

Cas clinique chirurgie - Novembre 2013

Retard diagnostique d'une complication après chirurgie rachidienne

La complexité et les failles de la surveillance en équipe en post opératoire

Analyse approfondie ANALYSE DETAILLEE

Analyse des barrières

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
Information détaillée des patients sur l'existence de complications et ses signes (notion théorique plus que pratique dans l'exercice habituel)	<i>Non effectuée malgré l'insistance de la patiente à être informée.... mais informer sur quoi ?</i>	NON
Protocoles de surveillance de chirurgie du rachis	<i>A priori existants dont on ignore le contenu mais surveillance parfaite au moins 24h</i>	NON
Absence de banalisation des troubles urinaires même précoces et a fortiori persistants	<i>Au contraire, semblent tellement fréquents que banalisés ne justifient pas l'appel</i>	Importante ++
Traçabilité des conclusions du chirurgien au moins à J1 et de son examen périnéal	<i>Manquantes</i>	Majeure
BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention		
Persistance de rétentions urinaires répétitives le dimanche	<i>Non prises en compte, la visite des médecins est quotidienne et n'a pas alerté</i>	OUI +++
Aggravation des douleurs lombaires nécessitant l'augmentation des antalgiques	<i>Non signalée ni repérée comme un signe d'alerte supplémentaire dans ce contexte</i>	OUI
Visite de l'interne le dimanche soir après sa visite du matin à titre systématique ou appel parce que les douleurs lombaires s'aggravent	<i>Non discutée, ne paraissait indispensable à personne</i>	OUI

Interrogation sur les drains de redons que l'on remobilise le dimanche matin	<i>Banalisée sans tenir compte du tableau clinique ?</i>	<i>Possible</i>
BARRIERE D'ATTENUATION		
Décision opératoire la plus précoce possible dès le diagnostic suspecté	<i>Fait, pas de retard imputable à la demande de radiologie</i>	<i>NON</i>

Analyse des causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>Centre hospitalier de référence (CHU) habilité à la prise en charge de ce type de pathologie</i>	NON
Organisation (personnels et matériels, protocoles)	<i>A priori personnels bien formés (au moins en semaine), traçabilité parfaite Relais des soins du chirurgien à son interne Trop de protocoles ? Difficulté d'accès et de compréhension ?</i>	OUI Possible
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Inconnu mais a priori pas de défaut de surveillance des IDE Visite du chirurgien en post opératoire au chevet du patient à J1 puis délégation A priori aucun manque d'équipement préjudiciable</i>	NON
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Aucune supervision de la visite de l'interne un dimanche, pas de consigne d'appel téléphonique donnée par le chirurgien ??? Transmission orale ? Pas de note du chirurgien dans le dossier</i>	OUI ++
Individus (compétences individuelles)	<i>Compétence reconnue du praticien hospitalier, chirurgien expérimenté Compétence de l'interne de deuxième semestre? Avait la confiance du chirurgien...</i>	OUI ++
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Parfaite surveillance y compris nocturne de la part des IDE Les IDE informées de l'importance de la persistance de troubles sphinctériens ??</i>	OUI ++
Patients (comportements, gravité)	NON	NON

