

Oubli fatal d'un instrument au bloc opératoire

Par Bruno FRATTINI – Cadre Supérieur de Santé IADE - Ingénieur en prévention des risques - MACSF



Tableau d'analyse des causes profondes

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.

Il reste la propriété de la Prévention Médicale et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale

Facteurs de la grille ALARM	Éléments de contexte – Causes identifiées
Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none">• Patient qui ne présente que des antécédents chirurgicaux : anévrisme abdominal et cure d'éventration.• Pas de traitement chronique.• Pas d'antécédents médicaux.• Il présente encore une bonne forme pour ses 85 printemps.• Patient qui ne présente aucun trouble cognitif : il a pu à tout moment expliquer les événements en lien avec son état de santé, jusqu'à son transfert en réanimation.• La communication entre patient-famille et soignants est qualifiée de très satisfaisante, en tout cas pour la seconde intervention (cure d'éventration) pour ce que les professionnels interrogés s'en souviennent.
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none">• Il n'existe pas de procédure pour ce qui concerne le compte des instruments au sein de ce bloc opératoire. Les professionnels interrogés sur ce point ne sont pas étonnés de ce constat, car tous considèrent que cet acte de soins fait partie des fondamentaux de la fonction d'Infirmière de Bloc Opératoire.• C'est habituellement l'aide opératoire ou l'instrumentiste qui sélectionne les instruments en fonction des habitudes et/ou des consignes du chirurgien.• Dans le cas présent, il n'y avait pas d'instrumentiste : c'est l'aide opératoire qui a composé la table d'instruments et qui a procédé à la décontamination des instruments en fin d'intervention comme à l'habitude.• Cette intervention chirurgicale a été réalisée dans un contexte programmé : il n'est pas relevé sur les différents documents d'éléments qui laissent à penser qu'elle a été réalisée en mode dégradé.
Facteurs liés à l'individu (professionnels)	<ul style="list-style-type: none">• Tous les professionnels impliqués dans cet incident prennent en charge ce type d'intervention depuis longtemps et déclarent n'avoir été en difficulté à aucun moment.• Cette analyse s'est déroulée à plus de 6 mois de l'intervention : les différents personnels n'avaient plus la mémoire de cette prise en charge.• Aucun souvenir sur un contexte particulier lors de cette journée opératoire : fatigue, stress, cumul de dysfonctionnements...
Facteurs liés à l'équipe	<ul style="list-style-type: none">• La communication entre les professionnels est décrite comme correcte, très centrée sur la tâche à réaliser, pour rester dans un niveau de performance élevé afin de ne pas prendre de retard...• Le compte des instruments est demandé dans la « check-list sécurité du patient au bloc opératoire », proposée par la Haute Autorité de Santé. Les professionnels interrogés précisent que ce compte est très rarement réalisé, réservé aux seules interventions lourdes en chirurgie digestive.• Pour cette intervention, ce point est confirmé lors de l'analyse de ladite « check-list » puisque le mot « instruments » a été barré. Le compte des instruments n'a pas été réalisé.

	<ul style="list-style-type: none"> • La fiche de traçabilité de traitement de la boîte d'instruments en stérilisation a bien signalé l'absence de cet instrument lors de la phase « reconditionnement ». Aucune alerte n'a été relevée du service stérilisation vers la responsable de bloc, ni vers le chirurgien... Les agents de stérilisation précisent que cette situation est régulière, et qu'il s'agit souvent d'instruments qui « partent au baquet avec les champs ».
Facteurs liés à l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Le dimensionnement des équipes n'appelle pas de commentaire particulier. • Lors de l'analyse de la feuille de traçabilité de l'intervention (ou feuille d'écologie), il s'avère que 2 infirmiers de bloc opératoire différents se sont succédés sur la fonction circulante pour réaliser cette intervention (pause déjeuner). Il n'est pas précisé sur cette feuille si un temps de transmissions a été réalisé et surtout sur quels points de vigilance ?? • La charge de travail était lourde : 6 patients pour une vacation. Les enchaînements entre patients ont été rapides (cf. analyse des indicateurs : temps de réhabilitation de salle en « borne très basse »). • Cette intervention s'est déroulée entre 13h30 et 15h30 (heure de sortie du patient de la salle d'opération). C'était l'avant dernier patient du programme. • La vacation s'est terminée en réalité à 18h30, au lieu de 17h30 sur le planning prévisionnel. • Lors des entretiens avec les professionnels concernés, il est signalé que des débordements sont réguliers et surtout prévisibles..
Facteurs liés à l'organisation et au management	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des indicateurs de fonctionnement du bloc opératoire montre que le taux de débordement est à 9%, au-delà de la borne haute admise de 5%. • Les équipes affectées à la salle d'opération sont des professionnels stables qui ont l'expérience et la compétence pour prendre en charge cette typologie d'intervention. • L'approvisionnement des DMI pour cette situation n'appelle pas de commentaire spécifique : la dotation chirurgicale est réputée complète. • La sensibilisation à la culture de sécurité au sein de ce secteur n'est pas considérée comme optimale. Chacun s'accorde à dire que la préoccupation est plutôt « de produire du soin », parfois au détriment des bonnes pratiques.
Facteurs liés au contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Le contexte financier de cet établissement est en équilibre. • Pas de déclaration d'EI recensé pour cette thématique et pour ce secteur depuis les 36 derniers mois.