



FICHE DE PARTAGE D'EXPERIENCE

Décembre
2020

N° 1 - Erreur d'identification d'un patient conduit au bloc opératoire



Chronologie des faits

J1- 16h00	Arrivée de monsieur F (nom à consonance portugaise) pour intervention prévue le lendemain à 15h00 par le Dr P. Il est installé chambre 222 P.
J2- 08h00	Arrivée de monsieur A (nom à consonance portugaise) pour intervention prévue le jour même à 11h00 par le Dr P. Il est installé chambre 222 F.
08h54	Le brancardier trace par anticipation le mouvement de A vers le bloc dans le système d'information avant la prise en charge du patient.
08h58	L'appel informatique de A par le bloc est réalisé.
09h00	L'infirmière du service note que A a fumé une dernière cigarette à 07h et prévient l'anesthésiste de cet écart aux consignes.
09h10	Après avoir consulté le chirurgien, l'anesthésiste décide de repousser le bloc de A et demande de faire venir F à la place.
09h15	Le personnel du bloc est prévenu des modifications de planning opératoire.
09h24	L'appel informatique de F par le bloc est réalisé. Le brancardier récupère le dossier de F et va chercher le patient installé au 222 F en lui demandant s'il s'appelle bien monsieur F. A répond par l'affirmative. L'épouse de F, présente dans la chambre, ne relève pas l'erreur (F, prémédiqué, dort). A est donc conduit au bloc avec dossier de F.
09h30	L'infirmière qui l'accueille et commence la check-list opératoire s'aperçoit de discordances entre les propos du patient et les éléments du dossier. Le patient confirme qu'il s'appelle A et non F. L'infirmière prévient l'anesthésiste et le cadre de bloc de l'erreur de patient. Elle transmet l'information au brancardier du bloc ainsi qu'au correspondant identitovigilance du bloc.
09h48	F est transféré au bloc
10h04	Le patient entre en salle.
10h56	La check-list est renseignée informatiquement, sans commentaire particulier
11h44	C'est au tour de A d'entrer en salle. Il n'y a pas de trace de check-list.
J3- 11h00	L'infirmière du bloc renseigne une fiche d'événement indésirable (FEI). Lors de son enquête <i>a posteriori</i> , la cadre du service s'aperçoit que l'infirmière du service n'a jamais été informée de l'événement indésirable.



Analyse de l'événement indésirable

- **Événement indésirable**
 - Erreur d'identification entraînant le transfert du mauvais patient au bloc opératoire.
- **Conséquences**
 - Pas de conséquence sur la santé du patient du fait de la détection et de la récupération de l'erreur.
 - Désorganisation temporaire du bloc opératoire.
 - Il s'agit donc d'un événement porteur de risque (EPR) ou presque accident ou « échappée belle ».
- **Facteurs latents**
 - 2 patients d'origine portugaise placés dans la même chambre.
 - Interventions prévues le même jour, par le même chirurgien.
 - Mauvaise compréhension du français par les 2, non identifiée.
 - Mouvement dans le dossier patient tracé par anticipation, sans contrôle.
- **Causes immédiates**
 - Non-respect de la procédure d'identification secondaire (absence de question ouverte, de contrôle du bracelet lors de la prise en charge) par le brancardier.
- **Barrières de sécurité ayant fonctionné**
 - Mise en œuvre de la check-list de sécurité du BO.
- **Barrières de sécurité n'ayant pas fonctionné**
 - Consignes d'identification secondaire à toutes les étapes de prise en charge.



Actions d'amélioration identifiées

- Rappeler les bonnes pratiques de gestion informatique des mouvements.
- Sensibiliser et former les nouveaux arrivants aux règles d'identitovigilance.
- Assurer la formation continue des professionnels en identitovigilance
- Éviter, si possible, de mettre des patients dans la même chambre, voire le même secteur de soins, en cas d'identités approchantes ou partageant le même chirurgien et le même jour d'intervention.
- Améliorer la communication entre les équipes (bloc et services de soins).
- Rappeler les bonnes pratiques d'utilisation de la check-list de sécurité du bloc opératoire, qui doit être renseignée au fur et à mesure des étapes.



Messages à retenir

- Lorsqu'il est capable de s'exprimer, il faut toujours demander au patient, par une question ouverte, de décliner son identité.
- Il faut toujours vérifier la cohérence entre les traits portés sur le bracelet d'identité et ceux qui référencent l'ensemble des documents transmis.
- En cas d'erreur constatée, il faut la signaler sans délai, selon la procédure applicable, afin d'apprendre de l'erreur et d'en partager les enseignements.
- La cellule opérationnelle d'identitovigilance doit être informée de toute erreur d'identification détectée.