

# Cas chirurgie mars 2013

## Erreur de personne au bloc opératoire

### ANALYSE APPROFONDIE

#### Analyse des barrières

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>		Contribution relative
<i>Vérification de l'identité de tout patient <b>conscient</b> par une question ouverte (ex : Comment vous appelez-vous ?) et non par une question fermée (ex : vous êtes bien Mr A ?), notamment :</i> <i>- lors de la préparation cutanée par l'infirmière dans la chambre du patient</i> <i>- lors du transfert du patient au bloc opératoire</i> <i>- lors de l'accueil opératoire</i> <i>- avant l'induction par le médecin anesthésiste</i>	<i>NON bien que le patient se soit étonné que le siège du rasage ne corresponde pas à l'intervention prévue</i> <i>NON</i>  <i>NON</i>  <i>NON</i>	<b>MAJEURE</b>
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
<i>En cas de doute sur l'identité du patient (ex : chirurgien ne reconnaissant pas son patient), Arrêt du processus avant l'incision et vérification avec le dossier du patient et le programme opératoire</i>	<i>NON, poursuite du processus après que le chirurgien ait « vérifié » par une question fermée l'identité du patient (déjà anesthésié ?)</i> <i>Absence du dossier du patient au bloc opératoire</i>	<b>MAJEURE</b>
<i>Temps de pause avant incision pour vérification croisée de l'identité, de l'intervention et du site opératoire...</i>	<i>Obligation postérieure à la date de l'accident</i> <i>check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » obligatoire depuis le 01/01/2010</i> <i>(références 1,2 et 3)</i>	
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<i>Ré-intervention pour réaliser l'opération initialement prévue</i>	<i>NON (proposition faite par le chirurgien mais refusée par le patient qui décidait de se faire opérer dans un autre établissement)</i>	

## ANALYSE DES CAUSES PROFONDES

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)		
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de protocole pour identification des malades conscients, mentionnant notamment</li> <li>- la méthode (question ouverte)</li> <li>- les circonstances d'utilisation (ex : préparation cutanée, transfert au bloc opératoire, admission au bloc opératoire, induction anesthésique, ...)</li> <li>- dossier du patient non présent au bloc opératoire</li> <li>- intervention chirurgicale sur 2 salles par le même opérateur (référence 4)</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	?	?
Equipe (communication, supervision, formation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- absence de supervision à l'arrivée au bloc opératoire pour vérifier concordance entre identité du patient, dossier du patient et tableau opératoire (Surveillante ? IBODE ? anesthésiste ? IADE ?)</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>
Individus (compétences individuelles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportement inacceptable de l'IDE chargée de la préparation cutanée ne prenant pas en compte la remarque du patient sur le siège inadapté du rasage</li> <li>- Comportement négligent des personnels chargés du transfert du patient au bloc opératoire, depuis brancardier jusqu'à l'anesthésiste dont aucun n'a vérifié l'identité du patient</li> <li>- Procédure inadaptée du chirurgien pour vérifier l'identité du patient avant l'incision : question fermée, absence de consultation du dossier, absence de concertation avec l'équipe opératoire.</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgien ayant pris du retard sur l'horaire de son programme opératoire après sa première intervention (référence 4)</li> </ul>	?
Patients (comportements, gravité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient n'ayant pas signalé (à la surveillante, à son chirurgien rencontré dans le couloir, à l'anesthésiste,..) le siège inadapté de la préparation cutanée (mais pouvait-il le faire avant d'être prémédiqué ?)</li> <li>- Coexistence de la même pathologie (récidive bilatérale d'une hernie inguinale) chez le patient victime de l'erreur et le patient avec lequel il a été confondu</li> </ul>	<b>IMPORTANTE</b>

### REFERENCES POUR ALLER PLUS LOIN

- 1) <http://www.sfar.org/article/381/check-list-du-bloc-operatoire>
- 2) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/check\\_list\\_jam\\_20.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/check_list_jam_20.pdf)
- 3) [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1048545/securite-du-patient](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1048545/securite-du-patient)
- 4) [http://www.orthoriscq.fr/rc/fr/orthoriscq/htm/Article/2011/20110525-094700-024/src/htm\\_fullText/fr/G\\_BOLLINI.pdf](http://www.orthoriscq.fr/rc/fr/orthoriscq/htm/Article/2011/20110525-094700-024/src/htm_fullText/fr/G_BOLLINI.pdf)
- 5) Pour information (bracelet d'identification)  
[http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/corres\\_mp\\_220310/identitovigilance.pdf](http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/corres_mp_220310/identitovigilance.pdf)