

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)	NON	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<p>→ Protocole d'appel du médecin référent du patient (en l'occurrence, le chirurgien) en cas de besoin pendant la garde, non respecté par l'infirmière ou ignoré par elle (recours à du personnel intérimaire pendant le week-end de Paques ?)</p> <p>→ Non-respect de ce même protocole par l'anesthésiste d'astreinte et l'anesthésiste de garde en réanimation</p> <p>Voir aussi paragraphe : Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</p>	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<p>→ Absence de surveillance du patient dans la nuit du 4 au 5 avril, de 23 h 00 à 04 h 00</p>	Majeure mais à relativiser compte-tenu de l'absence de réactivité de l'anesthésiste d'astreinte appelé à 04 h 00
Equipe (communication, supervision, formation)	<p>→ Absence de décision concertée prise par le chirurgien et l'anesthésiste d'astreinte, au lit du malade, sur la conduite à tenir durant la garde à venir (d'autant qu'une intervention était envisagée, "si besoin")</p> <p>→ Doute sur l'existence de consignes de surveillance du patient données par le chirurgien et notamment à partir de quels critères fallait-il l'appeler pendant la garde</p> <p>→ Absence d'appel téléphonique du chirurgien par l'anesthésiste d'astreinte et l'anesthésiste de garde en réanimation pour lui transmettre les signalements de l'infirmière</p> <p>→ En règle générale, absence de communication entre d'une part l'infirmière, les anesthésistes et d'autre part le chirurgien, et ce, réciproquement</p>	<p>Majeur</p> <p>Majeure</p>

<p>Personnes (compétences individuelles)</p>	<p>Chirurgien</p> <p>→ Absence de prise en compte de l'état de choc du patient → Doute sur la nature et la précision de la surveillance prescrite concernant le patient</p> <p>Anesthésiste d'astreinte</p> <p>→ Absence de reconnaissance de la gravité du patient (état de choc mettant en jeu le pronostic vital) → Absence de mise en œuvre des recommandations concernant le traitement d'un choc septique (références 1,2,3) → Comportement contraire à l'éthique et à la déontologie médicales (examen "succinct" du patient à 23 h 00, refus de se déplacer à 04 h 00)</p> <p>Urgentiste de garde</p> <p>→ Absence de reconnaissance de la gravité du patient (état de choc mettant en jeu le pronostic vital) → Absence de mise en œuvre des recommandations concernant le traitement d'un choc septique</p>	<p>MAJEUR +++</p>
<p>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</p>	<p>→ Une clarification du rôle des chirurgiens et des anesthésistes durant les périodes de garde doit être faite et portée à la connaissance du personnel soignant</p> <p>→ La Commission médicale de l'établissement doit rechercher les causes à l'origine des difficultés de communication entre les médecins participant aux gardes de l'établissement et les résoudre</p>	<p>Importante</p>
<p>Patients (comportements, gravité)</p>	<p>OUI</p> <p>(Gravité) Etat de choc septique mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant :</p> <p>1) la mise en œuvre de mesures thérapeutiques urgentes (références 1,2,3)</p> <p>2) dès que possible, la recherche et le traitement du foyer infectieux responsable (en l'occurrence, intervention d'Hartmann pour diverticulite compliquée)</p>	<p>Importante</p>