



Analyse de scénario

Bloc opératoire

Fiche équipe

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).

Dans cet évènement selon vous ...

Quel est le principal dysfonctionnement ou défaut de soins ?

Identifiez-vous d'autres dysfonctionnement ou défauts de soins ?

Quels sont les facteurs contributifs ?

Quelles défenses auraient pu éviter cet évènement ?



Ce type d'évènement pourrait-il arriver dans votre service ?



Probabilité de survenue d'un tel scénario ?

- Probable Extrêmement improbable Rare Extrêmement rare

Evènement qui s'est déjà produit dans l'unité ?

Principales défenses existantes :



Principales vulnérabilités existantes :



Quelles actions pourraient être mises en place ?



Principal enseignement ?



