

Est-ce possible chez vous ?

PARTAGE D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES
AU SERVICE DE TOUS

THÈME : IDENTITOVIGILANCE

MOTS-CLÉS : BRACELET,
IDENTIFICATION

Homonymie et triple erreur d'identification

L'histoire

Le 19 Juin

Madame Simone Thylsseman et Madame Dominique Thylmans sont deux patientes hospitalisées dans le service de Pneumologie. Mme Simone est une dame de 86 ans hospitalisée depuis 4 jours pour une pathologie pulmonaire et Mme Dominique est une dame de 28 ans hospitalisée depuis 2 jours dû à une crise d'asthme sévère.

Le 20 juin

Une nouvelle infirmière chef d'unité, l'infirmière Patricia, prend ses fonctions dans le service pendant le congé de maternité de la chef attitrée. Patricia est une infirmière expérimentée ayant travaillé pendant 16 ans dans le service de Cardiologie. Néanmoins, les habitudes de travail sont différentes d'un service à un autre. Par exemple, les étiquettes des patients sont classées par chambre au service de Cardiologie tandis que dans le service actuel les étiquettes sont rangées par ordre alphabétique.

Patricia prend ses fonctions le lundi 20 Juin. Elle n'a pas de période d'adaptation, inutile selon la cadre intermédiaire puisqu'elle est aidée par ses collègues dans sa prise de fonction et qu'elle a déjà une large expérience.

Chaque matin, l'infirmière Chef d'Unité fait le tour des patients avec le médecin. C'est le moment où le médecin transmet les ordres médicaux au département infirmier et où sont rédigées les demandes médicales telles que les analyses ou examens.

Ce matin Dr. Ingrid, médecin pneumologue, fait le tour des patients avec Patricia. En examinant Mme Simone elle soupçonne la présence d'une infection pulmonaire et rédige une demande

d'examen radiologique.

À son retour au bureau infirmier, Patricia prend par erreur une étiquette de Mme Dominique et la colle sur la demande d'examen. Un rendez-vous est donc pris pour Mme Dominique, au lieu de Mme Simone.

La secrétaire du Service d'Imagerie Médicale reçoit la demande et introduit le nom de Mme Dominique dans la liste des patients avec une demande d'examen programmé.

Le 21 Juin

Comme tous les matins, le brancardier reçoit la liste des noms des patients à aller chercher aux différents services. Quand le brancardier arrive au service de pneumologie, il annonce oralement qu'il vient chercher Mme Dominique pour l'examen. En croyant avoir compris le nom de Mme Simone, une des infirmières du Service indique le numéro de chambre de Mme Simone. Le brancardier, sans vérifier le bracelet, transporte Mme Simone au service d'Imagerie Médicale. Mme Simone est la patiente pour qui on a demandé l'examen mais pas celle qui est inscrite dans la demande d'examen. Il y a donc à ce stade, deux erreurs d'identité qui se sont produites.

Dans la salle d'attente d'Imagerie Médicale, la technologue appelle Mme Dominique pour son examen, car c'est le nom qu'elle lit sur la demande. N'ayant pas de réponse, la technologue se rend au chevet de chaque patient et lit le bracelet d'identification. Quand elle lit le bracelet de Mme Simone, le nom ne semble pas correspondre exactement à celui qui est dans la liste mais elle fait rentrer tout de même Mme Simone dans la salle d'examen. Elle pensa avoir fait une erreur

de lecture ou que le bracelet contenait une erreur de frappe. La troisième erreur d'identification se produit.

Le deuxième technologue qui se trouve derrière la console dit faire confiance à son homologue et ne vérifie jamais l'identité du patient que l'on fait rentrer. L'examen est donc réalisé chez Mme Simone mais le protocole provisoire est introduit dans le dossier de Mme Dominique.

Dr. Sophie, assistante pneumologue, reçoit les résultats du protocole provisoire, qui correspond

en réalité à l'examen de Mme Simone. Les résultats de l'examen suggèrent la présence d'une infection pulmonaire et le médecin met Mme Dominique sous antibiotiques.

Lors du protocole définitif, le Médecin Radiologue constate que la structure osseuse est très atypique pour une patiente de 28 ans (signes visibles de vieillissement de la structure osseuse). Immédiatement, il contacte le service de Pneumologie. Après une reconstitution des faits et de l'analyse de l'évènement, l'erreur est détectée.

Quelles sont les pistes pour vous améliorer ?

Suite à la lecture de cet évènement nous pouvons mettre en avant 3 points d'analyse :

1. Encadrement/Intégration des nouveaux professionnels

Il est important de comprendre que chaque service/département a ses propres règles relatives au fonctionnement interne (modes opératoires, protocoles, procédures etc.).

L'intégration d'un nouveau soignant peut être un facteur de risques pour la prise en charge sécuritaire des patients, non par manque de professionnalisme mais par méconnaissance du nouveau service, son environnement, ses spécificités, ses modes de transmissions de l'information, des politiques/procédures etc. L'entrée dans une nouvelle fonction (même si temporaire) peut également placer les professionnels dans un climat d'insécurité et de stress, tous deux sources de potentielles erreurs et distractions.

Un bon encadrement semble être primordial pour l'intégration des nouveaux professionnels. Cela permet à ceux-ci de trouver leurs marques, se repérer, se familiariser, tant avec ses collègues et ses fonctions, qu'avec les lieux et le fonctionnement du service. De plus, une bonne intégration permet de prévenir certaines difficultés et de créer une ambiance de confiance et de soutien pour le nouveau collaborateur.

2. Identito-vigilance

Les erreurs et les incidents liés à une mauvaise identification du patient sont bien connus de la littérature. Afin de réduire les risques d'erreurs d'identito-vigilance l'OMS a élaboré une série de

recommandations :

- Sensibiliser et former tous les professionnels cliniques et non-cliniques à l'identito-vigilance ;
- Mettre en place une politique, des procédures et des règles standards pour l'identito-vigilance ;
- Évaluer la connaissance et la compréhension des professionnels par rapport aux procédures et règles pour l'identito-vigilance ;
- Mettre à disposition des protocoles spéciaux pour confirmer l'identification de patients non-identifiés ainsi que pour distinguer des patients qui portent des noms similaires ;
- Eduquer et encourager la participation des patients lors du processus d'identification.

Les règles d'identito-vigilance doivent être respectées par tous les professionnels impliqués dans un contact avec un patient, car celles-ci sont une responsabilité de tous. Chaque professionnel est susceptible de commettre une erreur d'identification. A l'admission et avant tout soin, y compris le transport de malades, il faut procéder à l'identification du patient en utilisant au moins 2 identifiants (ex : nom et date de naissance). Dans notre exemple, une identification correcte du patient à travers la confirmation de deux identifiants du bracelet aurait permis de détecter l'erreur à temps.

Outre ces pratiques de vigilance, d'autres outils de communication plus spécifiques sont aussi

efficaces pour confirmer l'identité d'un patient, par exemple la « check-list chirurgicale » développée par l'OMS. Cette liste de vérifications est utilisée lors des interventions chirurgicales et comprend trois phases, dont une qui s'appelle la phase « time out ». Cette phase « time-out » permet de vérifier si la procédure qui va être réalisée est correcte ainsi que l'identité du patient. La phase du « time-out » est largement utilisée en dehors du contexte opératoire, par exemple, avant la réalisation d'un examen ou l'administration d'un traitement. Dans notre histoire, les deux technologues auraient pu éviter la réalisation de l'examen radiologique à travers l'utilisation de la phase « time out » de la check-list de l'OMS (confirmation de l'examen et de l'identité du patient).

La formation et la sensibilisation des patients et des familles à l'identité-vigilance est une étape tout aussi importante. Cette formation permet non seulement d'expliquer aux patients les enjeux de sécurité liés à cette démarche mais aussi de les rendre susceptibles de repérer des erreurs d'identification.

3. Implication du patient

Favoriser l'implication des patients et de leurs proches constitue un atout pour des soins sécuritaires et de qualité. L'implication du patient permet un dialogue plus interactif, une coopération entre le professionnel de santé et le patient mais aussi une meilleure compréhension, de la part du patient, des décisions prises. De façon à engager activement les patients, il est nécessaire de mettre en place une communication efficace, former le patient (ex : consentement éclairé) et évaluer sa compréhension. Quelques outils d'aide à la communication facilitent cet engagement actif du patient :

- « **Faire dire** », technique développée par la HAS, consiste à demander au patient de reformuler l'information qu'on lui a transmise afin de s'assurer de sa bonne compréhension. L'outil comporte 3 étapes successives.

Faire dire (HAS)

Expliquer	lentement, à l'aide de mots simples, d'images, de schémas, avec empathie et respect
Faire dire	vérifier la compréhension du patient en lui demandant une reformulation
Réexpliquer	si nécessaire jusqu'à s'assurer de la compréhension complète par le patient

- « **Ask me 3** », développé par la National Patient Safety Foundation, cet outil incite le patient à poser trois questions principales aux professionnels.

Ask me 3 (NPSF)

Quel est mon problème principal ?
Que dois-je faire ?
Pourquoi est-il important pour moi de le faire ?

- « **Speak-up** », programme développé par la Joint Commission qui encourage les patients à s'exprimer à l'égard de leurs soins de santé.

Speak-up (Joint Commission)

Faites-vous entendre si vous avez des questions ou des préoccupations
Soyez attentif aux traitements que vous recevez
Renseignez-vous sur votre maladie
Demandez à un membre de votre famille ou un ami d'être votre avocat de santé (conseiller)
Informez-vous sur les médicaments qui vous sont prescrits et pourquoi vous devez les prendre
Participez à toutes les décisions de votre prise en charge

Dans l'histoire, à travers l'utilisation d'outils d'aide à la communication, Mme Dominique aurait pu éventuellement aider les professionnels à identifier une erreur d'identité dans le parcours de soins (ex : constater qu'elle n'a pas été soumise à un examen radiographique).

Vous avez des commentaires concernant cet événement ?

Vous souhaitez partager un événement indésirable ?

Contactez Ana van Innis, Project Manager à la PAQS, analuisa.vaninnis@paqs.be

#acteurqualité