

Tableau d'analyse approfondie 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	
Arrêt préopératoire du Kardégic® (aspirine) Conforme aux recommandations de bonnes pratiques (Voir Commentaire 1)	OUI	
Diagnostic de la complication apparue au réveil du patient Orienté en fonction de ses antécédents	NON Alors que la survenue de troubles visuels chez un patient traité par Kardégic® pour un AIT(cécité très brève) et dont le traitement avait été arrêté 3 jours auparavant, devait évoquer , en premier lieu un AVC (Voir Commentaire 2)	MAJEURE
Rapidité de la prise en charge de la complication apparue au réveil du patient Conforme à l'urgence de la situation (Voir Commentaire 2)	NON Transfert du patient en consultation OPH plus de 6 heures après la survenue de la complication	MAJEURE
Prise en charge adaptée à la situation	NON Dès le réveil du patient : <ul style="list-style-type: none"> • Un médecin du service des urgences neurovasculaires devait être appelé • Une IRM cérébrale devait être réalisée en urgence (limite extrême 4h30 après la survenue de la complication) • Kardégic® ne devait pas être repris avant les résultats de l'IRM cérébrale (Voir Commentaire 2) 	MAJEURE
BARRIERES DE RECUPERATION		
Appel du médecin OPH de garde auprès du patient dès la constatation des troubles visuels dont il se plaignait	NON Le médecin OPH a fait le diagnostic d'AVC lorsque le patient lui a été adressé, mais plus 6 h après la survenue de la complication	MAJEURE +++
BARRIERE D'ATTENUATION		
	Absence de barrière d'atténuation en raison du délai de prise en charge de la complication	Séquelles d'un double AVC

Tableau d'analyse détaillée des 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)	NON	
Organisation (Personnels et matériels, protocole)	<i>A priori</i> absence de diffusion au sein du bloc opératoire des recommandations de la HAS concernant l'« Alerte AVC » (Voir Commentaire 2)	MAJEURE
Environnement de travail (Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)		
Équipe (Communication, supervision, formation)	<i>A priori</i> , absence de communication entre le chirurgien et les anesthésistes-réanimateurs sur les diagnostics à évoquer devant les troubles visuels au réveil du patient et le degré d'urgence de leur prise en charge	MAJEURE
Individus (Compétences individuelles)	Equipe chirurgicale (chirurgien, anesthésistes-réanimateurs) : <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance ou non-application des recommandations de la HAS concernant l'« Alerte AVC» • Méconnaissance de l'urgence d'appel de l'ophtalmologiste de garde auprès du patient dès son réveil ce qui aurait permis de faire le diagnostic d'AVC dans les délais optimaux 	MAJEURE MAJEURE +++
Tâches à effectuer (Disponibilité et compétence)	?	
Patients (Comportements, gravité)	OUI Complication d'autant plus grave qu'en cas d'AVC ischémique la thrombolyse ne peut être faite plus de 4h30 après l'apparition des symptômes. (Voir Commentaire2)	Importante