

FR2023-05

Date de parution :
06/2023

Catégorie :

Spécialité

Anesthésie / chirurgie
orthopédique

Filière

Etablissement sanitaire :
MCO

Population

Toute population

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Erreur de côté pour une anesthésie loco-régionale

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'évènement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Ce que l'on retient

Les check-list sont des outils simples et performants pour la sécurité des patients. Elles permettent d'améliorer les pratiques, la communication et le travail en équipe. Elles sont également une barrière de sécurité efficace en identifiant les erreurs qui auraient pu être faites sur des éléments critiques et ainsi en évitant des événements indésirables.

La check-list n'est vraiment efficace que si elle est réalisée de manière concertée entre les différents professionnels et avec le patient. Pourtant, son implantation n'est pas toujours simple et nécessite une stratégie multimodale d'accompagnement au changement : implication de la direction, formation des professionnels, implication des équipes médicales et soignantes, information des usagers, etc. Il peut parfois être pertinent d'adapter le contenu d'une check-list recommandée pour favoriser son appropriation par les équipes.



De quoi s'agit-il ?

Un patient admis pour une intervention sur l'épaule gauche. Lors de la mise en place de l'anesthésie loco-régionale (ALR), le médecin se trompe de côté et anesthésie le côté droit. Suite à l'intervention, le patient est très agité. Pensant à une inefficacité de l'ALR, l'anesthésiste pratique une nouvelle ALR du côté gauche.

Suite au réveil du patient et à son alerte sur des troubles sensitifs à droite, l'erreur est découverte. L'anesthésiste examine alors le patient à la recherche de troubles respiratoires (absents) et prescrit une surveillance accrue et une supplémentation en oxygène.

Impact patient :

Gêne respiratoire et angoisse

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **Jo, 13h** : Arrivée du patient en salle d'induction. Accueil et vérification de la check-list par l'IDE d'induction. L'IDE technique le patient (module de surveillance, perfusion).
- **13h45** : Arrivée du MAR (Médecin Anesthésiste-Réanimateur) en salle d'induction, en charge de 2 patients. Il les questionne l'un après l'autre en vérifiant le nom, l'intervention prévue et les allergies. Le MAR s'installe pour piquer l'ALR (anesthésie loco-régionale) du patient après avoir validé la réalisation du bloc ALR du second patient par l'interne qui l'accompagne. Il réalise l'anesthésie du patient par un BIS (bloc interscalénique) du côté droit.
- **14h-15h25** : Patient emmené en salle d'intervention par l'IADE pendant que le MAR vérifie l'ALR réalisée sur l'autre patient par l'interne. Intervention chirurgicale sur l'épaule gauche.
- **15h30** : L'IDE de SSPI (Salle de surveillance post interventionnelle) interpelle le MAR car le patient est très agité et non-communicant. Le MAR constate que les constantes vitales sont bonne mais que le patient semble très douloureux et agité. Il suppose que le bloc est inefficace et pratique un nouveau BIS du côté gauche. Le patient se calme et s'endort.
- **16h30** : A son réveil, alerte du patient au sujet d'une perte de sensibilité et de fourmillement sur son bras droit. Appelé par l'IDE de SSPI, le MAR examine le patient (test au froid) et comprend que le premier BIS a été fait du mauvais côté. Après vérification que le patient est autonome au niveau respiratoire, le MAR trace les informations dans le dossier et prévient les médecins de garde.
- **17h30** : Explication de la situation et des suites au patient par le MAR. Retour du patient en chambre avec un scope. Prescription d'une surveillance accrue par le MAR et mise en place d'O₂ aux lunettes.
- **20h** : Épisode de désaturation lors d'un passage aux toilettes. Aide par l'AS pour le dîner. Passage du MAR pour réévaluer la situation.
- **21h30** : Discussion entre le MAR et un médecin de garde pour donner les dernières nouvelles au sujet du patient. Pas de nouvelle dégradation rapportée au cours de la nuit.
- **J1 matin** : Information du cadre par un ASH que le patient est fatigué et stressé suite à une nuit inconfortable. Passage du cadre pour voir le patient. Appel du MAR dans le service pour prendre des nouvelles : l'anesthésie est levée et le patient va bien.

Causes immédiates identifiées

- Erreur de côté lors de la réalisation de l'ALR, entraînant une anesthésie bilatérale par la suite.

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Patient en capacité d'alerter mais stressé par la situation et faisant totalement confiance à l'équipe.
Individu (soignant)	Facteurs de stress liés à l'environnement (précipitation liée au retard, nuisances sonores, interruptions de tâche) Utilisation de la position de l'échographe par le MAR comme repère pour le côté à anesthésier.
Équipe	Interne en formation, supervisé par le MAR. Absence d'information sur le côté de réalisation du bloc sur la feuille d'anesthésie.
Tâches à accomplir	Défaut d'application des procédures : - Check-list partie 1 réalisée de façon non conforme, - Check-list partie 2 insuffisamment réalisée. Défaut de planification des tâches : 2 patients en même temps en salle d'induction avec le même MAR.
Environnement de travail	Conditions de travail : bruit (radio allumée), agitation, locaux de la salle d'induction non adaptés à la sérénité. Charge de travail : rush de 14h en salle d'induction. Interruptions de tâches par l'interne qui réalise l'ALR de l'autre patient, plusieurs tâches suivies en même temps. Présence de l'échographe en face du côté non opéré.
Organisation Management	Recommandation institutionnelle de se fier à la check-list plutôt qu'à des indices environnementaux (placement de l'échographe, marquage) mais pas toujours suivie par les professionnels.
Contexte institutionnel	/

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	
Atténuation	Surveillance accrue et supplémentation en O ₂ .

Perception du caractère évitable par les professionnels

Évitable

Probablement évitable

Probablement inévitable

Inévitable



Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Renouveler l'audit de l'utilisation de la check-list au bloc opératoire (check-list traceur).	Prévention	Récupération	Atténuation
Formaliser un guide/topo sur l'utilisation de la check-list.	Prévention	Récupération	Atténuation
Sensibiliser les équipes sur l'utilisation de la check-list.	Prévention	Récupération	Atténuation
Renforcer la culture de sécurité dans l'établissement : - Communiquer via le journal interne, - Organiser une formation à la culture sécurité.	Prévention	Récupération	Atténuation
Installer des dalles lumineuses en induction et SSPI pour favoriser la sérénité.	Prévention	Récupération	Atténuation
Organiser une campagne de sensibilisation au bruit : audit du volume sonore.	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- HAS, Les check-lists pour la sécurité du patient, 2018 : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/les-check-lists-pour-la-securite-du-patient
- QualiREL Santé, Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » : Restitution de la campagne régionale d'évaluation 2019-2020, 2020 : <https://www.qualirelsante.com/publications-outils/check-list-securite-patient-bloc-operatoire/>
- QualiREL Santé, Retours d'expérience Solutions pour la sécurité des soins, 2018 : <https://www.qualirelsante.com/publications-outils/retours-dexperience-solutions-pour-la-securite-des-soins/>
- La Prévention Médicale, retour d'expérience "Erreur de côté en anesthésie", 2022 : <https://www.prevention-medicale.org/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-retours-d-experience/erreur-de-cote-en-anesthesie>
- Cabarrot P, Terroba C, De Pizzol C, Mentec H, May-Michelangeli L, Lansiaux A. Un second souffle en 2022 pour la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire ». Risques & Qualité 2022;(19)3:139-148 : <https://www.risqual.net/publication-scientifique/un-second-souffle-en-2022-pour-la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire>

