



Avril 2015



RAGE ERAGE FC
Franche-Comté

Plateforme d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables
Equipe d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables

*Le cas présenté est un cas fictif,
élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

Madame Pruneaud n'est pas madame Brunot : erreur de patient en radiologie

INCIDENT

Ce mercredi 3 décembre entre 19h00 et 19h10, le radiologue appelle le brancardier pour lui demander d'aller chercher sa prochaine patiente, qui est hospitalisée dans le service de gynécologie, pour un scanner (sans préciser son nom ni son prénom : il s'agit en fait de Mme Amélie Pruneaud). Une autre patiente du service de gynécologie, Mme Brunot, est programmée pour une échographie mais le radiologue, en lien avec le médecin prescripteur, a changé la prescription de cet examen complémentaire pour un scanner qui sera fait plus tard ce soir là.

A 19h15, le brancardier arrive dans le service de gynécologie. Il demande à l'infirmière présente, de lui indiquer la patiente qu'il doit transporter dans le service de radiologie pour un scanner. Celle-ci lui précise qu'il s'agit de Mme Pruneaud qui est dans la chambre 1035 et lui donne la valise de transport du dossier. Mme Pruneaud est en réalité dans la chambre 1033. Le brancardier se rend chambre 1035, et s'assure rapidement de la présence d'une planche d'étiquette dans la valise de transport du dossier. Il demande à la patiente si elle est bien Mme Pruneaud, ce que la patiente confirme... Mme Brunot a au poignet un bracelet d'identification à son nom que le brancardier ne consulte pas. Il transporte Mme Brunot dans le service de radiologie. Une manipulatrice en radiologie accueille la patiente, elle sait que l'échographie hépatique de Mme Brunot a été remplacée par un scanner qui sera fait plus tard. Elle sait aussi que pour l'instant c'est Mme Pruneaud qui est attendue pour un scanner. Elle vérifie le dossier et le bon d'imagerie contenu dans la valise de transport, qui correspondent bien à celui de la patiente attendue, c'est à dire Mme Pruneaud, mais oublie de vérifier l'identité de la patiente qui est en face d'elle. Elle installe donc Mme Brunot.

Le radiologue sur le point de réaliser le scanner, échange avec la patiente et lui dit « vous n'avez plus votre utérus ». Celle-ci répond qu'elle a bien toujours son utérus ! Le radiologue réalise le scanner et confirme à la patiente qu'elle a toujours son utérus.

Mme Brunot de retour dans le service se plaint des échanges avec le radiologue sur son utérus ! L'infirmière comprend qu'il y a eu une erreur de patiente et contacte la manipulatrice en radiologie. Mme Pruneaud aura son scanner plus tard.

Evènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins et conséquence

- Une patiente passe son scanner avec retard : retard de diagnostic et de prise en charge
- Désagrément psychologique de la première patiente par rapport au commentaire erroné du radiologue sur l'absence d'utérus

Cause immédiate

Non vérification de l'identité de la patiente avant l'acte.

DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES

- Matériel inadapté : Absence de régulation informatisée du brancardage
- Défaut de communication : la demande par téléphone du radiologue au brancardier est imprécise, et le brancardier ne cherche pas à compléter l'information donnée
- Facteur individuel (fatigue) : défaut de vérification du numéro de chambre, défaut de consultation des examens programmés
- Défaut de procédures d'identitovigilance secondaire, ou défaut de diffusion de ces procédures, ou non respect des bonnes pratiques en matière d'identitovigilance secondaire : les professionnels ne font pas décliner son identité par la patiente, et ne vérifient pas la concordance entre les informations disponibles sur le bracelet et celles du dossier, ceci à différentes étapes de la prise en charge
- Insuffisance d'échange d'information entre les professionnels et la patiente : la patiente n'est pas informée par le gynécologue du changement d'examen
- Défaut de culture de sécurité : absence de réaction du radiologue devant la discordance entre les données du dossier et les informations données par la patiente

ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES

- Rédiger ou réviser la procédure d'identitovigilance secondaire au regard des défaillances repérées
- Former-sensibiliser les professionnels à cette procédure d'identitovigilance secondaire (déclinaison de l'identité, utilisation du bracelet d'identité...)
- Evoquer en staff pluridisciplinaire ou en relève IDE les « Alertes Identitovigilance » lorsque deux patients ont des identités proches
- Former-sensibiliser les professionnels pour qu'ils reconnaissent le rôle du patient dans la sécurité des soins
- Informatiser la régulation du brancardage

Références

- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient identification, Patient Safety Solutions volume 1, solution 2 ; mai 2007
- Perrin A, Morin C. L'identitovigilance dans les établissements publics de santé en France ; état des lieux et perspective. Ann Bio Clin 2009, 67;177-89
- DHOS. Fiche pratique 1 : exemple de méthode de mise en œuvre de l'identitovigilance au sein d'un établissement de santé ; octobre 2012
- Collège national de biochimie des hôpitaux. Guide pratique de l'identitovigilance ; sept 2010
- Groupement pour la Modernisation du Système d'information Hospitalier (GMSIH). Identification du patient : synthèse de l'étude, 2002.
- CCREVI. Quelques recommandations pour la mise en œuvre de l'identitovigilance dans les établissements de santé ; juillet 2009