

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
<ul style="list-style-type: none"> - Comptage des compresses données à l'instrumentiste par l'IBODE ou l'infirmière de salle d'opération - Comptage par l'instrumentiste des compresses reçues de l'IBODE ou de l'infirmière de salle d'opération 	Pas de données sur le protocole suivi	?
<ul style="list-style-type: none"> - Au cours de l'intervention ,signalement à haute voix par le chirurgien de toute compresse roulée laissée temporairement dans le champ opératoire 	NON	Importante
<ul style="list-style-type: none"> - En fin d'intervention, expression du décompte final en termes quantitatifs (20 compresses données et reçues ; 20 compresses récupérées) et non en termes qualitatifs (compte «exact») 	NON	?
<ul style="list-style-type: none"> - Techniques opératoires particulières : ex: non-utilisation de compresses libres en cas d'ouverture d'une cavité (péritonéale, thoracique...) et/ou dans certaines situations (hémorragie peropératoire importante, ...) - utilisation de compresses sous forme de tampons au bout de grandes pinces et/ou de grands champs intestinaux de 40X40cm dont la queue est maintenue systématiquement en dehors de l'abdomen... 	NON	?
BARRIERES DE RECUPERATION		
Utilisation de compresses radio-opaques	OUI	
<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie centrée sur le site opératoire avant la sortie du bloc opératoire - Soit systématiquement en cas d'ouverture d'une cavité viscérale, - Soit en cas de situation à risque (intervention en urgence, hémorragie en cours d'intervention, sujet obèse.), - A fortiori en cas de problèmes de compte de compresses en fin d'intervention 	NON, L'utilisation de la radioscopie est moins discriminante dans cette recherche	Majeure
BARRIERE D'ATTENUATION		
<ul style="list-style-type: none"> - Evoquer systématiquement l'oubli d'un corps étranger devant toute symptomatologie postopératoire – notamment occlusive- qui ne fait pas sa preuve 	- NON	Important
Pour rechercher le mécanisme d'une occlusion postopératoire, prescrire un examen TDM abdomino-pelvien (référence 1)	- NON Prescription de radiographies d'ASP dont seule la seconde a permis le diagnostic de "textilome"	Retard de 24 h de la ré-intervention
Ré-intervention d'urgence pour retirer la compresse oubliée	- OUI, mais tardive (J4)	Décès à J9

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.

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	NON	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>A priori, absence de protocole concernant les modalités de l'utilisation peropératoire de compresses (mode de distribution, mode de récupération après usage, méthode de dépistage en cas de suspicion d'oubli peropératoire)</i>	Majeure
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	NON	
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>A priori, problème de communication : compte de compresses considéré d'abord comme "inexact", puis comme «exact»</i>	Importante
Individus (compétences individuelles)	<i>Méthode de diagnostic inadaptée au diagnostic d'un syndrome occlusif post-opératoire (référence1)</i>	Majeure
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	NON	
Patients (comportements, gravité)	<i>- Patient obèse - Intervention pratiquée en urgence, dans un contexte hémorragique</i>	Importante