

Cas Obstétrique Sage-femme – Juillet 2011

Dépassement de terme. Retard au déclenchement artificiel du travail puis de la césarienne.

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION		
Information de la patiente que le dépassement de terme peut constituer un risque pour l'enfant (ref 1)	Barrière prise en compte dans le cas particulier ?? (absence de preuve de cette information)	Contribution relative Minime
En l'absence d'accouchement à 41 SA + 0 jour, initiation d'une surveillance fœtale toutes les 48 h (référence 1)	OUI	
A l'admission, évaluation des états maternel et fœtal pour décider d'un niveau plus ou moins élevé de surveillance fœtale (ref 2)	NON (absence de déplacement de l'obstétricien)	Importante
Surveillance du fœtus (notamment du RCF) (ref 2, accord professionnel)	NON surveillance discontinuée (ne peut se concevoir que pour un accouchement à bas risque)	Importante
Gestion des douleurs contractiles, éviter les morphiniques type Dolosal (ref 2 grde A)°	OUI	?
Déclenchement artificiel de l'accouchement (rupture des membranes et ocytociques) par l'obstétricien si le retard dépasse les normes (ref 1)	OUI	Trop tard ?
BARRIERES DE RECUPERATION		
Déclenchement artificiel du travail par l'obstétricien de la malade dès son arrivée	OUI, mais 12 h après l'admission de la malade	
Décision de césarienne à discuter les signes de ralentissements répétés du RCF et/ou de non-progression de la dilatation cervicale et/ou d'un liquide amniotique teinté	OUI, mais avec un retard de plus de 2 h par rapport à l'apparition des premiers signes	Majeure
BARRIERES D'ATTENUATION		
Délai de réalisation de la césarienne compatible avec les normes couramment admises, bloc facilement accessible et libre, mise en œuvre du personnel	NON (naissance de l'enfant 1 h 30 minutes après la décision de césarienne)	Majeure
Transfert de l'enfant dans un service de néo-natologie	OUI mais 33 h après sa naissance et une aggravation de son état	Mineure, vue l'importance de l'anoxie per-partum

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

Pour la partie relevant de la clinique (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<Sans objet>	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	Absence de protocole prévoyant l'évaluation systématique de l'état maternel et fœtal par l'obstétricien de garde en cas de patiente ou d'accouchement à risque Absence de protocole d'appel systématique de l'obstétricien de garde en fonction des anomalies du RCF Délai de réalisation d'une césarienne incompatible avec les normes couramment admises (protocoles ? personnel disponible ? bloc	Majeure

	<i>opérateur disponible ? transfert de la patiente ? Passivité des sages-femmes devant l'absence de réactivité des obstétriciens à leurs appels)</i>	
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)		
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Défaut de communication entre les obstétriciens et les sages-femmes .Epuise peu solidaire</i>	Importante
Individus (compétences individuelles)	<i>Difficiles à juger entre manque de compétence (possible) et manque d'organisation d'équipe (avéré)</i>	Majeure
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Interrogation sur la disponibilité de l'obstétricien de la malade présent sur place mais qui ne s'est pas spontanément déplacé pour surveiller l'évolution du travail après le déclenchement artificiel qu'il avait prescrit</i>	Majeure
Patients (comportements, gravité)	<i><Sans objet></i>	