




Analyse EI

Erreur de patient au bloc



Isabelle GRANIER
Cherifa NIMAL

2 juin 2022





01

**CHRONOLOGIE DE
L'ÉVÉNEMENT**

02

**RECHERCHE DES CAUSES
– FACTEURS
CONTRIBUTIFS**

03

EVITABILITE

04

PLAN D'ACTION

05

**FLASH SECURITE PATIENT
HAS « SECURITE AU BLOC
OPARATOIRE »**

Sommaire



Chronologie de l'évènement

1. Chronologie de l'évènement



Service chirurgie orthopédique

- Chambre 98 (chambre double)
 - Mr G , 91 ans, côté fenêtre, en attente d'une IRM puis d'une cimentoplastie le jour-même sous AG
 - Mr S , 79 ans, côté porte, hébergé de Gastro pour hématomène, en attente d'une FOGD sous AL
- La régulation du bloc endo déclenche la demande de brancardage pour Mr S pour sa FOGD.
- 11h57: Arrivée du brancardier en chirurgie orthopédique
 - Dossier de Mr S donné au brancardier par l'IDE qui lui précise le numéro de la chambre et le coté du lit .
 - Le brancardier entre en chambre, seul, et demande oralement si le patient assis sur son lit (qui est coté fenêtre) est bien Mr S (question fermée)
 - Il a disposition l'identité complète du patient et sa destination sur l'outil dédié
 - Le brancardier prend en charge Mr G et le transfère en zone d'attente du bloc endo.

1. Chronologie de l'évènement



BLOC OPERATOIRE

- Patient pris en charge par l'IDE de la salle d'endo 4.
- L'IDE effectue en salle la check-list BO seule:
 - * Elle effectue un questionnement fermé auprès du patient qui acquiesce.
 - * L'erreur d'identité n'est pas détectée, ni l'erreur d'intervention.
- Après l'examen, en salle, en présence du médecin, le patient dit attendre une IRM.
- En attente de son retour dans la salle d'attente, Mr G interpelle un soignant du bloc dans la zone d'attente et l'informe qu'il s'appelle Mr G et qu'il attend une IRM.
- Le soignant contrôle la concordance du bracelet et du dossier et identifie l'erreur de patient -> Mr G a eu une FOGD a la place d'une cimentoplastie.
- La régulatrice informe l'encadrement du BO et de la chirurgie orthopédique.
- Vers 12h45, le bloc prévient par téléphone le chirurgien et les IDE du service d'hospitalisation que la FOGD a été réalisée au mauvais patient (Mr G au lieu de Mr S) et que Mr G remonte en chambre.

1. Chronologie de l'évènement



SERVICE D'ORTHOPEDIE

- 13h17: retour en chambre de Mr G
- 13h20: IDE en chambre qui prend en compte le fort mécontentement de Mr G
- Mr G est vu dans l'am avec son épouse par le chirurgien référent et le chef de service pour annonce du DAS (erreur d'examen) -> tracé dans le dossier patient.
- Mr G a son IRM dans l'am et est opéré d'une cimentoplastie en fin d'am.
- Mr S e au sa FOGD en début d'am



Recherche des causes

2. Recherche des causes facteurs contributifs



METHODE ALARM / FACTEURS LIES AU PATIENT

FACTEURS liés au PATIENT

Antécédents

Etat de santé (pathologies, co-morbidités)

Traitements

Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux

Relations conflictuelles

Autres

Mr G excellent état general n'a pas entendu le questionnement du brancardier

Mr S est malentendant appareillé et ses prothèses auditives lui ont été enlevées le matin avant l'IRM et le passage au BO

2. Recherche des causes facteurs contributifs



METHODE ALARM / FACTEURS LIES AUX TACHES

FACTEURS LIES aux TACHES	
PROTOCOLES	
RESULTAT EXAMENS COMPLEMENTAIRES	Absence de vérification de l'identité par le brancardier par une question ouverte et sur le bracelet d'identification (BI).
AIDES A LA DECISION (ALGORYTHME, LOGICIEL.....)	Pas d'accompagnement du brancardier par l'IDE du service, et de vérifications « croisées » de l'identité
PROGRAMMATION PLANIFICATION	La vérification d'identité (check list) par l'IDE est également réalisée par une question fermée, sans vérification de la concordance avec le BI. La check list est faite par la seule IDE des endoscopies car geste sous AL.
AUTRES	Pas de vérification d'identité sur le dossier du patient Brancardier dispose d'un logiciel dédié

2. Recherche des causes facteurs contributifs



METHODE ALARM / FACTEURS LIES A L'INDIVIDU

FACTEURS LIES à L'INDIVIDU (soignant)

Qualifications, compétences

Stress physique psychologique

Formation des brancardiers à l'identitovigilance en 2015

2. Recherche des causes facteurs contributifs



METHODE ALARM / FACTEURS LIES A L'EQUIPE

Communication entre professionnels	<p>L'IDE d'endoscopie n'a pas en visuel direct et en temps réel le programme d'endoscopie (les rajouts ne sont pas visualisables). Ce jour-là 5 patients ont été rajoutés sur le programme, qui n'apparaît pas sur le programme imprimé le matin.</p> <p>Pression des médecins endoscopistes auprès des IDE lors des rajouts de patients (situation fréquente) afin de terminer le programme à l'heure.</p> <p>Au bloc endoscopie la check list endoscopie est réalisée de manière unilatérale par la seule IDE d'endoscopie, alors que le médecin est présent dans la salle.</p> <p>La check list est sur support papier et ancienne version de comprenant pas le « no go »</p>
Communication vers le patient et son entourage	
Informations écrites (dossier du patient, etc ...)	
Transmissions et alertes	
Répartition des tâches	
Encadrement, supervision	
Demande de soutien ou comportement face aux incidents	
Autres	

2. Recherche des causes facteurs contributifs



METHODE ALARM / FACTEURS LIES A L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

FACTEURS LIES à L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Administration

Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc ...)

Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites

Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)

Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)

Effectifs (adaptés en nombre ou en compétence)

Charge de travail, temps de travail

Retards, délais

Autres (environnement gênant, interruption des tâches, ...)

Logiciel de brancardage

Charge de travail importante de l'IDE d'endoscopie avec 5 rajouts ce jour-là.

2. Recherche des causes facteurs contributifs



METHODE ALARM / FACTEURS LIES A L'ORGANISATION / MANAGEMENT / CONTEXTE INSTITUTIONNEL

FACTEURS LIES à L'ORGANISATION ET AU MANAGEMENT
Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)
Gestion des ressources humaines (intérim, remplaçants)
Politique de formation continue
Gestion de la sous-traitance
Politique d'achat
Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement
Ressources financières
Autres
FACTEURS LIES au CONTEXTE INSTITUTIONNEL
Politique de santé publique nationale
Politique de santé publique régionale
Systèmes de signalement
Autres

Pas d'acculturation de la check list pour les examens sans anesthésie.

3. Évitabilité



METHODE ALARM / CAUSES IMMEDIATES – PROFONDES

Causes immédiates (facteurs humains)	Évitables	Non évitables
Vérification d'identité par une question fermée (IDE, brancardiers)	X	
Causes profondes (facteurs liés aux organisations)	Évitables	Non évitables
Non respect des règles d'identitovigilance lors du transport par le brancardier	X	
Défaut de formation des brancardiers?	X	
Non respect des règles d'identivigilance à l'accueil au bloc par l'IDE	X	
Défaut de rigueur dans la réalisation de la check list (absence de vérifications croisées)	X	
Défaut d'affichage du programme d'endoscopie en temps réel et visualisable lors de l'initiation de la check list	X	
Absence de check list dématérialisée (papier) et « ancienne version » sans le no go	X	
Absence de plages « vacantes » dans le programme opératoire d'endoscopie pour les urgences		

4. Plan d'actions 1



INTITULE DE L'ACTION	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	MODALITÉS DE SUIVI (indicateurs, audit, dossier patient...)
Rappel des bonnes pratiques de vérification d'identité par une question ouverte DOUBLEE de la vérification sur le bracelet d'identification (soignants, brancardiers, médecins...)	DSIMT Réfèrent <u>identitovigilance</u> ACH brancardage	<u>Janv 2021</u>	
En service d'orthopédie, lors du départ d'un patient vers le bloc opératoire ou vers le bloc <u>endo</u> , le brancardier est accompagné d'une IDE du service avec vérification d'identité croisée.	CS CSS	<u>Fev 2021</u>	Audit de dossier (<u>rajoutde cet item sur la feuille de transmission service bloc</u>)
Application de la CL <u>endo</u> : Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier TOUJOURS en coordination avec le gastro-entérologue	P chef de service CS bloc <u>endo</u>	<u>Fev 2021</u>	Audit check list

4. Plan d'actions 2



INTITULE DE L'ACTION	RESPONSABLE	ÉCHÉANCIER	MODALITÉS DE SUIVI (indicateurs, audit, dossier patient...)
Réflexion sur un temps dédié dans le programme du bloc <u>endo</u> pour les urgences	chef de service CS bloc <u>endo</u>	Mars 2021	
Au bloc opératoire : MAJ de la <u>check list</u> incluant le “non go” + CL <u>dématérialisée</u>	chef anesthésie Président et vice-président du conseil de bloc CSS IADE	Sept 2021	Installation nouvelle version Time Wise
Affichage en temps réel du programme opératoire du bloc <u>endo</u> visualisable par les intervenants (IDE, endoscopistes...)	Chef service CS bloc <u>endo</u>		Installation nouvelle version Time Wise



CHECK LIST HAS

11 points de vigilance

Ces points doivent être vérifiés oralement, en présence de l'équipe médico-soignante et avec la participation du patient (avant son anesthésie). **COORDONATEUR** et **TRACABILITE**

- **PHASE 1 : Avant l'induction anesthésique - Temps de pause avant anesthésie**

1. Identité du patient

Le patient doit décliner son identité. S'il est incapable de le faire, la vérification de l'identité est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identitovigilance mise en place dans l'établissement (bracelet, personnel d'accompagnement...).

2. Nature de l'intervention et site opératoire

Le patient confirme la nature de l'intervention et le site opératoire. Une vérification, à travers le dossier ou par toute autre procédure en vigueur dans l'établissement ou recommandée par les collègues professionnels de la spécialité, doit être, dans tous les cas, effectuée.

3. Installation du patient

4. Préparation cutanée

5. Équipement et matériel

6. Risques allergiques, respiratoires et hémorragiques



CHECK LIST HAS

- **PHASE 2 : Avant l'intervention chirurgicale - Temps de pause avant l'incision**

7. Vérification "ultime" de points concernant l'intervention

Cette vérification doit être menée par l'ensemble de l'équipe présente au bloc opératoire : chirurgien(s), anesthésiste(s) et IADE - IBODE/IDE.

L'identité du patient, l'intervention prévue et le site opératoire doivent être vérifiés et confirmés une seconde fois.

Le chirurgien doit également vérifier que l'installation du patient est correcte et en adéquation avec l'intervention et le site opératoire (elle ne doit présenter aucun danger pour le patient).

8. Partage oral d'informations essentielles concernant les éventuels points critiques

9. Antibio prophylaxie, si elle est recommandée, et préparation du champ opératoire

- **PHASE 3 : Après l'intervention chirurgicale - Temps de pause avant la sortie de la salle d'opération**

10. Confirmations orales

L'équipe confirme oralement le type d'intervention réalisée et, s'il y a lieu, le décompte final correct des instruments, aiguilles, compresses... ainsi que **l'identification par étiquetage des prélèvements ou pièces opératoires réalisés**. Il est également nécessaire que tout dysfonctionnement éventuellement rencontré pendant l'intervention soit déclaré par l'équipe.

11. Réalisation conjointe des prescriptions et de la surveillance postopératoires par l'équipe chirurgicale et anesthésique

La HAS précise également qu'en cas d'écart à la check-list, la décision concertée de poursuivre ou d'interrompre la procédure chirurgicale doit être précisée sur le document check-list dans la plage réservée à cet effet (**GO – NO GO**)

Enfin, la check-list doit être signée par le chirurgien, l'anesthésiste ou l'IADE et par le coordonnateur check-list.

5. Flash sécurité patient - « Sécurité au bloc opératoire. Un petit check vaut mieux qu'un grand choc ! »



OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - Mis en ligne le 18 juin 2021

La HAS a enregistré dans la base de retour d'expérience du dispositif de déclaration des évènements indésirables graves (EIGS), **26 évènements particulièrement graves concernant des erreurs de côté, site ou siège opératoire et d'oubli de matériel médical**. Dans la base d'accréditation des médecins, **on retrouve 356 évènements indésirables associés aux soins (EIAS), liés à un défaut d'utilisation de la check-list (CL)**. Ces chiffres ne reflètent certainement pas la réalité pour des raisons de sous-déclaration des événements.

Pour que cela ne se reproduise pas

La *check-list* est un outil d'amélioration des pratiques au bloc opératoire qui a fait scientifiquement et professionnellement la preuve de son efficacité. Ainsi, **une vérification croisée des informations essentielles avant, pendant, et après l'intervention permet de réduire de 33 % les complications postopératoires.**

La *check-list* n'est définitivement pas un document administratif qu'il faut faire pour que l'établissement soit certifié. C'est un outil puissant qui améliore la communication au bloc opératoire et le travail en équipe.

Pour faciliter son appropriation par les professionnels, la HAS encourage les professionnels à s'en emparer et apporter les modifications pour optimiser son utilisation.

Le prochain mot d'ordre est donc : ADAPTEZ LA CHECK-LIST À VOS PRATIQUES POUR L'ADOPTER !





Merci de votre attention

| Contact



GRIVES – ieSS
145 Chemin du Palyvestre - 83400 HYÈRES



<http://grives-paca.org/>



grives@ies-sud.fr