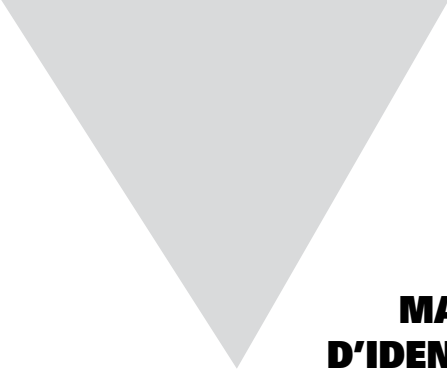




MAÎTRISE DU RISQUE D'ERREUR D'IDENTITÉ EN MILIEU HOSPITALIER

Jean-Luc Quenon

Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en
Aquitaine. Hôpital Xavier Arnozan, 33604 Pessac

1. 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].

2. 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 même nom).
- Des défauts d'application des règles de vérification avant un soin.
- La sous-utilisation des moyens techniques facilitant l'identification (par exemple bracelets, codes barre, 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].

3. 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 termes d'image sur les activités hospitalières (Tableau I).

Tableau I

Un exemple d'erreur d'identité en milieu hospitalier et de ses conséquences [9]

27 novembre 1991	• Deux patientes d'origine vietnamienne, de patronyme voisin viennent dans le service de gynécologie-obstétrique, l'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.

4. 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].

Plusieurs solutions existent pour rendre plus fiable l'identification des patients. Dans plusieurs pays et dans quelques établissements de santé Français, des bracelets 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]. Cependant les moyens techniques malgré leur apport ne sont pas suffisants. La sécurisation de l'identification du patient repose avant tout sur :

- Une politique d'identification du patient 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 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].

5. UN PROJET AQUITAIN D'AMÉLIORATION DE L'IDENTIFICATION DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (PROJET PERILS - PRÉVENTION DES ERREURS D'IDENTITÉ LIÉES AUX SOINS)

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 projet a comme objectifs :

- 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.

L'approche méthodologique proposée a retenu comme modèle conceptuel, celui développé par James Reason et basé sur l'erreur humaine comme déterminant des accidents (Figure 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].

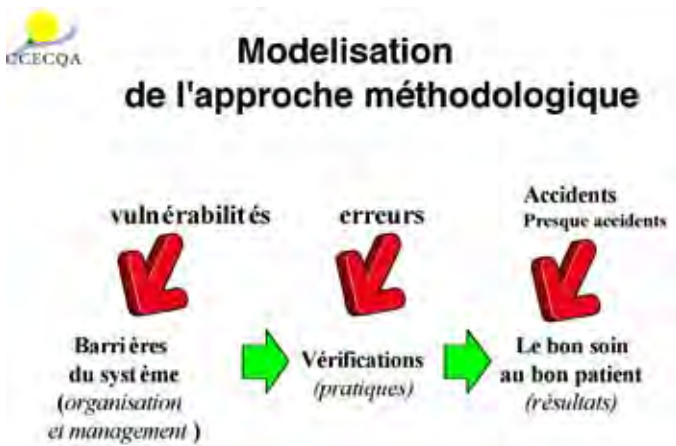


Figure 1 : Modélisation de l'approche méthodologique.

CONCLUSION

La réalisation du projet PERILS est prévue en trois étapes :

- 1^{ère} 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 :
- 2^{ème} 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 formuler des recommandations afin d'agir sur les principales vulnérabilités identifiées lors de ce projet, de renforcer les principales barrières contre les risques d'erreur et de les rendre plus opérationnelles.
- 3^{ème} étape : L'impact de ces actions sera estimé par le suivi de la fréquence des erreurs d'identification à l'admission et la fréquence des incidents/accidents liés à des erreurs d'identité signalés par les professionnels.

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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [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;2:245-248
- [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;4:235-238
- [7] Sfez M. Sécurité transfusionnelle ? Risques et Qualité 2005;2:186-189
- [8] Chassin M.R., Becher E.C. The wrong patient. Ann Intern Med. 2002;136:826-833
- [9] Caizergues C, Giocanti D, Léonetti G, Pélissier AL, Piercecchi MD, Cianfarani F. L'erreur d'identité. Journal de Médecine Légale Droit Médical 1997;40:299-301
- [10] 2006 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL; Joint Commission, 2006 (<http://www.jcipatientsafety.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.jcipatientsafety.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