

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Respectées pour le cas analysé ?</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Indication opératoire justifiée</i>	<i>OUI</i>	
<i>Voie d'abord conforme aux recommandations (cœlioscopie avec possibilité de conversion en laparotomie) (réf 1)</i>	<i>OUI</i>	
<i>Contrôle (visuel ou par testeur électrique) de l'intégrité de la gaine des instruments utilisés lors de la cœlioscopie (réf 2,3)</i>	<i>non renseigné</i>	<i>?</i>
<i>Stratégie opératoire adaptée</i>	<i>a priori, OUI</i>	
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Consignes de surveillance adaptées</i>	<i>NON, Le signe révélateur de la survenue du risque principal (présence d'un liquide de type digestif dans un drain de Redon) n'était pas mentionné dans les consignes de surveillance. en ce qui concernent les paramètres sur veillés (ex : diurèse), le niveau d'alerte et surtout le médecin à prévenir ne semblent pas avoir été indiqué</i>	MAJEURE
<i>Dépistage rapide de la survenue du risque</i>	<i>a priori, OUI. mentionnés dans le dossier infirmier : le 05/06 à 06 H 30 " présence d' un liquide verdâtre dans un drain de Redon et d'une chute de la diurèse à 300 ml" et le 05/06 à 12 h 30 "Redon gauche donne de la bile ??? A signaler"</i>	
<i>-Prise en charge rapide de la complication survenue</i>	<i>NON, .Ce n'est qu'à 15 H40 (plus de 9h après le signalement inscrit dans le dossier infirmier) que l'anesthésiste sera averti, et uniquement, d'une chute de la diurèse Il se bornera à prescrire 500 ml de Ringer-Lactate sans se déplacer C'est le chirurgien lors de son passage à 16h30 (10 h après l'inscription dans le dossier infirmier) qui fera le diagnostic de péritonite et débutera la prise en charge</i>	MAJEURE
<i>Appel immédiat du chirurgien (et de l'anesthésiste de garde) par les infirmières dès la constatation d'un liquide "anormal" dans un drain de Redon</i>	<i>NON</i>	MAJEURE
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Mise en route rapide du traitement de la complication diagnostiquée</i>	<i>OUI, Réintervention à 18 h 00 dès la confirmation du diagnostic de péritonite par le scanner abdomino-pelvien</i>	
<i>Traitement adapté de la complication</i>	<i>NON, Méconnaissance d'une des deux perforations du grêle à l'origine de la péritonite postopératoire</i>	MAJEURE

ANALYSE DETAILLEE

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)	NON	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<p><i>Absence ou non observance de protocole concernant la surveillance des opérés : paramètres à surveiller, périodicité, niveau d'alerte, médecin à prévenir.</i></p> <p><i>Cette carence concerne le service d'hospitalisation dont les infirmières ont mentionné dans leur dossier, mais sans le signaler, la présence d'un liquide d'allure digestive dans un drain de Redon dans la nuit du 4 au 5 juin, Alors que la même anomalie la nuit suivante a été immédiatement signalée par les infirmières de réanimation à l'anesthésiste de garde.</i></p> <p><i>Absence d'entente entre chirurgiens et anesthésistes pour assurer, au minimum, chaque jour une visite des opérés en début de matinée et une contre-visite en fin de journée</i></p> <p><i>Absence de définition des tâches pour désigner pendant les heures ouvrables quel médecin doit intervenir en cas d'urgence interne (anesthésiste-réanimateur responsable de la réanimation ?)</i></p>	<p>MAJEURE</p> <p><i>importante</i></p> <p><i>Importante</i></p>
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<p><i>Contrôle systématique des instruments gainés de cœlioscopie par testeur électrique? (non renseigné) (ref 2,3)</i></p>	?
Equipe (communication, supervision, formation)	<p><i>Défaut d'alerte de l'équipe infirmière du service d'hospitalisation sur les signes révélateurs des complications pouvant survenir chez les opérés et la conduite à tenir</i></p> <p><i>Défaut de communication entre anesthésistes et chirurgien (après-midi du 5/06 et nuit du 5 au 6/06)</i></p>	<p>MAJEURE</p> <p><i>Importante</i></p>
Individus (compétences individuelles)	<p><u>Chirurgien</u> <i>inadaptation de la voie d'abord à la recherche de la cause de la péritonite</i></p> <p><u>Anesthésiste de la malade</u> <i>Prescription en l'absence d'examen de la patiente</i></p> <p><u>Anesthésiste de garde</u> <i>retard de diagnostic de la persistance de la péritonite postopératoire</i></p> <p><u>Equipe infirmière service d'hospitalisation</u> <i>Voir plus haut</i></p>	MAJEURE
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<p><u>Chirurgiens et Anesthésistes-Réanimateurs</u> <i>Visite et contre-visites des opérés non systématisées</i> <i>Voir plus haut</i></p> <p><u>Equipe infirmière service d'hospitalisation</u> <i>Voir plus haut</i></p>	MAJEURE
Patients (comportements, gravité)	NON	