

# Sécurité au bloc opératoire

Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !

3 juin 2021

## Ça peut aussi vous arriver

### Événement 1

#### INTERRUPTION DE TÂCHE AU BLOC, RESPONSABLE D'UNE ERREUR DE CÔTÉ OPÉRATOIRE

*Un adolescent est pris en charge au bloc opératoire pour une ostéochondrite du genou gauche. En salle de surveillance postinterventionnelle, le chirurgien constate que le patient a été opéré du mauvais côté. Une nouvelle intervention doit être reprogrammée.*

**Que s'est-il passé ? Cause immédiate**

L'infirmière de bloc opératoire a été dérangée au moment de l'installation du patient pour chercher du matériel.

**Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes**

- La fiche de programmation de l'acte était erronée.
- Les professionnels au bloc n'ont pas vérifié ensemble les informations relatives à l'intervention.
- Le patient n'a pas été associé à la vérification de son intervention.
- De multiples supports d'information dans ce bloc ont complexifié le partage d'informations.
- Temps 1 et 2 de la *check-list* mis en défaut.

### Événement 2

#### ABSENCE DE PARTAGE D'INFORMATION, RESPONSABLE D'UNE ERREUR DE CÔTÉ

*Un patient nonagénaire, polyvasculaire, est opéré d'une sténose serrée de la carotide gauche. Le chirurgien incise à droite, se rend compte que la carotide n'est pas sténosée et referme. Il décide de poursuivre l'intervention du bon côté, sans réveiller le patient. Les suites sont grevées d'un volumineux hématome cervical droit, nécessitant une reprise chirurgicale.*

**Que s'est-il passé ? Cause immédiate**

Aucun briefing préopératoire n'a été effectué au sein de l'équipe au bloc.

**Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes**

- Aucune information sur le côté à opérer n'a été retrouvée sur les supports en préopératoire.
- Le dossier médical n'a pas été partagé entre les équipes en charge du patient (préanesthésie et bloc opératoire).
- Selon le protocole en vigueur dans l'établissement, la dépilation a été faite des deux côtés.
- Temps 1 et 2 de la *check-list* mis en défaut.

### MAUVAIS INTITULÉ DE L'INTERVENTION ENTRAÎNANT UNE ERREUR D'OPÉRATION

Une mère de deux enfants, âgée de 32 ans, est prise en charge pour un retrait de stérilet. L'intervention est réalisée par un chirurgien junior, assisté pendant une partie de l'intervention par un chirurgien senior. Une résection tubaire est réalisée de manière erronée. Le chirurgien senior découvre l'erreur de geste dans le courrier de sortie au moment de le remettre à la patiente.

**Que s'est-il passé ? Cause immédiate**

L'intitulé d'intervention était mal saisi, ne correspondant pas au geste à réaliser.

**Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes**

- Aucune concertation préopératoire, notamment sur l'acte à réaliser, n'a été menée par l'équipe du bloc.
- Une défaillance dans la délégation des tâches a été constatée entre le chirurgien senior et le chirurgien junior qui termine seul l'intervention, se fiant aux seules indications erronées du programme opératoire.
- La communication entre les deux opérateurs a été insuffisante.
- Les informations liées à l'intervention n'ont pas été vérifiées conjointement par les professionnels du bloc.
- Temps 1 et 2 de la *check-list* mis en défaut.

### ABSENCE DE DÉCOMPTE DU MATÉRIEL, RESPONSABLE DE L'OUBLI D'UN CORPS ÉTRANGER LORS D'UNE INTERVENTION

Une échographie, réalisée en raison de douleurs abdominales, met en évidence une pince Kelly oubliée 2 ans auparavant lors d'une opération pour double éventration. L'ablation est réalisée avec des suites compliquées, ayant nécessité une admission en réanimation.

**Que s'est-il passé ? Cause immédiate**

Aucun décompte du matériel utilisé en peropératoire n'a été réalisé ni tracé, hormis pour les compresses.

**Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes**

- Le changement d'équipe en cours d'intervention initiale n'a pas permis d'avoir un historique complet de la prise en charge en peropératoire.
- Le décompte du matériel utilisé n'a pas été fait ni tracé dans le dossier de soins.
- Le service de stérilisation n'a pas signalé le manque de matériel, notamment d'une pince Kelly.
- Temps 3 de la *check-list* mis en défaut.

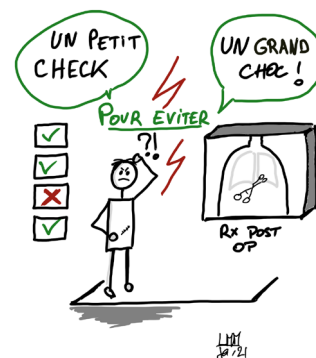
**Mots clés :** Erreur de côté – Erreur d'intervention – Oubli de matériel chirurgical – Check-list chirurgie – Sécurité au bloc opératoire

## 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 !**

# La collection Flash sécurité patient

La collection « Flash sécurité patient » a pour objectif d'attirer l'attention et de sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques. Chaque flash est élaboré sur un risque particulier et récurrent à partir d'événements indésirables associés aux soins, identifiés et sélectionnés dans les bases de retour d'expérience nationales des événements indésirables graves associés aux soins ou de l'accréditation des médecins.

Ce flash s'intéresse à la survenue d'événements indésirables mettant en cause une défaillance d'utilisation de la *check-list* au bloc opératoire sur l'un de ses trois temps. Bien réalisée, la *check-list* est un outil simple et efficace pour limiter les complications opératoires en agissant sur une meilleure communication et un meilleur travail entre membres des équipes de soins et ceux du bloc opératoire.

Cette fiche relate des événements auxquels des professionnels de santé ont été confrontés et sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements.

## Pour en savoir plus :

- Comprendre les événements indésirables graves (EIGS)  
[www.has-sante.fr/jcms/c\\_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs](http://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs)
- Flash sécurité patient  
[www.has-sante.fr/jcms/p\\_3240311/fr/flash-securite-patient?id=p\\_3240311&preview=true](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3240311/fr/flash-securite-patient?id=p_3240311&preview=true)
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360(5):491-9.
- Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann Surg* 2013;258(6):856-71.
- Cabarrot P, Chevalier P, Messarat-Haddouche Z, Auger C, May-Michelangeli L, Grenier C. Vingt-cinq événements indésirables graves au bloc opératoire que l'on aurait pu éviter... *Risques & Qualité* 2020;(17)3 ;143-152. 2020.
- Évaluation de la *check-list* sécurité du patient au bloc opératoire  
[www.has-sante.fr/jcms/c\\_1120548/nouveau-pour-une-meilleure-utilisation-de-la-check-lists-securite-du-patient-au-BO](http://www.has-sante.fr/jcms/c_1120548/nouveau-pour-une-meilleure-utilisation-de-la-check-lists-securite-du-patient-au-BO)