

Tableau d'analyse des barrières

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.

Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
Indication opératoire justifiée	OUI	
Décision d'arrêt de l'AVK en périopératoire justifiée	OUI	
Conseils du cardiologue du patient pris en compte pour la gestion périopératoire de l'AVK (conseils en accord avec les recommandations de la HAS pour la gestion périopératoire des AVK) Voir Commentaires	NON	MAJEURE
Concertation entre le chirurgien et les anesthésistes en charge du patient en pré (Dr A.) et postopératoire	NON	MAJEURE
Évaluation du risque thrombo-embolique du patient en préopératoire	<i>A priori NON</i>	MAJEURE
Nécessité d'un relais par HPBM à doses efficaces pendant l'interruption de l'AVK	NON	Sans conséquence si les recommandations de la HAS en cas de relais avaient été suivies
Gestion périopératoire de l'arrêt de l'AVK conforme aux recommandations de la HAS	NON En préopératoire, absence de relais pas HBPM mais arrêt de 6 jours au lieu de 3 prescrit avant l'intervention En postopératoire, absence de relais pas HBPM avant la reprise de l'AVK (non envisagée en postopératoire)	Importante Majeure

	Retour à domicile, avec une ordonnance pour la reprise de l'AVK trop tardive et incohérente (notamment dose d'HBPM non précisée)	AVC le jour du retour à domicile (après 9 jours sans AVK)
BARRIERES DE RECUPERATION		
Consultation du patient dès le soir de l'intervention pour obtenir la reprise de l'AVK suivant les conseils de son cardiologue	NON	MAJEURE+++
BARRIERES D'ATTENUATION		
Prise en charge d'un AVC sylvien par thrombose distale de la carotide droite	OUI Mais absence d'amélioration	Séquelles importantes (hémiplegie gauche) avec dépendance totale

Tableau d'analyse détaillée des causes profondes
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)	<ul style="list-style-type: none"> • Erreur Absence de protocole pour assurer le suivi du dossier des patients lors du séjour en clinique : depuis la consultation de pré anesthésie, puis le bloc opératoire, le service d'hospitalisation jusqu'à la sortie • Absence de protocole pour désigner le médecin responsable de la gestion périopératoire du traitement anticoagulant des patients • Absence de protocole pour désigner le médecin responsable de la sortie du patient • Absence de protocole concernant les documents à remettre au patient lors de sa sortie, au minimum : <ul style="list-style-type: none"> - Compte-rendu d'hospitalisation - Lettre au médecin traitant - Ordonnance de sortie 	<p>Importante</p> <p>Majeure</p> <p>Importante</p> <p>Majeure</p>
Environnement de travail (Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Nombre insuffisant d'anesthésistes-réanimateurs pendant les vacances d'été, entraînant la fermeture de l'Unité de Soins Continus de la clinique	Importante

<p>Équipe (Communication, supervision, formation)</p>	<p>Absence de concertation entre le chirurgien et les anesthésistes réanimateurs ayant en charge le patient, notamment sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestion périopératoire de l'arrêt de l'AVK chez le patient • La date et les conditions de sortie du patient 	<p>Importante</p>
<p>Individus (Compétences individuelles)</p>	<p><u>Chirurgien opérateur</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Non prise en compte des conseils du cardiologue du patient pour la gestion périopératoire de l'AVK • Ordonnance de sortie remise au patient ne tenant pas compte du contexte et surtout incohérente (voir expertise) <p><u>Anesthésiste Dr A.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de concertation entre le chirurgien et le Dr B. pour décider de la gestion périopératoire de l'arrêt du Previscan • Décision d'un arrêt de l'AVK 6 jours au lieu de 3 préconisés avant l'intervention non nécessaire (absence d'antécédents thrombo-emboliques du patient) • Aucune information du patient sur la reprise du Previscan en post opératoire <p><u>Anesthésiste Dr B.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de concertation avec le Dr A. pour assurer la cohérence de la gestion périopératoire de l'arrêt de l'AVK en associant une HBPM lors de la reprise de l'AVK (au soir de l'intervention) 	<p>MAJEURE</p> <p>MAJEURE</p> <p>Sans objet (si la gestion postopératoire de l'AVK avait été conforme aux recommandations)</p> <p>Importante</p> <p>MAJEURE +++</p>
<p>Tâches à effectuer (Disponibilité et compétence)</p>	<p>Période de vacances qui a pu empêcher une discussion de vive voix entre le Dr A. et le Dr B. Mais absence de transmission du dossier de la consultation pré-anesthésique</p>	<p>Importante</p>
<p>Patients (Comportements, gravité)</p>	<p>N'a pas rappelé au chirurgien et au Dr B. le soir de l'intervention les conseils de son cardiologue, sur la nécessité de reprendre l'AVK</p>	<p>MAJEURE</p>