



9<sup>ème</sup> journée du réseau d'hémovigilance  
en Aquitaine-Limousin  
24 Novembre 2011

## Synthèse des résultats de 55 analyses approfondies des causes d'erreurs d'identité (Projet PERILS)

Cécile LOONIS, Interne en Pharmacie, [loonis\\_cecile@bbox.fr](mailto:loonis_cecile@bbox.fr)

Jean-Luc QUENON, Médecin, Chef de projet Gestion des Risques, [jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr](mailto:jean-luc.quenon@ccecqa.asso.fr)  
CCECQA, Bordeaux

# Objectifs

- Connaître les causes immédiates et les défaillances profondes les plus fréquentes et communes aux établissements de santé participants au projet PERILS
- Rechercher l'existence d'association entre ces défaillances et certaines caractéristiques d'établissements ou de patients

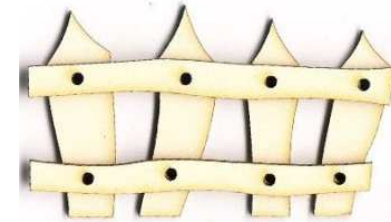
# Méthodes

# Méthode d'Analyse Approfondie des Causes (AAC)

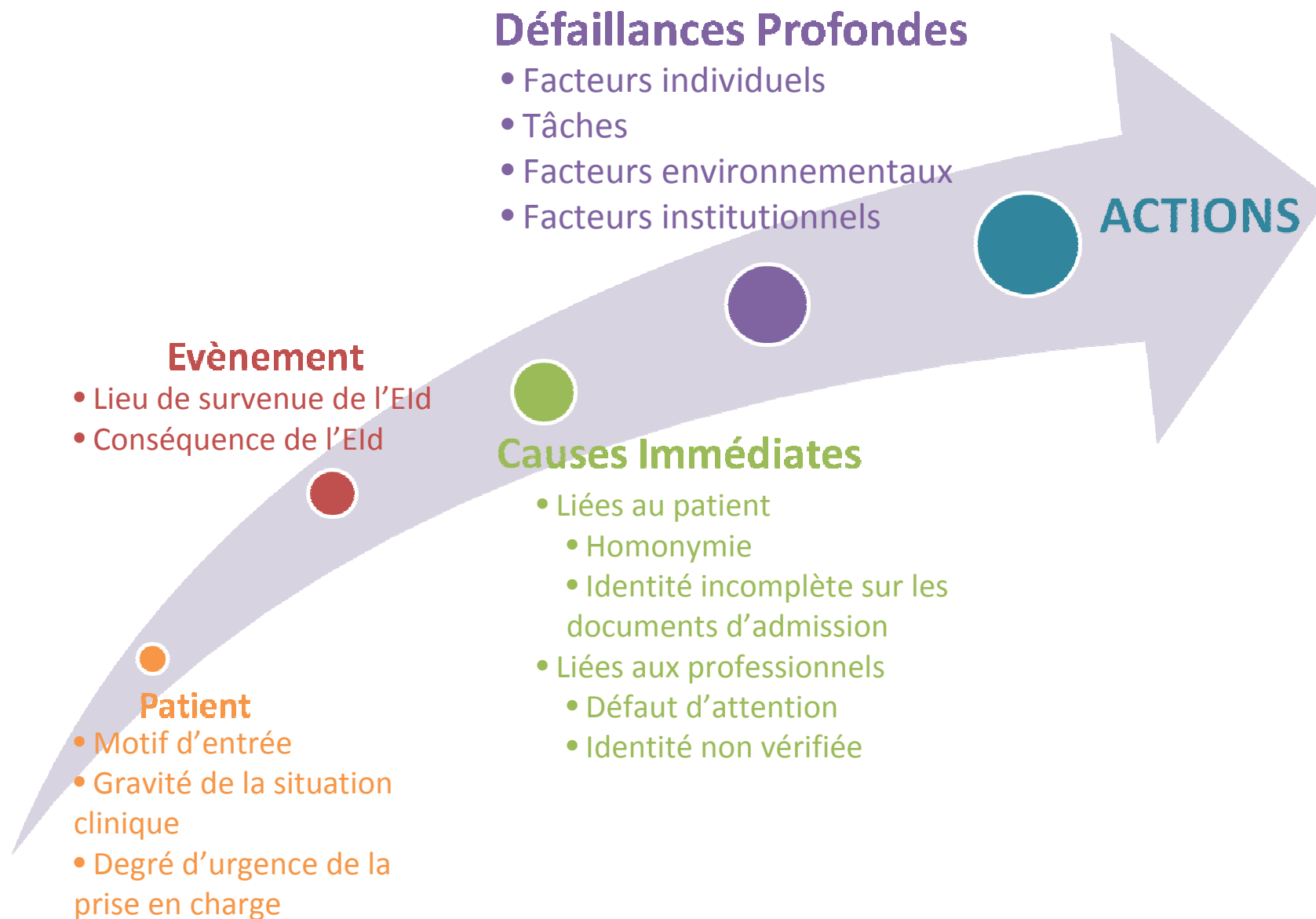
- Utilisation du système de signalement des événements indésirables et AAC
  - Organisation d'une semaine de signalement ciblée
  - Eld avec ou sans conséquences pour le patient
  - Privilégier les Eld avec des conséquences graves et les presque accidents
  - Méthode d'analyse issue de celle développée pour ENEIS
- Conduite de l'AAC
  - En présence du personnel concerné par l'Eld
  - Par responsable qualité / gestion des risques de l'établissement de santé

# Méthode d'Analyse Approfondie des Causes

- Etude des
  - Causes immédiates (CI)
  - Défaillances profondes
- Barrières fonctionnelles ou non
- 7 grandes barrières explorées
  - Patient
  - Soignant
  - Equipe
  - Tâches à réaliser
  - Conditions de travail
  - Organisation
  - Contexte institutionnel



# Grille d'entretien pour l'AAC



# Résultats



# Participation

- 55 Eld ont fait l'objet d'une AAC dans 37 établissements de santé
  - 2 établissements de santé → 0 AAC
  - 21 établissements de santé → 1 AAC
  - 14 établissements de santé → 2 AAC
  - 2 établissements de santé → 3 AAC
- Nombre de participants de 2 à 14 (médiane : 5)
  - Cadres de santé
  - Infirmiers
  - Agents administratifs
  - Médecins



# Exemple d'EI sans conséquence

- Création d'un dossier patient sans vérification de la pièce d'identité conduit à une erreur dans l'orthographe du prénom d'un patient
- Non concordance de l'identité sur les différentes pièces d'identité présentées, la carte de groupe sanguin et le dossier patient
- Transfusion sanguine réalisée avec un produit sanguin destiné à un patient homonyme (même nom, même prénom, date de naissance différente)
- Usurpation d'identité à l'arrivée aux urgences, puis au service des admissions

# Exemple d'EI avec conséquences

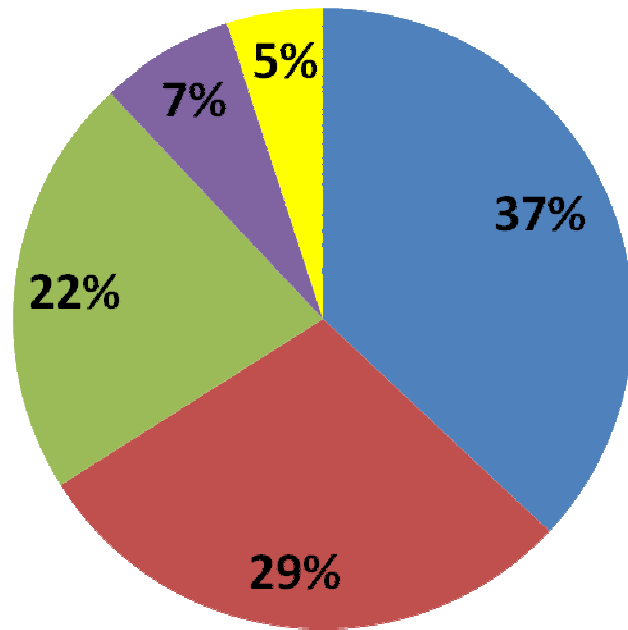
- Inversion du nom et du prénom à l'admission avec pour conséquence des complications relationnelles en lien avec la pathologie du patient
- Erreur d'administration d'un médicament injectable
- Erreur de date de naissance dans le dossier d'un patient ayant entraîné un retard dans la réalisation de l'acte transfusionnel
- Transfert d'une patiente en ambulance dans une autre structure que celle prévue à la suite d'une confusion avec le transfert d'un autre patient ayant entraîné un retard de prise en charge

# Lieu de survenue des Eld

| Lieu de survenue                           | n          | %          |  |
|--|------------|------------|--|
| Admissions                                 | 16         | 30         |  |
| Urgences                                   | 10         | 19         |  |
| Médecine                                   | 7          | 13         |  |
| Labo/pharmacie                             | 6          | 11         |  |
| Chirurgie                                  | 5          | 9          | 26 Eld<br>survenues dans<br>un service de<br>soins |
| Soins de suite                             | 3          | 5          |  |
| Consultation/secrétariat/cabinet extérieur | 2          | 4          |  |
| Gynéco-obstétrique                         | 1          | 2          |  |
| Autres                                     | 4          | 7          |  |
| <b>Total</b>                               | <b>54*</b> | <b>100</b> |  |

\*Une donnée manquante pour un établissement

# CI liées au patient (n = 41)



■ Problèmes administratifs

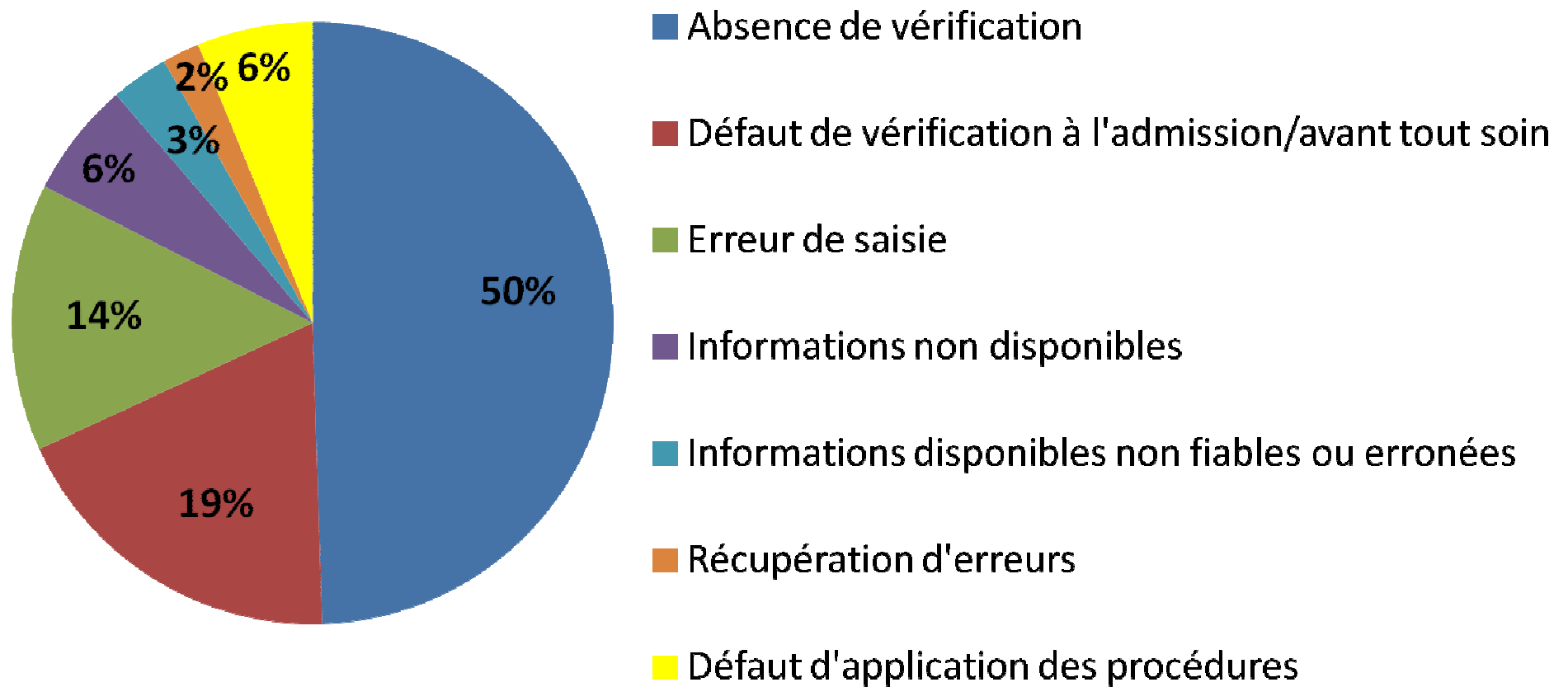
■ Implication du patient

■ Risque de confusion avec un autre patient

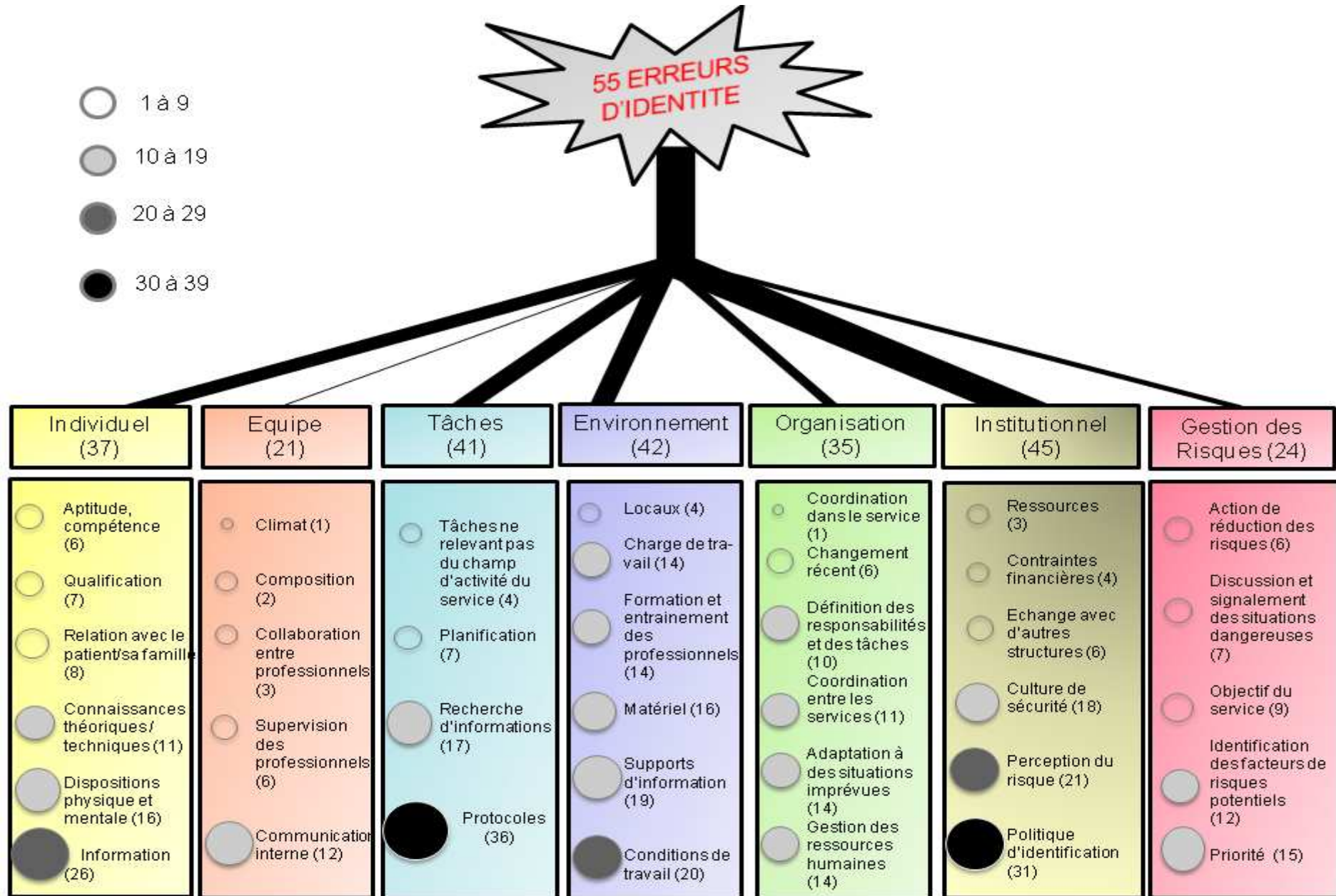
■ Modalités d'admission

■ Demande du patient

# CI liées aux professionnels (n = 97)



# Défaillances profondes (n = 245)



# CI et défaillances profondes identifiées lors de l'AAC d'un transfert d'une patiente en ambulance dans une autre structure que celle prévue, à la suite d'une confusion avec le transfert d'un autre patient

## Causes immédiates :

- Liées au patient : aucune
- Liées aux professionnels :
  - ✓ Manque d'informations sur l'identité de la personne à transférer
  - ✓ Défaut de vérification de plusieurs professionnels (ambulanciers et soignants)

## Défaillances profondes :

- Liées au patient : aucune
- Liées aux professionnels :
  - ✓ Insuffisance d'échange d'informations avec le patient ou sa famille
- Liées à l'équipe :
  - ✓ Collaboration insuffisante entre les professionnels

## Défaillances profondes (suite) :

- Liées aux tâches à accomplir :
  - ✓ Protocoles inadaptés ou absents
  - ✓ Défaut de l'accessibilité de l'information en temps voulu
- Liées à l'environnement :
  - ✓ Locaux inadaptés
  - ✓ Supports d'information non disponibles ou non adaptés
  - ✓ Conditions de travail difficiles
- Liées à l'organisation :
  - ✓ Mauvaise définition des responsabilités et des tâches
- Liées au contexte institutionnel :
  - ✓ Absence de politique d'identification
- Liées à la gestion des risques dans le service :
  - ✓ Facteurs de risque potentiels non ou mal identifiés



# Proposition d'axes d'amélioration



- 135 actions proposées pour 54 AAC (en moyenne 4 axes d'amélioration par AAC)
- Principaux axes d'amélioration
  - Amélioration des pratiques professionnelles (action sur les causes immédiates)
  - Sécurisation des situations les plus à risques
- Aucune solution proposée pour certaines défaillances profondes
  - Problème de supervision des professionnels
  - Mauvaise gestion du personnel (mais management peu représenté parmi les participants aux AAC)

# Discussion - Conclusion

- **Signalement** utile pour identifier rapidement les Eld
- **AAC** faisables et acceptées par les professionnels
  - Grande dynamique pour l'organisation d'AAC
  - Nombreux participants
  - Capacité à identifier des CI et des défaillances profondes
- Mise en évidence **d'absences ou de défauts de vérification de l'identité** des patients avant tout soin
- **Importance du rôle du patient** dans la survenue d'Eld

- **Défaillances profondes** surtout au niveau
  - Institutionnel
  - Environnement
  - Tâches
  - Individuel
- **Plan d'action** pas toujours structuré
  - Propositions en rapport avec les CI
  - Manque d'expérience des gestionnaires de risque
  - Absence d'outils

- **Efficacité des AAC** suivie par l'évolution de la fréquence des situations à risque analysées
- **Pas de mise en évidence d'associations** entre caractéristiques des établissements de santé ou caractéristiques des patients et défaillances observées