

UNE ERREUR DE CÔTÉ AU BLOC OPÉRATOIRE

L'HISTOIRE

Le 10 septembre, Antoine, âgé de 38 ans, se rend aux urgences car celui-ci ressent une forte douleur au **genou droit**. Après quelques examens cliniques, on constate qu'Antoine présente une rupture du ligament croisé antérieur du **genou droit**, associée à une lésion du ménisque interne.

Une intervention chirurgicale est programmée en octobre.

Le 12 octobre, Antoine est admis en début d'après-midi. En l'absence de lits disponibles en secteur d'hospitalisation chirurgicale (afflux aux urgences), il est admis dans le service de soins continus. Le personnel de ce service est averti oralement par le service de chirurgie sur les modalités d'épilation et de préparation cutanée préopératoire. Les consignes indiquent qu'il faut réaliser l'épilation du membre inférieur droit. L'aide-soignante en charge de la préparation cutanée, réalise l'épilation du **membre inférieur droit**. Cependant, pour des raisons esthétiques, elle décide de réaliser également l'épilation de la jambe gauche.

Le 13 octobre, après la prophylaxie médicamenteuse, Antoine est transféré au bloc opératoire. Il est accueilli par l'infirmière du

bloc ainsi que par le médecin anesthésiste.

Lors de ces préparatifs, le patient est interrogé sur son identité, le type d'intervention prévue, le côté concerné et sur le nom du chirurgien devant pratiquer l'intervention. Il confirme qu'il s'agit d'une intervention au niveau du **genou gauche**. Comme ces informations confirment celles données par les images affichées dans la salle d'intervention, tant l'infirmier que l'anesthésiste procèdent aux étapes suivantes.

L'induction anesthésique est réalisée. La dernière étape de préparation cutanée et la mise en place des champs opératoires sont réalisées par un étudiant en médecine. Pendant la préparation, le chirurgien est absent car celui-ci discute avec l'anesthésiste à propos des raisons de la déprogrammation d'un patient initialement prévu.

Finalement, le chirurgien arrive en salle et l'intervention débute par le prélèvement du greffon sur la face interne du **genou gauche**.

L'arthroscopie met en évidence une distension du ligament croisé antérieur mais pas la lésion supposée exister d'après l'examen clinique. Grâce aux images, le chirurgien confirme cependant qu'il s'agit bien du genou gauche. Il décide alors de poursuivre l'intervention en réalisant un simple renforcement du ligament croisé. L'intervention est réalisée à **gauche** sans incident technique particulier.

En fin d'intervention, le chirurgien dicte le compte rendu opératoire dans une salle adjacente où est disposé le dossier du patient. À ce moment, il prend conscience de l'erreur et, en retournant en salle d'opération, il s'aperçoit que **les images sont affichées à l'envers**.

Dès son réveil, le patient est informé et des excuses lui sont présentées. Celui-ci présente un vif mécontentement après les explications données. En concertation avec le patient et l'anesthésiste, le chirurgien reprogramme une nouvelle intervention chirurgicale.



Une analyse de l'évènement est réalisée à travers la grille ALARM :

Facteurs de la grille ALARM	Causes identifiées
Facteurs liés au patient/famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défaut de fiabilité des informations données par le patient au moment de l'interrogatoire préopératoire (Prémédication ? Était-ce le bon timing pour interroger le patient ?).
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de protocoles de préparation cutanée en chirurgie (transmission orale). ▪ Absence de marquage du côté à opérer par le chirurgien. ▪ Absence de procédure de vérification croisée des informations destinées à prévenir les erreurs d'identité et de côté (check-list chirurgicale non utilisée ?). ▪ L'équipe du service qui reçoit le patient n'a pas les compétences ni l'habitude de préparer les patients pour une intervention chirurgicale. ▪ Plusieurs supports pour le dossier patient (existence d'un dossier informatisé mais application non disponible au bloc opératoire). ▪ Absence de cohésion et de regroupement des éléments du dossier médical du patient. ▪ Documentation affichée à l'envers (non confirmation du bon positionnement de celle-ci ?).
Facteurs liés à l'individu (Professionnels/facteurs individuels)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel de l'unité de soins continus ne connaît pas la préparation cutanée/épilation. ▪ Aide opératoire réalisée par un étudiant en médecine (inexpérimenté) sans la supervision du chirurgien. ▪ Manque de concentration du chirurgien préoccupé par les raisons de la déprogrammation du patient initialement prévu. ▪ Absence de participation de l'anesthésiste au moment des vérifications croisées avant incision.
Facteurs liés à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de partage des informations entre les membres de l'équipe. ▪ Pas de confrontation des données avec le dossier, ni échange oral. ▪ Avant l'incision, absence de vérification ultime et croisée du site à opérer. ▪ Défaut de supervision des tâches à l'installation du patient. ▪ Culture faible du travail en équipe.
Facteurs liés à l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel et locaux non adaptés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispersion des éléments du dossier en plusieurs lieux : dossier patient pas disponible dans la salle d'opération (salle adjacente).
Facteurs liés à l'organisation et au management	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défaillance de l'organisation des processus d'admission du patient. ▪ Difficultés de régulation des flux d'hospitalisation entre les admissions programmées et les admissions en urgence. ▪ Admission du patient en secteur non adapté à la préparation préopératoire des patients. ▪ Absence de protocole concernant le marquage du site à opérer.
Facteurs liés à l'institution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique du dossier patient unique bien définie mais coexistence de plusieurs supports d'informations et d'un dossier informatisé qui n'est pas accessible partout.

Pour en savoir plus :

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

<https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/>

Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients

https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/fr/

Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009

https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_french_2009.pdf

Guide de marquage du site chirurgical

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/high5s_guide_marquage_vf_nov12.pdf