

Une rubrique d'analyse de cas pour comprendre les erreurs survenues lors des soins et apprendre pour la sécurité des patients

Une erreur d'identité *sang* pour *sang* évitable !

F. Delaperche, J.-L. Quenon, M.-P. Herrera, I. Roger

Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Pessac

✉ **Florence Delaperche**

CCECQA - Hôpital Xavier Arnoz - 33604 Pessac cedex -
E-mail : flo.delap@gmail.com

Le secteur hospitalier, comme tout secteur d'activité est soumis à une multitude de risques mais la particularité de l'activité médicale place la sécurité des soins au cœur des dispositifs de gestion des risques. Parmi les risques liés aux soins, il en est un qui concerne tous les établissements, toutes les spécialités et de nombreux acteurs : c'est le risque d'erreur d'identité.

L'évolution des technologies de l'information, l'augmentation du nombre de patients, de soins, d'interventions techniques et de documents les concernant a complexifié l'identification des patients dans les établissements de santé.

Elle est devenue une problématique hospitalière importante en raison de la fréquence élevée [1-3] et de la gravité potentielle de ces erreurs [4-6]. Une identification sûre est une condition pour délivrer le bon soin au bon patient. Dès lors, une erreur d'attribution de soin est dangereuse. Les erreurs d'identité sont liées aux vulnérabilités du processus d'identification des patients. Elles sont considérées comme souvent évitables.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) place l'identification fiable des patients parmi les neuf solutions pour la sécurité des soins [7], et dans la version V2010 du manuel de certification des établissements de santé (critère 15.a) elle est définie comme une pratique exigible prioritaire [8].

Cet article présente l'analyse d'une erreur de détermination de groupe sanguin retrouvée sur une carte présentant simultanément les groupes B et O pour une patiente, juste avant son entrée au bloc opératoire.

Une analyse approfondie des causes de cette erreur d'identité a été réalisée dans le cadre de l'étude PERILS (Prévention des erreurs d'identité liées aux soins), un projet aquitain de gestion des risques pour évaluer et améliorer la maîtrise du risque d'erreur d'identité en milieu hospitalier [9]. Elle fait partie de l'étape d'évaluation des risques du projet PERILS réalisée dans un centre hospitalier volontaire qui se place dans une démarche de trans-

parence et d'amélioration de la qualité et de la sécurité. L'objectif de cette analyse était de retrouver les causes immédiates (défauts de vérifications) et profondes (absence de barrière contre les risques d'erreur) de l'erreur d'identité dans le but de mettre en place des actions d'amélioration au sein de l'établissement.

L'exemple présenté illustre l'importance d'une bonne identification du patient. Il contribue à une meilleure prise en compte d'un risque mal connu et encore sous-estimé par les professionnels de santé et les usagers.

La méthode d'analyse utilisée

La méthode utilisée pour l'analyse est basée sur le modèle de l'erreur humaine développé par James Reason [10-12]. Ce cogniticien a établi des liens entre les théories de la psychologie et celles des spécialistes de la fiabilité des systèmes. Il a largement introduit la notion de facteur humain dans les analyses d'accidents.

L'analyse approfondie des causes s'est inscrite dans une approche qualitative, descriptive et rétrospective basée sur la méthodologie développée dans le cadre d'ENEIS, l'Étude nationale sur les événements indésirables liés aux soins réalisée en France en 2004 [13-14].

Les établissements participant à l'étude PERILS ont repéré sur une période de sept jours des événements avec erreurs d'identité en privilégiant les plus graves et les presque accidents, identifiés au sein de leur système de signalement des événements indésirables.

Deux spécialistes de la gestion des risques en milieu de soins du CCECQA se sont chargés de conduire l'analyse. Une semaine après l'événement, ils ont animé un entretien collectif dans une salle au calme dans l'établissement avec les professionnels concernés et se sont rendus au laboratoire de biologie médicale pour y rencontrer le personnel et comprendre l'organisation de leur travail.

Les documents disponibles et utiles à l'analyse ont été préparés pour être consultés lors de l'entretien collectif. La recherche et l'analyse des causes ont pu aboutir grâce à la participation de l'ensemble des professionnels présents lors de l'entretien : un médecin responsable du Département d'information médicale, la qualicienne, une technicienne des systèmes d'information, une adjointe administrative, une secrétaire des urgences, un biologiste du laboratoire.

La recherche des défaillances a été réalisée à l'aide d'une grille d'entretien semi-directif adaptée de celle d'ENEIS. Les causes profondes ont été retrouvées à partir des

causes immédiates en remontant aux causes qui leur ont préexisté ou qui en sont éloignées.

La grille d'entretien a été structurée de façon à recueillir des informations démographiques et médicales concernant le patient, comprendre les circonstances et les conséquences de l'erreur, rechercher la chronologie des faits, analyser les causes immédiates et profondes de l'erreur, les barrières de défense existantes ou manquantes, étudier l'évitabilité de l'événement, hiérarchiser l'importance des causes profondes, discuter des actions correctives et préventives déjà mises en œuvre ou de nouvelles propositions d'action.

Les résultats de cette analyse ont ensuite été restitués au correspondant projet de l'établissement, sous la forme d'une fiche de synthèse anonymisée reprenant la description de l'événement, l'analyse des causes et les actions correctives et préventives proposées.

Les faits

La patiente 1 est une adolescente de 15 ans portant un nom étranger, déjà venue dans l'établissement. Elle a été admise consciente au service des urgences pour douleurs abdominales et vomissements. Elle a été opérée le lendemain matin au bloc opératoire de chirurgie digestive. Un diagnostic de péritonite appendiculaire a été posé. Même si cette intervention n'est pas une chirurgie à haut risque hémorragique, il existe toujours un risque potentiel de complication. C'est pourquoi il est nécessaire de pouvoir disposer d'un résultat de groupage sanguin ABO/rhésus complété par celui de la recherche d'agglutinines irrégulières. En cas de besoin transfusionnel, ces résultats permettent d'obtenir plus rapidement du sang en toute sécurité.

Chronologie des faits

(Les dates sont fictives).

Trois ans auparavant, la patiente 1 avait été hospitalisée dans l'établissement sous un nom de naissance différent, qui était en fait le prénom de son père, figurant sur l'attestation d'assurance-maladie et de CMU (Couverture

maladie universelle). Le prénom et la date de naissance de cette patiente étaient sans erreur.

Il y a un an, une personne de sa famille, la patiente 2, a usurpé l'identité de la patiente 1 mais avec le « vrai » nom de naissance de la patiente 1. Un médecin généraliste a prescrit à la patiente 2 un bilan, dont un groupage sanguin. Le résultat du groupage déterminé par le même laboratoire que celui qui est prestataire pour l'établissement hospitalier, est O.

Le 28 août, la patiente 1 a été admise de nuit aux urgences. Elle s'est présentée de nouveau sous le prénom de son père. Le standardiste a fait une recherche d'antériorité par la date de naissance, a retrouvé le dossier préexistant et a enregistré la patiente dans ce dossier avec le prénom de son père comme nom de naissance. Un bilan sanguin a été réalisé dont un groupage par précaution. Le résultat de cette détermination est B. La patiente 1 est rentrée chez elle.

Le lendemain, lors de vérifications habituelles, le DIM (Département d'information médicale) de l'établissement a trouvé une discordance de nom de naissance dans les documents d'assurance sociale (CMU de la patiente 1 et attestation de sécurité sociale du père).

L'usage des deux noms différents avait entraîné l'existence de plusieurs dossiers pour cette patiente (situation de doublon). L'erreur est corrigée par une fusion des dossiers de la patiente 1. Elle sera désormais identifiée sous son « vrai » nom. Le laboratoire n'a pas eu connaissance de ce traitement de l'erreur.

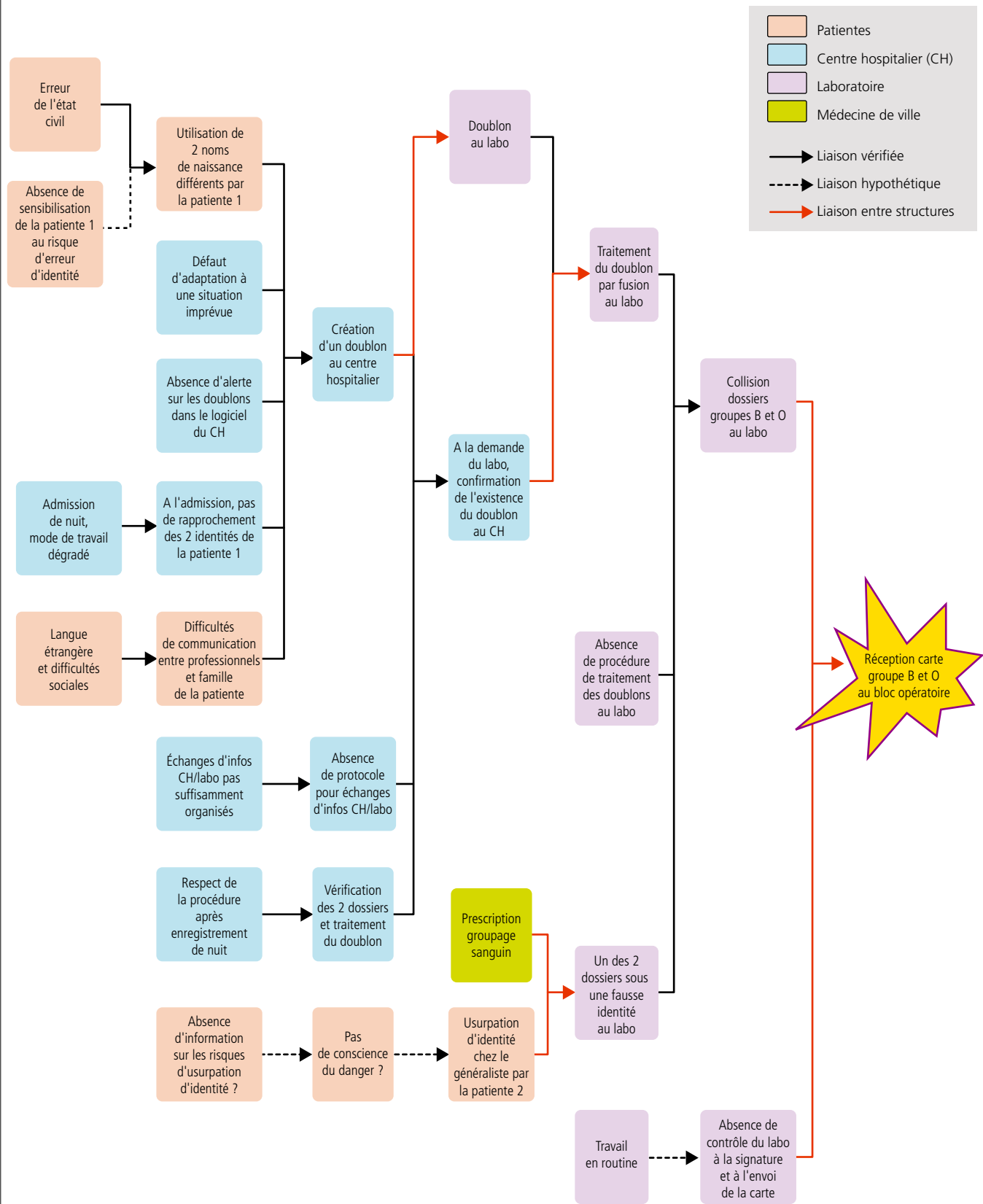
Le 3 septembre, la patiente 1 est revenue au service des urgences puis a été admise en chirurgie. Cette fois, elle a été identifiée avec son « vrai » nom de naissance.

Ce même jour, le laboratoire s'aperçoit aussi de l'existence de deux dossiers avec deux noms de naissance différents pour une patiente ayant les mêmes prénoms et dates de naissance. Il interroge le médecin du DIM du centre hospitalier qui lui confirme qu'il s'agit bien de la même patiente (la patiente 1). Le laboratoire fusionne alors ses deux dossiers ignorant qu'un des deux résultats concernait la personne qui avait usurpé l'identité de la patiente 1. En

Tableau I – Chronologie des faits en lien avec les noms utilisés.

Dates	Personne physique	Nom de naissance utilisé	Résultats des déterminations de groupe sanguin sur les documents	Dossier dans l'établissement hospitalier	Dossier au laboratoire
3 ans auparavant	Patiente 1	Prénom du père	-	Avec prénom du père	-
1 an auparavant	Patiente 2	Nom de naissance (de la patiente 1)	O	-	Au nom de la patiente 1
J - 7	Patiente 1	Prénom du père	B	Avec prénom du père	Avec le prénom du père
J - 4	Patiente 1	Nom de naissance	-	Fusion du doublon	-
J - 1	Patiente 1	Nom de naissance	B	Avec son nom	Fusion des dossiers engendrant une collision
Jour de l'opération	Patiente 1	Nom de naissance	B et O	Avec son nom	Carte portant les 2 groupes sanguins différents

Figure 1 – Arbre des causes de l'erreur d'identité.



fusionnant les dossiers pour traiter le doublon, le laboratoire réalise à son insu une collision (plusieurs patients pour un seul dossier) entre le dossier de la patiente 2, usurpatrice de l'identité, et celui de la patiente 1. Le 4 septembre, peu avant l'intervention chirurgicale, le laboratoire d'analyses médicales a envoyé par fax

un duplicata de carte de groupe sanguin, au service de chirurgie de l'établissement qui le lui avait demandé. Le personnel du service s'est aperçu immédiatement d'une erreur, les résultats faisant apparaître les groupes B et O sur la même carte pour cette patiente, ce qui est biologiquement impossible.

Les déterminations de groupe ont été refaites avant l'opération qui n'a pas été retardée. L'intervention chirurgicale n'a pas donné lieu à des complications, la patiente 1 n'a pas eu besoin de transfusion sanguine et l'erreur d'identité, repérée par le service n'a pas eu de conséquence sur sa prise en charge.

L'analyse approfondie des causes

La démarche de l'analyse approfondie des causes de l'erreur retrouvée sur la carte de groupe sanguin s'inscrit dans la sphère de la compréhension, avec un objectif partagé, sans lien avec une idée de sanction. Ces principes ont été rappelés en début d'entretien et la démarche s'est déroulée dans un climat de confiance et de collaboration. L'analyse a duré environ deux heures.

Les causes immédiates

L'analyse a permis de retrouver tout d'abord quatre causes immédiates de l'erreur sur la carte.

En lien avec les deux patientes

- L'utilisation par la patiente 1 de deux noms de naissance différents;
- L'usurpation de son identité par un membre de sa famille.

En lien avec les professionnels

- L'absence de vérification de l'identité de la patiente 1 lors de son admission de nuit;
- la signature de la carte de groupe sanguin erronée par le professionnel du laboratoire.

Les causes profondes

Les terrains favorables à l'erreur d'identité analysée qui ont été retrouvés sont classés par catégories de facteurs latents.

En lien avec les deux patientes

- Une erreur de nom de naissance dans les documents administratifs de la patiente 1 et notamment sur la carte de sécurité sociale de son père, un contexte social difficile et des difficultés pour elle et/ou sa famille à s'exprimer en français.
- Pour la patiente 1 et la patiente 2, hypothèse d'une absence de perception du risque engendré par une usurpation d'identité.

Au niveau du personnel

- Une insuffisance de communication avec la patiente et sa famille.

Au niveau des tâches à accomplir

- L'absence de protocole concernant les échanges d'information entre le centre hospitalier et le laboratoire.
- L'absence de procédure de traitement des doublons au laboratoire.

Au niveau de l'environnement de travail

- Une situation de travail en mode dégradé lors de l'admission de nuit réalisée par un standardiste.
- Dans le logiciel du centre hospitalier, une absence d'alerte sur les doublons.

Au niveau de l'organisation

- Un défaut d'adaptation à une situation imprévue (erreur de nom de naissance dans des documents officiels et usurpation d'identité).

Au niveau du contexte institutionnel

- Une insuffisance d'organisation des échanges entre le centre hospitalier et le laboratoire.

Les mesures correctives proposées

Au-delà des actions entreprises immédiatement à la suite de l'erreur d'identité (corrections dans les dossiers, communication avec la patiente et avec le laboratoire), l'établissement s'est engagé dans la mise en place de mesures correctives pour prévenir de nouvelles erreurs d'identité.

- Une pièce d'identité est désormais systématiquement demandée lors de la création d'un dossier (avec nouvel identifiant), lors de la reprise d'un ancien dossier et lors de toute modification concernant les traits d'identification d'un patient.
- Le patient est impliqué dans son identification. Il reçoit des explications sur le risque engendré par une usurpation d'identité, le livret d'accueil a été amélioré, des affiches de sensibilisation au risque d'erreur d'identité sont utilisées.
- Les duplicatas de carte de groupe sanguin sont désormais demandés au laboratoire exclusivement par courrier avec la copie de la pièce d'identité.
- Lorsque des modifications concernant l'identification d'un patient sont apportées dans les dossiers, le laboratoire en est informé.
- L'ensemble du personnel hospitalier est destinataire d'un nouveau guide pratique « Bien identifié, bien soigné » destiné à le sensibiliser au problème de l'identification des patients.
- Une procédure de gestion des identités provisoires des patients sans identité déterminée ou confirmée est en cours d'élaboration.

Par ailleurs, l'établissement poursuit son engagement et sa participation active à l'étude PERILS. L'étape d'évaluation du risque est terminée, des actions de réduction du risque sont entreprises tenant compte de la synthèse des résultats de leur évaluation des risques élaborée par le CCECQA. C'est dans ce cadre que la politique d'identification du patient est en cours d'élaboration et que la procédure d'identification des patients à l'admission a été améliorée.

Au laboratoire

- Désormais, avant les fusions de dossiers, les recherches d'antériorité sont effectuées sur dix ans avec une alarme du logiciel alertant de résultats discordants.
- Les fusions sont effectuées après des vérifications approfondies basées sur les pièces d'identité des patients concernés.
- Les fusions de dossiers « internes » (créés au laboratoire) et « externes » (dont les données dépendent d'une autre structure comme le centre hospitalier par exemple) ne sont plus réalisées.

Discussion - Conclusion

L'analyse effectuée à partir de l'erreur d'identité sur la carte de groupe sanguin est une étude complexe qui a pu être menée efficacement avec une méthodologie rigoureuse et adaptée. La complémentarité des profils des participants a favorisé l'aboutissement de l'analyse. Sa réussite est liée à la volonté de coopération des acteurs qui étaient motivés par l'intérêt de la démarche. Elle revêt un aspect pédagogique pour les participants qui apprennent sur leur organisation, les risques, les mécanismes de l'erreur et la prévention. La démarche est une occasion de communiquer, d'apprendre et d'agir.

Elle a montré l'importance du risque d'usurpation d'identité qui peut mettre un système en difficulté même si certaines vérifications sont effectuées [15]. Cela met l'accent sur la nécessaire implication du patient dans le processus d'identification, comme le recommande l'OMS [7]. Les établissements auront à donner de l'information aux patients et à leur famille sur un risque dont le public semble ignorer la gravité potentielle des conséquences. Cette erreur d'identité a pu mettre en échec certaines barrières de sécurité dans le circuit transfusionnel [16-23] pourtant très réglementé et sécurisé [24-26]. Cela montre l'existence d'un risque persistant. Les causes sont liées au comportement du patient et à la multiplicité des intervenants et des structures autour d'un même patient. Dès lors, il apparaît indispensable de faciliter la communication entre les différentes structures (centre hospitalier, laboratoire, médecine de ville...) et de pouvoir corriger les erreurs dans toutes les bases de données. Le projet de Dossier médical personnel devrait pouvoir répondre à ce besoin par de possibles rapprochements d'information entre les différents acteurs du système de santé.

Au niveau de l'établissement, il existe un potentiel d'amélioration de l'identification du patient par les mesures correctives proposées mais aussi par un développement de la culture de sécurité qui renforcerait les barrières existantes et permettrait d'en ajouter de nouvelles adaptées aux risques résiduels [27]. L'analyse approfondie des causes a relancé des pistes de réflexion au sein de l'établissement dans ce sens en lien avec l'élaboration de sa politique d'identification du patient.

Nous remercions tous ceux qui ont participé à cette analyse ainsi que les membres du groupe de travail régional PERILS.

Bibliographie

- 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- HERRERA MP, SIGNAC E, TESTARD-ESQUIROL MA, 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.

5- SFEZ M. Sécurité transfusionnelle ? Risques et Qualité 2005; 2(3): 186-189.

6- CHASSIN MR, BECHER EC. The wrong patient. Ann Intern Med 2002; 136: 826-833.

7- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient identification, Patient Safety Solutions volume 1, solution 2, may 2007.

8- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Manuel de Certification des établissements de santé. Edition novembre 2008, 99 pages.

9- QUENON JL. Maîtrise du risque d'erreur d'identité en milieu hospitalier. Communications scientifiques MAPAR 2008, pages 481-486.

10- REASON J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-770.

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

12- REASON J. Human error. Cambridge, M: Cambridge University Press; 1990, 316 pages.

13- 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. Études et Résultats 2005; 398: 1-15.

14- ADJEODA K, MICHEL P, DE SARASQUETA AM, POHIÉ 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.

15- PEDRON-LECOINTE E, BIDAUT A. Usurpation d'identité. Risques potentiels graves pour l'usurpateur et l'usurpé. Gestions Hospitalières 2007; 217-220.

16- CHIARONI J, LEGRAND D, DETTORI I, FERRERA V. Analysis of ABO discrepancies occurring in 35 French hospitals. Transfusion 2004; 44: 860-864.

17- DZIK WH, MURPHY MF, ANDREU G, HEDDLE N, HOGMAN C *et al.* An international study of the performance of sample collection from patients. Vox sanguinis 2003; 85: 40-47.

18- LAMADUE JA, BOYD JS, NESS PM. Adherence to strict specimen-labelling policy decreases the incidence of erroneous blood grouping of blood bank specimen. Transfusion 1997; 37: 1169-1172.

19- LE PENNEC PY, TISSIER AM, MANNESSIER L, AGULLES O, BABINET J *et al.* Les accidents immuno-hémolytiques transfusionnels. Etude de 61 cas. Transfusion clinique et biologique 1996; 3: 157-165.

20- LINDEN JV, WAGNER K, VOYTOVICH AE, SHEEHAN J. Transfusions errors in New York State: an analysis of 10 years' experience. Transfusion 2000; 40: 1207-1213.

21- LUNDY D, LASPINA S, KAPLAN H, RABIN FASTMAN B, LAWLOR E. Seven hundred and fifty-nine (759) chances to learn: a 3-year pilot project to analyse transfusion-related near-miss events in the Republic of Ireland. Vox sanguinis 2007; 92: 233-241.

22- MARTINIÈRE K, MAI VO MP, CABAUD JJ, SCHWEIZER H, LEGRAS JF *et al.* Les incidents transfusionnels de grade 0 : analyse descriptive nationale sur deux ans de pratique. Transfusion clinique et biologique 2005; 12: 412-422.

23- PAGLIARO P, REBULLA P. Transfusion recipient identification. Vox sanguinis 2006; 91: 97-101.

24- LOI n° 93-5 DU 4 JANVIER 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament, J.O. n° 3 du 5 janvier 1993.

25- ARRÊTÉ DU 26 AVRIL 2002 modifiant l'arrêté du 26 novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale.

26- CIRCULAIRE DGS/DHOS/AFSSAPS n°03-582 DU 15 DÉCEMBRE 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.

27- OCCELLI P, QUENON JL, HUBERT B, HOAREAU H, POUCHADON ML *et al.* La culture de sécurité en santé : un concept en pleine émergence. Risques et Qualité 2007; 12: 207-212.