

"Retard diagnostique d'une épidurite staphylococcique multifocale aboutissant à une tétraplégie"

par le Dr Christian SICOT

Tableau d'analyse 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
Démarche diagnostique du médecin urgentiste conforme à l'article 33 du Code de déontologie médicale (réf.1)	NON <ul style="list-style-type: none">• Absence de prise en compte de la sensation de « chaud » ressentie par le patient• Examen physique ?• Température non prise• Absence d'examens complémentaires (NFS, VS, CRP,...)	MAJEURE
Eliminer tout processus infectieux avant de prescrire un AINS (réf.2)	NON <ul style="list-style-type: none">• Prescription de Biprofénid® qui a pu jouer un rôle dans la gravité du processus septique	?
BARRIERES DE RECUPERATION		
Hospitalisation du patient après son retour aux urgences du centre hospitalier (soit dans la soirée du jeudi 24 janvier)	NON	MAJEURE
BARRIERES D'ATTENUATION		
Hospitalisation du patient à la suite de la lettre du médecin traitant	OUI Mais, une semaine après le début des symptômes, avec un retard supplémentaire de 24 h pour débiter une antibiothérapie efficace	Tétraplégie 24 h après le début de l'antibiothérapie

(réf.1) Code de déontologie médicale – article 33

« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. »

(réf.2) ANSM Point d'information actualisé le 20/05/2020

Anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complication infectieuses graves.

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 matériel, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contrôle, chaque matin, par le médecin responsable des urgences, des dossiers des patients y ayant consulté la veille et, notamment, de ceux qui n'ont pas été hospitalisés • Absence de protocole concernant la prise des constantes des patients consultant aux urgences (température, PA, fréquence cardiaque...) • Absence de réalisation de la prescription d'imagerie 	MAJEURE
Environnement du travail (Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Surcharge du médecin traitant, indisponibilité, pas de visite à domicile ?	IMPORTANTE
Equipe (Communication, supervision, formation)	<ul style="list-style-type: none"> • Voir paragraphe « Organisation » • Problème de communication avec le médecin traitant, discordance entre les informations données et reçues • Sous-évaluation de la gravité par banalisation des propos du patient et de sa compagne 	
Individus (Compétences individuelles)	<p>Médecin urgentiste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démarche diagnostique non conforme aux recommandations (voir Barrières de prévention ci-dessus) • Non remise en cause du diagnostic lors de la deuxième venue du patient aux urgences malgré l'aggravation des symptômes et sans nouvel examen du patient 	MAJEURE
Tâches à effectuer (Disponibilité et compétence)	<p>Médecin traitant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repousse sans cesse les rendez-vous malgré l'aggravation des symptômes du patient 	IMPORTANTE
Patient (Comportements, gravité)	Pathologie rare et d'évolution rapide vers la gravité en l'absence d'une prise en charge adaptée	