

Littérature

HAS, CEPPRAL. Guide de marquage du site chirurgical. Projet High 5s la prévention des erreurs de procédure et de site en chirurgie. Octobre 2012.

Fondation pour la sécurité des patients suisses. Recommandations pour la prévention des erreurs de site opératoire, informations et conseils pour la mise en œuvre. Mars 2008.

Cohen SP, Hayek SM, Datta S, Bajwa ZH, Larkin TM, Griffith S, Hobelmann G, Christo PJ, White R. Incidence and root cause analysis of wrong-site pain management procedures: a multicenter study. *Anesthesiology* 2010; 112(3): 711-8.

Solutions pour la sécurité du patient, méthode d'élaboration, HAS, Saint Denis. Mai 2012.

Pour en savoir plus

COLLEGE FRANÇAIS D'ANESTHESIE
REANIMATION

74 rue Raynouard, 75016 PARIS

<http://www.cfar.org>

Président : Jacques FUSCIARDI



SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE
ET DE REANIMATION (SFAR)

74 Rue Raynouard, 75016 PARIS

Sur le site <http://www.sfar.org>

Président : Claude ECOFFEY



Solutions pour la Sécurité du Patient

Solutions pour la Sécurité du Patient

Accréditation des médecins et des équipes médicale

Mai 2014

Gestion d'une erreur de côté ou de site opératoire

S Arzalier-Daret¹, C Gatecel¹, P Albaladejo¹, PG Yavordios²

¹ Comité analyse et maîtrise du risque/SFAR. ² CFAR commission accréditation



Introduction

Une erreur de site opératoire peut avoir des conséquences graves pour le patient et l'équipe soignante. Ces erreurs évitables suscitent un fort ressentiment auprès de l'opinion publique et ont d'importantes répercussions sur les établissements. Elles font l'objet d'environ 30 à 50 déclarations / an auprès des compagnies d'assurance. En dehors du dommage causé au patient, elles nécessitent une prise en charge anesthésique et chirurgicale complémentaire, source de risques et de préjudices pour le patient.

La situation peut être associée à une sinistralité et à une criticité importante.



Elles concernent non seulement le côté mais plus généralement le site de l'intervention (erreur de doigt, de niveau rachidien...) et sont un risque pour tout acte invasif chirurgical ou anesthésique (pose de voie veineuse centrale, bloc anesthésique ou analgésique...)

Les causes identifiées sont :

- ▶ **Dossier du patient**
 - Incomplet / Indisponible
 - Erroné
- ▶ **Patient**
 - Communication difficile (confusion, sédation, langue)
 - Lésions multiples (bilatérales, multi étages...)
- ▶ **Identification patient**
 - Mauvaise utilisation de la procédure d'identification
- ▶ **Organisation**
 - Défaut dans la réalisation de la Check-List HAS
 - Défaut de protocole de marquage
 - Multiplicité des intervenants
 - Pas de transmission spécifique
- ▶ **Facteur Humain**
 - Interruption de tâche
 - Défaut d'information du patient
 - Fatigue / Pression
 - Urgence

Les actions identifiées pour réduire le risque

Chaine de la prévention

Prévention

En trois temps

Vérification du site opératoire

Information préalable du patient concernant le site à opérer lors des consultations chirurgicale et anesthésique. Puis avant tout marquage :

- vérification de l'identité: déclinaison par le patient et identité sur le dossier-patient concordantes
- Demander au patient de formaliser et de montrer le site à opérer
- Croiser les informations avec le patient, le dossier et l'imagerie.

Marquage du site opératoire

- Faisant l'objet d'une procédure institutionnelle formalisée
- Même symbole de marquage pour tous les professionnels (croix à éviter)
- Après information sur sa nécessité et avec l'implication du patient
- Au feutre indélébile et au mieux après la douche
- Avant l'entrée au bloc opératoire et idéalement avant toute prémédication
- Par le praticien qui effectuera l'acte (chirurgien ou anesthésiste selon les cas)
- L'identité du praticien effectuant le marquage est tracée dans le dossier.

Check-List au bloc opératoire

- Avec l'ensemble des acteurs
- Avant l'anesthésie (ALR+++), l'installation et la désinfection du site
- Time Out avant l'incision
- Minimiser le turn-over de personnel pendant toute cette période.

Récupération

- Prendre en compte toute discordance quelle que soit l'étape
- Lever de doute en reprenant tous les éléments de vérification
- Reprise de la procédure à l'étape antérieure après avoir levé le doute
- Annulation de l'acte si doute persistant.

Atténuation

- Information du patient et des correspondants du dommage lié aux soins
- Définition d'une nouvelle stratégie de prise en charge en accord avec le patient.



1. Le bon patient



2. Le bon site opératoire



3. Assignment dans la salle d'opération correcte



4. Vérification ultime avant l'incision

Cas particuliers

Refus par le patient du marquage

- Situation à gérer de façon analogue à un refus de soin
- Appliquer la procédure institutionnelle concernant le refus de soin
- Renouveler l'information du patient sur le bien fondé du marquage pour sa sécurité
- Tracer le refus du patient sur son dossier et sur la Check-List HAS.

Marquage impossible

- Ex : prématurés, peau très foncée, extraction dentaire
- Lister les situations de marquage impossible
- Etablir une procédure institutionnelle alternative au marquage
- Participation du patient à la vérification du site opératoire
- Recherche de concordance entre les éléments du dossier patient et d'imagerie à chaque étape de vérification du site à opérer (service d'hospitalisation, bloc opératoire, time out avant l'incision).

Enfant / majeur protégé / incapacité à s'exprimer

- Impliquer les parents / l'entourage, la personne de confiance dans le marquage.