

## Cas clinique chirurgie – Octobre 2011

### Défénéstration au cours d'un delirium tremens post-opératoire

#### Analyse des barrières de prévention

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>		<i>Contribution relative</i>
<i>Indication opératoire justifiée</i>	OUI	
<i>Recherche des facteurs de risques per- et/ou- postopératoires</i>	OUI (alcoolisme chronique avec délirium tremens lors d'une précédente hospitalisation) signalé par le médecin traitant)	
<i>Consultation préanesthésique réalisée plusieurs jours avant l'intervention (article D.6124692 du Code de la santé publique) Prise en charge préopératoire du facteur de risque retrouvé</i>	NON (réalisée moins de 48 heures avant l'intervention)  <b>Anticipation de la prise en charge de l'alcoolisme chronique</b> <b>Eventuellement report de l'intervention</b> « en cas de chirurgie lourde risquée, non urgente, sevrage préopératoire d'au moins un mois »(référence 1)	Importante
<i>Check list</i>	<b>Actuellement, la check-list opératoire comporte dans le « Temps de pause avant l'incision », la question du « risque lié au terrain »(référence 2)</b>	N'existait pas à cette époque
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
<i>En postopératoire, protocole de surveillance renforcé : visite (au moins) quotidienne d'un médecin. Prescriptions ajustées</i>	<b>NON</b> <b>Prescriptions plusieurs jours à l'avance</b>	Majeure
<i>Prévention systématique du risque postopératoire identifié (syndrome de sevrage alcoolique)</i>	NON : Absence de prescription systématique d'une benzodiazépine en continu afin de maintenir un score de sédation de Ramsay à S3	Majeure
<i>Condamnation de la fenêtre de la chambre</i>	NON	Minime, si malade correctement sédaté Insuffisante, si malade déambulant
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<i>Surveillance de l'apparition des premiers signes du risque opératoire identifié (tremblement, agitation, insomnie =prédelirium) et traitement adapté</i>	NON (benzodiazépine prescrit à la demande) (benzodiazépine en continu, par voie orale à doses adaptées en se fondant sur le score de sédation) ( référence 1)	. Majeure
<i>En cas d'échec du traitement</i>	NON	Majeure

<i>précédent (agitation extrême, hallucinations, délire =delirium), perfusion intraveineuse de benzodiazépine en surveillant l'état de conscience pour éviter les fausses routes bronchiques avec, éventuellement, passage en réanimation</i>		
---	--	--

## **ANALYSE DETAILLEE**

### **Causes profondes**

<b>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</b>		
<b>Nature de la cause</b>	<b>Faits en faveur de cette analyse</b>	<b>Contribution relative</b>
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	<i>Non-respect du Code la santé publique sur la date de la consultation de préanesthésie</i>	<i>Minime</i>
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	<i>Absence de suivi médical quotidien des opérés, absence de consignation écrite des constatations médicales, prescriptions médicales faites pour plusieurs jours</i>	<b>Importante</b>
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	<b>?</b>	<b>?</b>
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	<i>Absence de communication entre le chirurgien et les anesthésistes sur la conduite à tenir concernant le risque préopératoire identifié (alcoolisme chronique avec antécédent de delirium tremens) Equipe soignante acceptant des conditions de travail incompatibles avec les textes en vigueur (concernant la présence médicale postopératoire) et peu réactive devant l'aggravation du malade</i>	<b>Majeure</b>  <b>Majeure</b>
<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<i>Méconnaissance ?? de la prise en charge préopératoire d'un alcoolique chronique, de la prévention d'un sevrage alcoolique postopératoire et du traitement d'un sevrage alcoolique confirmé .</i>	<b>Majeure</b>
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	<b>?</b>	<b>?</b>
<b>Patients (comportements, gravité)</b>		