

Cas chirurgie Septembre 2015

Une erreur de côté au bloc ... une organisation peu sûre centrée sur le volume opératoire, et quelques incidents de 'pas de chance' en plus ...

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Barrière respectée dans le cas analysé</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Marquage préopératoire du site à opérer par le chirurgien en accord avec le patient (avant toute administration de sédatifs) (American College of Surgeons) (référence 1)</i>	NON	Important
<i>Site à opérer confirmé par le patient en salle de préanesthésie (avant induction anesthésique) (HAS check-list bloc opératoire)(réf 2)</i>	OUI (genou droit,) mais transfert de la patiente dans un bloc opératoire réservé aux interventions ... sur le site opposé (genou gauche).	
<i>Vérification du site à opérer en salle d'intervention:</i>	NON	Majeure
<i>Présence du dossier de la patiente - notamment des documents établissant le site à opérer- dans la salle d'intervention (références 1 et 2)</i>	NON	Important
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Avant incision, vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe,</i>	NON	Majeure
<i>Constat chirurgical per opératoire de l'erreur de site par le constat de l'absence de pathologie</i>	OUI, mais l'équipe n'a pas montré le bon dossier au chirurgien pour prendre sa décision	Important
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Information rapide de la patiente et prise en charge responsable</i>	OUI	

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>Utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire (référence 2) Nettoyage du bloc opératoire non conforme, a priori, aux normes de désinfection (présence du dossier de l'opérée précédente)</i>	1) Sans objet : mise en service de la check-list(2011) postérieure aux faits 2) Sans rapport avec le dommage survenu
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Absence de protocole concernant le marquage du site à opérer par le chirurgien en accord avec le patient Organisation du bloc opératoire comportant 2 salles, l'une réservée aux interventions sur le genou droit et l'autre à celles sur le genou gauche</i>	IMPORTANT IMPORTANT
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Organisation à risque du programme opératoire pour augmenter le volume (salles spécialisées genou droit, et salle genou gauche, chirurgien sur deux salles, pas présents aux installations) Série d'incidents contextuels désorganisant les habitudes de sécurité du service et brisant les barrières (malaise patient, mauvais dossier montré au chirurgien,...)</i>	IMPORTANT MAJEUR
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Checklist chirurgicale inopérante. Faiblesse collective de contrôle du site à opérer (Qui ? Comment ?) lors de l'installation sur la table d'intervention, lors de la préparation cutanée et lors du champage Avant l'incision, absence de vérification « ultime » et croisée du site à opérer En salle de préanesthésie, la patiente avait indiqué le site à opérer (genou droit). Elle a été transférée dans la salle des sites à opérer à gauche où elle a été endormie par la même équipe anesthésique qui a laissé l'infirmier du bloc opératoire et l'instrumentiste préparer l'installation pour le genou gauche</i>	MAJEUR MAJEUR
Individus (compétences individuelles)	<i>Défaillance du collectif qui pourrait cacher des défaillances plus individuelles</i>	
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Organisation du programme opératoire à risque pour dégager du volume</i>	IMPORTANT
Patients (comportements, gravité)	<i>Bon côté indiqué par la patiente, mais pas écouté</i>	

Références

- 1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211692/>
- 2) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/checklist_secu_bloc_v2011_01.pdf