



Analyse de scénario

Bloc opératoire

Fiche animateur

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Une patiente de 72 ans est vue en consultation d'orthopédie pour arthrose bilatérale du genou, prédominante à gauche. Une intervention est programmée pour arthroplastie avec implantation d'une **prothèse totale à gauche**. Après la consultation de pré-anesthésie, les informations sont délivrées et le consentement éclairé est recueilli.

Elle est hospitalisée la veille de l'intervention et bénéficie d'une préparation cutanée conforme aux bonnes pratiques. Le lendemain, elle est acheminée au bloc opératoire après une nouvelle douche préopératoire et prémédication mais sans marquage du site opératoire.

A 8h30 : Elle est installée en salle d'intervention en décubitus dorsal. Le brancardage et cette installation sont réalisés par l'IADE et l'IDE instrumentiste du laboratoire fournisseur de la prothèse (accompagnée d'un élève instrumentiste du laboratoire en formation pour ce type de prothèse). La plaque du bistouri électrique est appliquée sur la cuisse gauche. L'appui bras droit chute et est remis en place. Dans la foulée, l'appui cuisse est placé à droite également au lieu d'être placé à gauche, générant l'enchaînement des tâches réalisées du mauvais côté sans qu'aucune barrière ne vienne plus interrompre l'erreur de côté. Affichage des clichés radiologiques (latéralisés) des genoux de la patiente.

L'anesthésie générale débute. Le chirurgien entre en salle et vérifie la position à 90° de la jambe droite. Le garrot est positionné sur la cuisse droite. La préparation cutanée et le badigeonnage sont réalisés sur la jambe droite. Le premier temps de la check list ne détecte pas l'erreur (remplissage de la fiche a posteriori par la panseuse). L'incision est pratiquée à droite sans réalisation du 2^{ème} temps de la check list. Durant l'intervention, l'existence d'une importante arthrose unicompartmentale (fémoro-tibiale interne) lors de la dissection ne permet pas d'alerter sur l'erreur de côté. Elle est identifiée après réalisation des coupes osseuses ce qui rend obligatoire la fin de la procédure chirurgicale débutée. La poursuite de l'intervention nécessite l'emploi de DM correctement latéralisés (droits) qui sont heureusement disponibles. La pose de la prothèse elle-même se fait sans incident particulier.

Le cadre de bloc signale l'évènement à la direction. La fermeture du site opératoire est effectuée.

La patiente est accueillie en SSPI. L'anesthésiste et le chirurgien annoncent à la patiente le dommage avant son retour en chambre. Des mesures compensatoires sont proposées (intervention du côté gauche à brève échéance).

Description des conséquences.

Suite de l'annonce du dommage à la patiente et son mari par le chirurgien en présence de l'anesthésiste et du cadre de santé du service en expliquant la fin de la procédure enclenchée et sa pertinence étant donné l'existence d'une arthrose importante du côté opéré par erreur.

Une proposition de ré intervention du côté gauche dans un délai d'une semaine est soumise à la patiente. L'administrateur et le coadministrateur de l'établissement rencontrent la patiente.

Les suites opératoires sont simples avec cicatrisation dans les délais. Mise en œuvre d'une rééducation précoce avec appui autorisé et mobilisation passive sous couvert d'un traitement par HBPM. Un courrier est adressé à la patiente et au médecin traitant avec renouvellement d'explications et d'excuses. Elle est rencontrée avant son départ en SSR par le chirurgien. Elle souhaite différer cette intervention et maintenir son départ en rééducation tel que prévu initialement. La patiente est hospitalisée en service de SSR.



Analyse

Causes immédiates :

Non-respect des bonnes pratiques de vérification du site opératoire.

- Inexécution du deuxième temps de la check list du bloc opératoire.
- Absence de marquage préopératoire.

Délégation inappropriée de tâche infirmière lors des procédures d'installation.

Conditions latentes :

Professionnels / facteurs individuels :

Non-respect des bonnes pratiques de vérification du site opératoire.

Biais attentionnel lors de la mise en place des appuis (focalisation sur les étapes ultérieures de l'instrumentation spécifique de ce DM et son enseignement).

Équipe :

Insuffisance de structuration de la synergie d'équipe et faiblesse des échanges (collaboration active mais sans regards croisés, doubles contrôles, transmission d'informations essentielles,).

Tâches :

Défaut de procédure de réalisation du marquage du site opératoire.

Défaut de réalisation de la check list.

Défaut de procédure de vérification de la concordance des données pré opératoires dans le dossier.

Organisation :

Délégation excessive de tâches débordant le domaine d'attribution usuel des intervenants extérieurs.

Politique de prévention des risques (plus précisément concernant l'utilisation de la check list et le marquage du site opératoire) insuffisante ou mal appréhendée.



Enseignements tirés.

Actions proposées par l'équipe

- Mise en œuvre active de la check list du bloc opératoire avec respect des 3 temps de pause et de briefing collégial pour vérifier les points clés de la sécurité d'une intervention.
- Audit observationnel.
- Mise en œuvre des démarches de marquage du site opératoire avec rédaction d'un protocole de marquage comportant en outre :
 - o Les situations où la mise en œuvre est faite par les IDE (et pouvant être assimilé à une prescription médicale)
 - o Les situations de refus par les patients.
- Définir la procédure ou mode opératoire (qui fait quoi quand) permettant de colliger toutes les sources d'information (dossiers, interrogatoire du patient ou ses proches) de vérifier leur concordance pour fiabiliser les renseignements du document récapitulatif commun (page 1 du dossier, fiche de liaison, ...).
- Editer 2 programmes opératoires par salle :
 - o 1 affiché sur la porte de la salle d'opération
 - o 1 présent dans la salle d'opération.
- Déterminer les situations et prises en charges impliquant des intervenants extérieurs et définir précisément les tâches pouvant être déléguées. Au-delà, déterminer les situations et modes opératoires non formalisés et réguliers dans les tâches de l'équipe du bloc opératoire, devant être portés à la connaissance des remplaçants, intérimaires et intervenants extérieurs.

Références - Recommandations – législation ou littérature

Guide du marquage du site opératoire. HAS CEPRAL. http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1517677

Marquage su site opératoire. Projet « high 5s » de l' OMS. HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1716273/fr/marquage-operatoire

[Enquête sur le marquage opératoire parmi les médecins accrédités](#) " - Lettre Sécurité du Patient & Pratiques – N° 32 – Janvier.Février 2014.

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

Evénements porteurs de risques déclarés sur le thème « Erreurs de site opératoire » en chirurgie orthopédique. H. Mendizabal¹, G. Bollini², J. Caton², Y. Nordin², Y. Masse², R. Cavagna², M. Mansat², T. Bégué², O. Charrois². Risques & Qualité • 2013 - Volume X - N° 1

Solutions pour la sécurité des patients-Préambule-Mais 2007. World Health Organization www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf

