

# EPR remarquable

## EPR remarquable



Accréditation des médecins et des équipes médicales

Chirurgie Infantile

## Une erreur d'identité au bloc opératoire

### Résumé synthétique

Ce matin-là, plusieurs enfants sont admis dans l'unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique d'un hôpital général pour des interventions d'ORL et de d'urologie.

A leur entrée dans l'unité, et conformément à la procédure d'identitovigilance établie dans l'établissement, un bracelet d'identification leur est posé au poignet indiquant leur nom, prénom, et date de naissance ainsi que le nom du chirurgien référent. Cette mesure de sécurité s'est généralisée depuis quelques années dans tout l'établissement de santé depuis qu'il a été possible d'imprimer des étiquettes à partir des données informatisées du patient.

Le chirurgien pédiatrique et le chirurgien ORL travaillent en même temps dans le bloc opératoire pédiatrique, le premier dans les salles 3 et 4 et l'autre dans les salles contigües 1 et 2.

Les deux premiers enfants inscrits sur le programme opératoire doivent subir l'un une chirurgie ORL et l'autre une chirurgie urologique. Ils sont appelés en même temps par le brancardier de l'unité pour être acheminés jusqu'à l'entrée du bloc opératoire. L'habitude des soignants, afin

d'humaniser leur rapports avec les enfants et réduire l'impact traumatique de l'intervention, est de les appeler par leur prénom. Il se trouve que les deux premiers enfants ont le même prénom

Le brancardier du bloc accueille le premier enfant et, après une transmission orale avec le brancardier de l'unité ambulatoire, l'emmène dans la salle de pré anesthésie d'ORL sans vérifier ni le nom du chirurgien référent ni l'identité complète de l'enfant. Le deuxième enfant reste en attente dans le sas du bloc opératoire.

En déroulant la check list sécurité du patient au bloc opératoire, l'anesthésiste s'aperçoit à la lecture des informations du dossier et du bracelet d'identification, que l'enfant qu'il s'apprête à anesthésier pour une chirurgie ORL doit en fait bénéficier d'un acte de chirurgie pédiatrique.

En comparant, les informations avec l'autre enfant resté dans le sas, il comprend l'inversion entre les deux enfants. Les deux enfants sont immédiatement redirigés dans les salles du bloc opératoire dédiées aux activités chirurgicales les concernant.



# EPR Remarquable en chirurgie infantile

## Analyse des causes

### Causes immédiates et latentes identifiées :

- Erreur de routine<sup>1</sup> : baisse des contrôles de sécurité lors du brancardage

Facteurs de la grille ALARM <sup>2</sup>	Causes identifiées
Facteurs liés au patient	L'âge des patients a été un facteur influent sur le respect des règles d'identitovigilance (Homonymie de prénom, âge pré verbal)
Facteurs liés aux tâches à accomplir	Les brancardiers n'ont pas respecté le protocole de vérification de l'identité (Absence de contrôle complet de l'identité aux étapes de brancardage)  Le protocole n'a pas été respecté : Est-il suffisamment clair ?, connu ?, est-il adapté à la prise en charge pédiatrique ? (règle spécifique pour les patients en âge pré-verbal)
Facteurs liés à l'individu (soignant)	La conscience du risque semble absente chez les brancardiers (Sous-estimation des risques et de l'importance de la vérification complète de l'identité)
Facteurs liés à l'équipe	La communication entre les deux brancardiers est de routine. Elle ne permet pas de transmettre des informations essentielles sur l'identité  La volonté d'humaniser la communication avec les enfants se fait au détriment du protocole d'identitovigilance (Habitue d'identifier (ou d'appeler) les enfants par leur seul prénom)  Supervision et encadrement ?
Facteurs liés à l'environnement de travail	Risques augmentés de confusion liés à la proximité de plusieurs types de chirurgie pédiatrique
Facteurs liés à l'organisation et au management	Formations et entraînement du personnel insuffisant pour le contrôle systématique et complet de l'identité
Facteurs liés au contexte institutionnel	Communication insuffisante autour de la sécurité de l'identification des patients

## Analyse des barrières

### Barrières qui ont arrêté l'événement avant qu'il ne devienne un événement indésirable grave :

- La check list sécurité du patient au bloc opératoire : notamment la première partie du tryptique concernant l'équipe d'anesthésie sur les étapes avant endormissement
- Le port d'un bracelet d'identification portant l'identité complète de l'enfant et le nom du chirurgien référent
- La procédure de vérification de l'identité aux différentes étapes de la prise en charge  
⇒ Vérification ultime du bracelet, par l'anesthésiste,

<sup>1</sup> Classification de Reason

<sup>2</sup> Grille ALARM

# EPR Remarquable en chirurgie infantile

## Barrières qui n'ont pas fonctionné :

- ▶ La procédure de vérification de l'identité aux différentes étapes de la prise en charge
  - Les brancardiers de l'unité d'ambulatoire et du bloc opératoire n'ont pas respecté la procédure de vérification de l'identité.
  - Procédure comprenant la vérification du bracelet d'identification du patient
- ▶ Les règles de transmission entre personnel soignant lors de transferts de patients ou de soins

## Actions utiles identifiées pour éviter que l'événement ne se reproduise

- ▶ Déclaration de l'évènement à l'établissement aux fins d'alerte (évènement sentinelle)
- ▶ Formations-Actions et sensibilisation du personnel aux procédures de vérification de l'identité
  - Améliorer leur compréhension du risque afin d'augmenter leur adhésion à l'application stricte du protocole
  - Notamment les sensibiliser aux risques particuliers engendrés par la prise en charge d'enfants en âge pré-verbal (abandon de l'habitude de n'appeler les enfants que par leur seul prénom aux étapes cruciales de la prise en charge)
  - Renforcer la place des représentants légaux de l'enfant et des accompagnants lors des vérifications?
- ▶ Formations-Actions et sensibilisation du personnel à la communication aux étapes clefs de prise en charge
  - Développer une communication structurée et professionnelle afin de réduire les ambiguïtés et les imprécisions
- ▶ Révision, le cas échéant de la procédure d'identitovigilance

## Réflexions et enseignements

La barrière matérielle considérée comme l'excellence en matière de prévention des erreurs d'identité des patients existe ici ! Le bracelet est mis en place, il comporte l'identité complète du patient et plus encore : l'identité du chirurgien ...

Et pourtant elle est battue en brèche parce qu'elle ne s'accompagne pas des vérifications croisées entre les professionnels à chaque étape de la prise en charge dans une situation particulièrement à risque : la réalisation d'un acte chirurgical.

L'importance des étapes en amont de l'acte proprement dit est sous-estimée et le port d'un bracelet « bien conforme » donne une fausse réassurance aux professionnels en charge de ces étapes. Qui plus est, l'erreur « affective » entre en jeu : l'habitude de n'appeler les enfants que par leur seul prénom, pour faire moins « solennel », pour rassurer enfants et parents stressés au moment de l'acheminement au bloc opératoire procède d'une intention louable d'humanité. Malheureusement, il y a de fortes chances que 2 enfants du même âge aient le même prénom et se côtoient le même jour dans une grosse structure dans une grande ville. Il y a des modes dans le choix des prénoms. La compréhension par les professionnels de l'utilité d'appliquer des procédures strictes pour la vérification de l'identité des patients est une priorité dans la politique de gestion des risques des établissements.

Ces procédures doivent comprendre les situations particulières comme celle des enfants en âge pré-verbal. Mais l'implication des parents peut aussi être encouragée pour ces enfants. Même stressés eux aussi au moment d'un geste chirurgical, ils peuvent devenir acteurs de la sécurité de la prise en charge de leur enfant. Encore faut-il penser à les impliquer d'avantage et s'en donner les moyens.

Au final, la barrière ultime efficace a été la bonne réalisation de la check list préopératoire.

# EPR Remarquable en chirurgie infantile

## Références :

- ▶ Damais-Cepitelli A, Sayaret F, Dumesnil G, Prieur B, Gripois C, Barraud D, et al.  
Stratégie d'amélioration de l'identification des patients à l'admission au Groupe Hospitalier du Havre.  
Risques et qualité en milieu de soins, 2005 ; 2(4) : 245-8.
  
- ▶ C. Loonis, J.-L. Quenon, F. Delaperche, P. Ocelli Erreurs d'identité associées aux soins : analyse approfondie des causes de 55 cas en Aquitaine Risques & qualité • 2012 - Volume IX - N° 2
  
- ▶ Baudrin D, Soler P, Groupe de travail de la CCREDI de Midi-Pyrénées.  
Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé. Juillet 2009, 96 pages.  
<http://www.midipy.sante.gouv.fr/santehom/vsv/vigilanc/dossiers/risques/identito-Juil2009.pdf>  
(Consulté le 19/01/2012)