

Recommander
les bonnes
pratiques



FLASH SÉCURITÉ PATIENT

Erreur de côté lors d'une anesthésie loco-régionale

À gauche ou à droite ? Jamais sans mon check !

16 octobre 2025

Ça peut aussi vous arriver

Évènement 1

Anesthésie de la mauvaise jambe entraînant une hospitalisation

Un adolescent de 15 ans est pris en charge en chirurgie ambulatoire pour une ligamentoplastie d'un genou sous anesthésie loco-régionale (ALR). Celle-ci est constituée de 4 blocs nerveux (sciatique, fémoral, obturateur et cutané latéral de cuisse). La première injection anesthésique, au niveau du bloc sciatique, est réalisée en décubitus ventral. Le patient est ensuite installé en décubitus dorsal pour procéder aux trois autres blocs. C'est alors que l'anesthésiste procède à l'ALR de l'autre genou. La ligamentoplastie est réalisée comme prévu, mais le patient est hospitalisé car l'anesthésie bilatérale limite sa mobilité.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

La première injection anesthésique a été réalisée sur la mauvaise jambe.

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

- Le côté à opérer n'a pas été confirmé avec le patient qui était peu communicant.
- Le marquage prévu du membre à opérer n'a pas été réalisé.
- La *check-list* n'a pas été correctement mise en œuvre.
- L'anesthésiste a été interrompu à plusieurs reprises durant la préparation de l'ALR par des sollicitations répétées d'infirmiers intérimaires.

Évènement 2

Anesthésie du mauvais bras et erreur de dose entraînant une hospitalisation en unité de soins continus

Un patient quinquagénaire est pris en charge en chirurgie ambulatoire pour un syndrome du canal carpien droit. Peu après une première injection d'anesthésiques locaux (bloc axillaire), l'anesthésiste réalise une seconde injection au niveau du bras opposé, avec les mêmes volumes et concentrations d'anesthésiques. Lors de l'installation pour l'intervention, le patient présente des signes neurologiques de surdosage. Une injection d'émulsion lipidique à 20 % est administrée en urgence, permettant la régression des symptômes. L'intervention chirurgicale est réalisée et le patient est hospitalisé en unité de soins continus pour une surveillance rapprochée.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Il y a eu une erreur de côté lors de la première injection anesthésique (bras gauche au lieu de bras droit), et une erreur de dose lors de la deuxième injection dans le bras droit.

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

- Le marquage du membre a bien été effectué, mais n'a pas été pris en compte.
- La *check-list* n'a pas été correctement mise en œuvre.
- Les mesures mises en œuvre après la détection de l'erreur de côté n'étaient pas adéquates :
 - la seconde injection d'anesthésiques a été réalisée sans réévaluation des doses déjà administrées, ni prise en compte de la toxicité potentielle des anesthésiques locaux ;
 - il n'y a pas eu de réflexion sur les alternatives possibles (décalage de l'heure d'intervention, conversion en anesthésie générale...).
- La charge de travail était élevée (préparation du matériel, réalisation du geste, surveillance de l'anesthésie...), sans assistance d'infirmier.
- Lors de l'ALR, l'anesthésiste a été interrompu dans ses tâches par un appel téléphonique et un déplacement au service des urgences.

Évènement 3

Anesthésie de la mauvaise épaule entraînant une hospitalisation

Un patient sexagénaire est programmé en chirurgie ambulatoire pour une intervention de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, sous arthroscopie. Une ALR et une anesthésie générale sont prévues. À la fin de l'ALR, l'infirmière assistante consulte le dossier patient. L'intervention est finalement effectuée sur l'épaule gauche, uniquement sous anesthésie générale, après accord du patient. Celui-ci est ensuite hospitalisé en raison de la nécessité de gérer la douleur et de la limitation de sa mobilité (un bras anesthésié et un bras immobilisé).

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'ALR a été réalisée sur la mauvaise épaule (droite au lieu de gauche).

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

- À la demande de l'infirmière d'accueil, l'anesthésiste a autorisé à distance la sédation du patient qui était anxieux, sans avoir pu le voir au préalable et vérifier avec lui le côté opératoire.
- L'anesthésiste a réalisé l'ALR du côté préparé sans effectuer une nouvelle vérification du côté opératoire.
- Le temps 1 de la *check-list* au bloc opératoire (avant induction anesthésique) a été réalisée par l'infirmière d'accueil seule, alors que les recommandations de bonnes pratiques prévoient la présence de l'ensemble des intervenants. Le bon côté à opérer était indiqué dans la *check-list*.
- L'infirmière d'accueil, récemment affectée à ce poste, a posé la voie veineuse périphérique du côté à opérer (alors qu'elle doit être placée du côté opposé) et a également installé l'échographe pour le guidage du même côté. Cela a induit en erreur l'anesthésiste.
- Le patient a confirmé à l'infirmière d'accueil que c'était l'épaule droite qui devait être opérée, mais la question a été posée alors que le patient était déjà sédaté.

Mots clés : anesthésie loco-régionale - erreur de côté - check-list au bloc opératoire - marquage opératoire

Pour que cela ne se reproduise pas

Les erreurs de côté en anesthésie loco-régionale constituent un risque persistant, exposant les patients et les équipes à des conséquences potentiellement graves (risque vital, prolongation non prévue de l'hospitalisation, conversion en anesthésie générale ou complications médicamenteuses). Leur impact dépasse la seule dimension clinique : elles affectent également la relation de confiance des patients envers les professionnels et exposent les professionnels et les établissements à des enjeux médico-légaux. Dans la littérature internationale, la fréquence de ces erreurs a été estimée à 7,5 pour 10 000 interventions en 2015¹.

Afin de diminuer le risque d'erreurs de côté et mieux gérer leur prise en charge, il est préconisé de :

Systématiser le marquage du site opératoire et évaluer sa fiabilité lorsqu'il a été adopté. Le marquage doit être appliqué de manière standardisée dans tout l'établissement, si possible avec la participation du patient.

Améliorer la préparation de l'environnement

- S'assurer de la disponibilité du dossier patient complet (données cliniques, biologiques et radiologiques).
- Organiser l'installation du patient et la préparation du matériel afin de garantir la cohérence avec la latéralité du site opératoire prévu (voie veineuse périphérique, échographe, positionnement du patient).

Réaliser une vérification rigoureuse du côté opératoire

- Réaliser systématiquement la *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire » avec l'ensemble de l'équipe, en vérifiant collectivement le site opératoire avant toute ALR.
- Réaliser le *time out*, une pause d'équipe immédiatement avant le geste, pour confirmer l'identité du patient, l'intervention prévue, le site et le côté opératoire, et vérifier les éléments critiques nécessaires à la sécurité (allergies, doses, matériel disponible). Il est nécessaire de porter une attention particulière aux patients mineurs, anxieux, sédatisés ou présentant des troubles cognitifs.
- Si besoin, adapter la *check-list* pour mieux l'adopter².

Décider en équipe des différentes barrières de sécurité à déployer, ainsi que du caractère justifié ou pas de certaines interruptions de tâches. Promouvoir la notion de « temps dédiés » pour éviter les interruptions injustifiées.

Renforcer la sécurité médicamenteuse en ALR en réévaluant les doses d'anesthésiques locaux avant toute injection complémentaire, en respectant les posologies maximales et en envisageant, si nécessaire, des alternatives comme le report de l'intervention ou la conversion en anesthésie générale.

¹ Barrington MJ, Uda Y, Pattullo SJ, Sites BD. [Wrong-site regional anesthesia: review and recommendations for prevention?](#) Curr Opin Anaesthesiol 2015;28(6):670-84.

² Haute Autorité de Santé. [La check-list personnalisée pour la sécurité du patient au bloc opératoire.](#) Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

La collection « Flash sécurité patient »

La collection « [Flash sécurité patient](#) » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'évènements auxquels ils ont été confrontés et déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). **Le promoteur ne modifie pas et n'interprète pas les EIAS déclarés par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.**

Ce flash s'intéresse aux EIAS liés à une erreur de côté en anesthésie loco-régionale. Ils sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements.

Pour en savoir plus

- Kwofie K, Uppal V. [Wrong-site nerve blocks: evidence-review and prevention strategies.](#) Curr Opin Anaesthesiol 2020;33(5):698-703.
- 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.
- Haute Autorité de Santé. [Les check-lists pour la sécurité du patient.](#) Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
- Cabarrot P, Chevalier P, Messarat-Haddouche Z, Auger C, May-Michelangeli L, Grenier C. [Vingt-cinq Évènements indésirables graves au bloc opératoire que l'on aurait pu éviter...](#) Risques & Qualité 2020;17(3):143-52.
- Haute Autorité de Santé. [Interruption de tâche lors des activités anesthésiques au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle.](#) Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
- Haute Autorité de Santé. [Marquage opératoire](#) [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

Ce flash sécurité patient a été réalisé par le CFAR. Il a reçu le label HAS. Ce label signifie que le document a été élaboré selon les procédures et règles méthodologiques et déontologiques préconisées par la HAS.