

Cas chirurgie - Juin 2015

Oubli d'un champ opératoire... pas vu malgré de nombreuses opportunités

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
-Comptage des champs (et des compresses) donnés à l'instrumentiste par l'IBODE -Comptage par l'instrumentiste des champs (et des compresses) reçus de l'IBODE	A priori, OUI	
-Le comptage doit être minutieux, champ par champ, en les séparant les uns des autres (le nombre de champs indiqué sur l'emballage doit être systématiquement vérifié car il peut y avoir des erreurs dans le paquet délivré par le fournisseur) (référence 1)	Lors de l'expertise, le chirurgien disait : « avoir compté le nombre de champs et de compresses par paquet »	
-En fin d'intervention, expression du décompte final en termes quantitatifs (10 champs donnés et reçus ; 10 champs récupérés)	NON, Expression en termes qualitatifs (compte « identique » et donc « exact »)	Important
«Lorsque plusieurs IBODE se succèdent au cours d'une intervention chirurgicale, la transmission doit être sans faille et les procédures de recueil et de comptage identiques » (référence 1)	Changement d'IBODE en peropératoire	Important
BARRIERES DE RECUPERATION		
Utilisation de compresses radio-opaque	OUI	
-Radiographie 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, changement de stratégie opératoire en cours d'intervention, sujet obèse,...) ou seulement en cas de problèmes de compte de compresses en fin d'intervention (référence 2)	NON, mais -absence de situation à risque - mesure systématique non recommandée en France	
Contact direct (téléphonique ou de visu) pris par le radiologue avec le chirurgien en cas de corps étranger radio-opaque intra-abdominal, dès sa découverte et avant même l'envoi du compte-rendu radiologique	NON	Majeure
BARRIERE D'ATTENUATION		
Réintervention pour ablation du corps étranger intra-abdominal	OUI	mais 4 mois après la première intervention, entraînant un second arrêt des activités du patient

Références

- 1) <https://www.macsf.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/l-erreur-medicale-professionnel-sante/oubli-de-compresse-responsabilites.html>

CLOTTEAU J-E, BARANGER D. Oubli de compresse : à qui la faute ? Responsabilité Juin 2011, Vol 11, Numéro 42 : 17-9

- 2) <http://content.nejm.org/cgi/content/full/348/3/229>

GAWANDE A.A et al. Risk factors for retained instruments and sponge after surgery. New Engl J Med 2003 ; 348 : 229-35

- 3) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_896108/check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire-et-certification-des-etablissements-de-sante

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)	<i>Utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire (référence 3)</i>	<i>Sans objet mise en service de la check-list(2011) postérieure aux faits</i>
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<p><i>En per-opératoire</i></p> <p>1)- existence au bloc opératoire d'un protocole concernant les modalités précises (référence 1) du comptage des champs (et des compresses)</p> <p>-si oui, utilisation de ce protocole par tous les personnels concernés</p> <p>2)- définition de la répartition des tâches entre l'IBODE et l'instrumentiste, dans ce protocole</p> <p>3)- absence de changement d'IBODE en cours d'intervention</p> <p><i>En postopératoire</i></p> <p>- Les comptes-rendus des examens radiologiques doivent être délivrés en même temps que les clichés</p>	<p>?</p> <p>?</p> <p>Important</p> <p>?</p>
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Voir paragraphe précédent</i>	

Equipe (communication, supervision, formation)	<p><i>- En per-opérateur,</i> <i>.absence d'information sur la transmission des consignes lors du changement d'IBODE (même protocole utilisé ?)</i></p> <p><i>-Post-opérateur,</i> <i>.communication « non sécurisée » du radiologue vers le chirurgien après la découverte d'une anomalie radiologique nécessitant une réintervention rapide</i> <i>Vulnérabilité dans les pratiques du chirurgien pour ne pas avoir pris connaissance du compte-rendu du radiologue, même s'il n'était pas, initialement joint au cliché</i></p>	<p>?</p> <p>MAJEURE</p>
Individus (compétences individuelles)	<p><u>Chirurgien</u> <i>-Absence de reconnaissance d'une anomalie évidente (corps étranger métallique) lors de la lecture du cliché d'ASP qu'il avait demandé</i> <u>IBODE</u> <i>-motif du départ de la clinique d'une des IBODE concernées par les faits</i></p>	<p>Majeure</p> <p>?</p>
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<p><i>Voir paragraphe « Organisation »</i></p>	
Patients (comportements, gravité)	<p>NON</p>	