NAMEN, VORNAMEN UND GEBURTSDATUM FRAGEN

FOR YOUR OWN SAFETY, WE WILL ASK YOU OFTEN YOUR NAME, FIRST NAME AND DATE OF BIRTH

ВО ИЗБЕЖАНИЕ ОШИБОК И НЕДОРАЗУМЕНИЙ, МЫ ЧАСТО ПЕРЕСПРАШИВАЕМ ВАШУ ФАМИЛИЮ, ИМЯ, И ВАШУ ДАТУ РОЖДЕНИЯ

EMNİYƏTİNİZ İÇİN SÜREKLİ ADINIZ, SOYADINIZ VE DOĞUM TARİHİNİZ SORULACAKTIR

Campagne identitovigilance

2013/2014



La vérification de l'identité
du patient fait partie
intégrante des soins
de santé.

LA CELLULE QUALITÉ



CHR
SITE DE LA CITADELLE
bld du 12^e de Ligne, 1
4000 Liège
Tel 04 225 61 11
Fax 04 226 47 47



CHR
SITE DU CHATEAU ROUGE
rue du Grand Puits, 47
4040 Herstal
Tel 04 240 59 05
Fax 04 264 39 72



CHR
SITE DE SAINTE-ROSALIE
rue des Wallons, 72
4000 Liège
Tel 04 254 72 11
Fax 04 253 10 46

VOTRE IDENTITÉ
C'EST
VOTRE SÉCURITÉ



 **CHR CITADELLE**
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun



Campagne identitovigilance

2013/2014

A l'hôpital, bien s'identifier c'est assurer sa sécurité

Vous venez au CHR en consultation,
pour un examen ou une prise de
sang.

Vous recevrez des étiquettes sur
présentation d'un document d'identité.

- Vérifiez les coordonnées.
- Ne les égarez pas.

Si vous êtes hospitalisé

Votre bracelet d'identification

- Assurera votre identité tout au long de
votre hospitalisation.
- Sera votre laissez-passer avant la
réalisation d'un soin, d'un examen ou
d'une intervention.



Pendant votre
séjour, médecins,
infirmiers, techniciens,
brancardiers...vous
solliciteront avant
chaque acte et
intervention pour
vérifier avec vous votre identité.

Votre implication fait la différence

- Vérifiez les coordonnées de votre
bracelet ou de vos étiquettes.
- Portez votre bracelet, ne l'ôtez en
aucun cas avant votre sortie de
l'hôpital.
- Vous n'avez plus votre bracelet ?
Signalez-le à l'infirmière.



Pour un séjour hospitalier
en sécurité, le port du
bracelet d'identification
est indispensable.

