

Cas clinique bloc et chirurgie – Mars-avril 2011

Chute d'un adulte handicapé majeur peu après son installation sur la table d'intervention

ANALYSE APPROFONDIE

Analyse des barrières

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
<i>Malade installé sous la surveillance du chirurgien ou de l'anesthésiste et attaché dès son installation sur la table d'intervention</i>	NON	Majeure
<i>Agent du bloc opératoire assurant exclusivement la surveillance de tout handicapé majeur installé sur la table d'intervention jusqu'à l'arrivée de l'équipe opératoire</i>	OUI mais défaut ponctuel d'attention	
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Arrêt de la procédure opératoire et information des parents de l'incident</i>	NON	Indéterminée... les parents auraient pu exiger un bilan lésionnel exhaustif après la chute)
<i>Exploration de la chute par imagerie médicale des régions anatomiques n'ayant pas pu être examinées, de façon satisfaisante cliniquement, notamment bassin, rachis, membre inférieur gauche (radiologie) et abdomen (échographie)</i>	NON	Importante car aurait permis un traitement orthopédique immédiat de la fracture. En l'absence du diagnostic de la fracture, le patient a été mobilisé sans précaution particulière ce qui a entraîné un déplacement du foyer de fracture facteur de douleurs et d'aggravation de l'hématome avec nécessité de recourir à des transfusions sanguines.
<i><u>En cas de bilan négatif</u>, hospitalisation pour surveillance pendant 24 heures et si, absence d'anomalies, réalisation de l'intervention prévue le lendemain sous réserve de l'accord des parents</i>	Sans objet car fracture fémorale gauche	

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)	<i>Non respect des recommandations réglementaires d'installation d'un patient sur la table d'intervention qui doit se faire suivant les consignes d'un praticien (chirurgien, anesthésiste) soit par lui, soit par une IBODE ou une IDE faisant fonction d'IBODE. Patient installé par un brancardier !</i>	Majeure
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Absence d'organisation</i> <ul style="list-style-type: none"> - patient installé en salle d'intervention alors que la préparation de la salle n'était pas terminée (absence de matériel et de produit anesthésique) - premier patient de la matinée opératoire nécessitant installation et surveillance particulières (IMC majeur) malgré l'impréparation de la salle - absence de protocole concernant la prise en charge d'un handicapé majeur depuis sa chambre jusqu'à la salle d'intervention 	<i>Importante</i>
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>NON</i>	
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>-Patient confié à l'agent le moins élevé dans la hiérarchie des compétences (aide-soignante) et en l'absence de consignes de surveillance précises (notamment des risques à prévenir) -Equipe médicale fonctionnant de façon personnelle sans se préoccuper des conditions de surveillance du patient déjà installé en salle d'intervention (par Qui ? Comment ?).Défaut de communication évident à l'intérieur de l'équipe</i>	Modérée
Individus (compétences individuelles)	<i>-Grave manquement du chirurgien et de l'anesthésiste à la déontologie et à l'éthique médicale ,usant , en outre de leur autorité pour obliger, l'équipe paramédicale à participer à la désinformation mensongère de la famille du patient</i>	
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)		
Patients (comportements, gravité)	<i>Patient IMC Majeur</i>	<i>Importante</i>