

Vers la certification

La commission de labellisation s'est réunie le 1er décembre sous la présidence de Bernard Vaucelle et la participation des représentants de l'AFSSAPS, de l'IRSN et de l'ASN.

Il est frappant de constater que, face à la prudence des médecins radiologues et des gestionnaires de cabinets pour s'investir dans Labelix, ces personnalités extérieures conservent et amplifient, depuis le début de l'expérience, l'intérêt qu'elles portent à cette démarche de qualité, originale, volontaire, dont ils constatent les bénéfices.

Ils nous incitent à l'amplifier pour que la majorité des structures soient rapidement labellisées et que l'ensemble de la profession puisse montrer sa capacité à répondre aux défis réglementaires, sécuritaires, organisationnels et améliorer ainsi la prise en charge de nos patients.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la HAS en nous demandant de reformaliser la démarche en optant pour une certification (plus sous contrôle en particulier du COFRAC) qui sera ouverte à l'ensemble de la profession, publics et privés, sous l'égide du G4.

Ne nous trompons pas ; il s'agit vraisemblablement d'une des dernières possibilités d'assumer nous-mêmes, volontairement, cette évolution inéluctable vers une qualité, mise en place, prouvée et reconnue avant qu'elle ne nous soit imposée par les tutelles et les politiques.

La crise actuelle ne doit pas occulter la nécessaire gestion prospective de nos entreprises.

Dr Gérard Calmet

M. Bernard Vaucelle : Ancien directeur de l'AFNOR, Président de la commission labellisation

Dr Gérard Berthier : Adjoint du directeur de l'évaluation des dispositifs médicaux et chargé des questions medico-techniques à l'AFSSAPS

M. Jean-Luc Rehel : Expert en radioprotection médicale à l'IRSN

M. Coffi Meniglito : Chargé d'affaires en radiologie et inspecteur de la radioprotection à l'ASN

SUPPLÉMENT AU N° 321 DE LA LETTRE DU MÉDECIN RADIOLOGUE



Directeur de la Publication :

D^r Jacques NINEY

Rédacteur en chef :

D^r Robert LAVAYSSIERE

Secrétaire de rédaction :

Wilfrid VINCENT

Téléphone : 01 53 59 34 00

Edition • Secrétariat • Publicité
Rédaction • Petites Annonces

EDIRADIO

S.A.S. au capital de 40 000 €

Téléphone : 01 53 59 34 01

Télécopie : 01 45 51 83 15

<http://www.fnmr.org>

E-mail : info@fnmr.org

62, bd de Latour - Maubourg
75007 Paris

Dépôt légal 1^{er} trimestre 2010

Président :

D^r Jacques NINEY

Responsable de la Régie Publicitaire :

D^r Saranda HABER

Maquettiste :

Marc LE BIHAN

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe
B. P. 337

15003 Aurillac cedex

L'identitovigilance ou comment maîtriser l'identification des patients ?

Dr Hervé Leclét
OPTA-S

Les critères 1.1.5 et 1.1.9 du référentiel de labellisation des cabinets et services d'imagerie médicale (Version 2.3 de juin 2009) imposent au cabinet/service d'imagerie de vérifier l'identité du patient.

Nous rappelons ci-dessous dans l'encadré le libellé de ce critère.

1.1.5 La procédure d'accueil et d'enregistrement comprend (selon les besoins spécifiques du cabinet/service) :

- la vérification de l'identité du patient pour assurer une identification fiable et unique,
-

1.1.9 L'identification des enfants et des personnes dépendantes est assurée (par exemple, bracelet d'identification).

Cet article fait le point sur les moyens de maîtriser et contrôler l'identité des patients, aujourd'hui dénommés « Identitovigilance ».

Définition de l'identitovigilance

L'identitovigilance est un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients. Son objectif est de fiabiliser l'identification du patient et des documents le concernant pour contribuer à la qualité de sa prise en charge.

L'identitovigilance n'est pas une vigilance sanitaire réglementaire. C'est d'abord :

- la définition des bonnes pratiques,
- la déclaration des dysfonctionnements,
- l'analyse systémique des erreurs,
- la mise en place d'actions correctives et/ou préventives.

Les enjeux de l'identitovigilance

La réduction des erreurs et des risques liés à l'identification est un des paramètres de la qualité des actes d'imagerie. Chaque patient doit être identifié fiablement dans le système d'information (RIS et PACS) et tout au long de sa prise en charge par les professionnels impliqués.

Quels sont les objectifs principaux de l'identitovigilance ?

L'identitovigilance vise 3 objectifs principaux :

- améliorer le processus d'identification des patients,
- prévenir le risque d'erreur de patient et le risque d'erreur médicale,
- faire en sorte de relier sans erreur et sans oubli toutes les données concernant un même patient.

Quels sont les acteurs concernés par l'identitovigilance ?

Pratiquement toutes les fonctions du cabinet/service d'imagerie sont concernées par ce thème :

- les secrétaires qui prennent les rendez-vous, accueillent et enregistrent les patients,
- les manipulateurs qui réalisent les actes,
- les médecins radiologues,
- le responsable informatique,
- le responsable des archives,
- le service de comptabilité,
- le responsable qualité.

Quels sont les principaux risques rencontrés ?

Les risques sont multiples. Nous nous contentons ici de citer les situations à risque les plus fréquemment rencontrées. Cette liste n'est pas exhaustive.

Des erreurs d'identité peuvent être dues à :

- Un défaut d'unicité et de centralisation de l'identification = pas d'enregistrement initial unique.
- L'utilisation de plusieurs supports d'identification. Plus les supports sont nombreux, plus les risques augmentent.
- L'utilisation de dossiers papier. Il est primordial de passer au dossier informatique, beaucoup plus fiable.
- Les patients incapables de définir leur identité : cas sociaux, étrangers, nouveau-nés et petits enfants, personnes grabataires, sans-papiers, handicapés mentaux, personnes qui refusent de donner leur identité, ...
- Les examens sous anonymat : VIP, identification sous X.
- Les doublons = plusieurs dossiers pour une même personne.
- La collision = un même dossier pour 2 patients différents.
- Les homonymies = plusieurs patients avec le même patronyme en même temps dans le cabinet/service (un couple : Monsieur et Madame, père et fils, mère et fille, par hasard).
- Les dossiers homonymes : plusieurs dossiers au même nom + prénom (en général, la date de naissance fait alors la différence).
- L'absence de vérification de l'identité auprès du patient avant sa prise en charge (par exemple par le manipulateur avant de lui faire l'examen).
- Des erreurs d'orthographe du nom et/ou du prénom (soit par erreur de saisie ou dues à des prénoms à orthographe multiple : Janine, Jeanine, etc...).
- Des confusions entre nom et prénom : Mr Maurice André, Mr Bernard Georges, Dominique Claude : quel est le nom ?, quel est le prénom ?, est-ce un homme ou une femme ?, etc...
- Des dates de naissance mal saisies : 25/10/1964 transformé en 25/01/1946.
- Les prénoms composés, d'où l'importance du tiret.
- Les noms composés ou à particules.
- Les femmes divorcées ou remariées : la même personne peut se présenter sous plusieurs noms de famille successifs.
- Pour certaines nationalités, la difficulté de différencier le nom et le prénom.
- L'absence de majuscule pour le prénom ou le 2ème prénom en cas de prénom composé.
- Les erreurs de sexe dues aux prénoms mixtes : Dominique, Claude, ...

Comment maîtriser l'identité ?

Plusieurs règles doivent être respectées et vérifiées pour assurer le contrôle de l'identité.

Le nom est-il inscrit sur la prescription ? Il ne faut pas accepter de prescription d'examen sans le nom du patient ou avec un doute (ordonnance illisible).

Lors de la saisie initiale, des données minimales indispensables doivent être renseignées et facilement vérifiables. Il convient que chaque cabinet/service d'imagerie définisse les renseignements indispensables dont il a besoin et les renseignements complémentaires, parmi la liste suivante : civilité, nom, prénom, date de naissance, sexe, nom marital, lieu de naissance, adresse, téléphone, numéro assuré social, médecin traitant, médecin prescripteur de l'examen, personne à prévenir, situation familiale, nombre d'enfants, nouveau patient ou déjà venu, ...

Une opération simple consiste à faire dire par le patient son identité : la personne qui effectue l'enregistrement doit poser des questions comme « quel est votre nom ?, votre prénom ?, votre date de naissance ?, votre adresse ?,... » et pas « Vous êtes bien Mr Untel né le 14 05 1957 ? ».

En cas de difficulté et si le patient est valide, il est recommandé de lui faire écrire ces informations.

Il est également recommandé de demander au patient de vérifier l'identité saisie pour éviter notamment les fautes de frappes : relecture des étiquettes, de la fiche de circulation, ...

Puis ensuite de tracer cette vérification au niveau de l'information enregistrée.

Vérifier l'orthographe lors de la saisie : faire épeler son nom au patient ; vérifier soigneusement l'orthographe (attention aux espacements, traits d'union, etc.) ; faire vérifier par le patient.

Vérifier que l'orthographe est correcte sur les étiquettes imprimées.

Éliminer systématiquement les doublons lorsqu'ils sont détectés.

Pour éviter les erreurs dues aux changements du nom marital, toujours faire une recherche par date de naissance et prénom.

Les règles sont les mêmes lors de la réalisation des examens : le manipulateur et/ou le radiologue doit s'assurer de l'identité du patient en lui demandant de décliner son identité (demander « Comment vous appelez-vous ? » et non « Vous êtes bien Monsieur Albert Durant ? »).

Pour les hospitalisés, les enfants non accompagnés et les adultes handicapés non accompagnés, il convient de prévoir un bracelet d'identification. De nombreux établissements le font déjà.

Définir des règles de saisie informatique des identités

Au sein d'un même cabinet/service, la saisie n'est pas toujours homogène d'une secrétaire à l'autre.

Il est donc important d'harmoniser les pratiques de saisie et de définir des règles de saisie communes. Ces règles doivent être fixées dans une procédure écrite.

Pour illustrer ce propos, voici quelques exemples de règles (liste non exhaustive et non prescriptive) :

- Définir les règles de composition de l'IPP : algorithme, numéro chronologique, nombre de caractères, nature des caractères utilisés (numérique ou alpha numérique), ...
- Définir le type de casse utilisée (minuscules ou majuscules) : par exemple le nom en majuscule, première lettre du prénom en majuscule et le reste du prénom en minuscules, ...
- Pour le nom : ni tiret, ni point, ni apostrophe en cas de nom double.
- Pour le prénom : trait d'union en cas de prénom composé. En cas d'homonymie dans la base de données, saisir deuxième, voire les troisième puis quatrième prénoms.
- Les nom et prénom(s) doivent être écrits en entier, sur 25 caractères, en majuscules, en utilisant les 26 lettres de l'alphabet, le trait d'union, l'apostrophe, sans accent, ni cédille ou tréma.
- Préciser les caractères interdits (chiffres, accents, apostrophes, cédille, tréma, tilde...).
- Définir la méthode de saisie des noms et prénoms composés : saisie en entier avec ou sans tiret en évitant l'abréviation du premier nom ou prénom ex : Mac Arthur et non Mc Arthur, Jean-Marie et non JM, ...
- L'orthographe des nom et prénom(s) saisis doit être conforme à celle de la pièce d'identité fournie par le patient.

Par ailleurs, les personnes habilitées à saisir les identités des patients doivent être clairement identifiées et formées aux règles de saisie.

L'identification sur support papier

Lorsque l'enregistrement de l'identité du patient ne peut pas se faire de manière informatique, il est recommandé de faire cet enregistrement sur un formulaire de relevé d'identité (avoir un modèle préétabli).

Les règles et traits doivent être les mêmes, quel que soit le mode de recueil, support papier ou support informatique.

La gestion des cas particuliers

La gestion des identités particulières est rare. Elle doit pourtant être prévue (selon les besoins spécifiques du cabinet/service).

Le patient non identifié

Par exemple : inconnu transporté inconscient en urgence, patient non communicant, patient sans papier ne parlant pas français, ...

Plusieurs solutions existent :

- Utiliser des bracelets pré numérotés. Le numéro est alors saisi comme « nom » du patient. Lorsque le patient ou un membre de sa famille est capable de donner les informations nécessaires l'identité est rétablie.
- Identifier le patient avec un code prédéfini : inconnu1, inconnu 2, ... Ce code est enregistré à la place du nom de famille du patient.



Labelix - demande d'information pour la labellisation des cabinets et services d'imagerie médicale

Docteur :

Adresse :

.....

Tél. : E-mail :

Est intéressé par une démarche de labellisation qualité pour son centre d'imagerie

Labellisation

Deux précautions doivent être prises :

- Lors de l'utilisation d'un code prédéfini faire attention de ne pas utiliser deux fois le même pour éviter les collisions.
- Lorsque le patient ou un membre de sa famille peuvent communiquer les informations nécessaires pour rétablir la véritable identité, faire une recherche d'antériorité et faire fusionner le dossier lorsque le patient existait déjà dans l'index pour ne pas générer de doublon.

La demande volontaire d'anonymat

Cas des VIP, identification sous X, volonté de confidentialité d'un épisode de soins, ...

Les consignes permettant de gérer ce type de situation doivent également être indiquées dans une procédure.

Le patient peut être enregistré en utilisant un code tel que anonyme 1, anonyme 2, ... ou un alias (faux nom). L'accès à la véritable identité du patient n'est réservé qu'aux personnes autorisées.

Des précautions particulières sont à prendre :

- lors de l'utilisation d'un code prédéfini pour ne pas utiliser deux fois le même code et provoquer une collision ;
- lors de l'enregistrement de la date de naissance : si la date saisie est la date de naissance réelle du patient, son identité pourrait être rapprochée de son identité réelle lors d'une recherche d'antériorité.

Les patients enregistrés sous un pseudonyme

Certains patients peuvent utiliser leur pseudonyme ou leur nom d'artiste comme nom et prénom usuels et se faire enregistrer sous cette identité.

Il convient de proscrire cette situation. Tout patient doit être enregistré sous son nom de famille et prénom « officiel » figurant sur ses papiers d'identité.

Le cas du nouveau-né

Le plus souvent, l'enfant est identifié avec son propre IPP et le lien avec sa mère est réalisé.

Cependant, la reconnaissance de l'enfant peut se faire à posteriori. Il faut donc être vigilant lors de la modification du nom de l'enfant pendant le séjour en maternité ou néonatalogie : des examens ont pu être demandés au service d'imagerie sous le premier nom de l'enfant. Pour éviter de perdre cette information, il est important de bien utiliser l'IPP dans l'ensemble de l'établissement (y compris en imagerie) et d'avoir un circuit performant de gestion (et d'information) des modifications des traits stricts.

D'autre part, la reconnaissance de l'enfant a pu être réalisée entre sa sortie de la maternité et un nouveau séjour en pédiatrie. La méthode de recherche de l'identité par date de naissance permet de détecter cette modification. Lorsque cette recherche n'est pas possible, il est recommandé de demander si l'enfant est né ou a déjà été hospitalisé dans l'établissement et s'il n'est pas retrouvé, de rechercher par le nom du deuxième parent.

Le statut « Identité provisoire »

Il est fortement conseillé d'utiliser un statut « Identité provisoire » pour des identités créées sans justificatifs et/ou en l'absence du patient et/ou avec trop peu d'informations. Ces situations sont fréquentes en imagerie : prises de ren-

dez-vous par téléphone, prises d'identité par les manipulateurs ou radiologues en dehors des heures de présence des secrétaires, ...

Cette identité provisoire devra être complétée à un moment donné. Par exemple, par validation à posteriori lors du passage du patient ou d'un parent au secrétariat ou par copie des pièces justificatives.

Les causes d'erreurs

Les causes d'erreur sont nombreuses. Nous pouvons citer (liste non exhaustive) :

- Les règles de saisie ne sont pas définies.
- Les règles de saisie ne sont pas partout les mêmes (d'un site à l'autre) = hétérogénéité des pratiques.
- Les règles de saisie ne sont pas connues de tous.
- Les règles de saisie ne sont pas respectées.
- Les logiciels n'ont pas tous le même minimum commun.
- Absence de possibilité de verrouillage des informations saisies (au moins pour les traits stricts).
- Absence de culture de la phase de vérification de l'identité saisie au moment de la prise d'identité.
- Manque de généralisation de l'étape de validation des données par le patient lui-même.
- Variabilité dans l'appellation des traits "NOMS" : nom de naissance, d'épouse, ...
- Les interfaces logiciels ne traitent pas tous les champs tels que l'adresse du patient, d'où des saisies multiples augmentant les risques d'erreurs.
- ...

Les contrôles de l'identité du patient

Il convient de distinguer deux niveaux de contrôles :

- ceux faits au moment de l'enregistrement du patient,
- ceux faits a posteriori avec des objectifs ciblés : par exemple détection des doublons par requêtes spécifiques.

D'une manière générale, le premier niveau de contrôle de l'identité du patient consiste à :

- vérifier à périodicité définie la cohérence des données et l'exhaustivité des données,
- détecter les doublons,
- mettre en place des fiches de signalement et de suivi d'incidents.

Le suivi des erreurs d'identité

Afin de quantifier et suivre les erreurs d'identité, des indicateurs qualité peuvent être mis en place tels que le nombre de doublons ou de collisions pour une période donnée.

Rédaction d'une procédure écrite

La rédaction d'une procédure est recommandée.

Cette procédure doit concerner :

- la recherche d'identité,
- la création d'identité,
- la gestion des identités particulières,
- la modification d'identité,
- le signalement d'incident,
- le suivi qualité,
- le fonctionnement en mode dégradé,
- ■



FNMR
62 Bd de Latour Maubourg
75007 Paris

