

"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)	<b>NON</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Absence de prise en compte de la sensation de « chaud » ressentie par le patient</li><li>• Examen physique ?</li><li>• Température non prise</li><li>• Absence d'examens complémentaires (NFS, VS, CRP,...)</li></ul>	<b>MAJEURE</b>
Eliminer tout processus infectieux avant de prescrire un AINS (réf.2)	<b>NON</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prescription de Biprofénid® qui a pu jouer un rôle dans la gravité du processus septique</li></ul>	?
BARRIERES DE RECUPERATION		
Hospitalisation du patient après son retour aux urgences du centre hospitalier (soit dans la soirée du jeudi 24 janvier)	<b>NON</b>	<b>MAJEURE</b>
BARRIERES D'ATTENUATION		
Hospitalisation du patient à la suite de la lettre du médecin traitant	<b>OUI</b> 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
<b>Institutionnel</b> (Contexte économique réglementaire)	NON	
<b>Organisation</b> (Personnels et matériel, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Absence de protocole concernant la prise des constantes des patients consultant aux urgences (température, PA, fréquence cardiaque...)</li> <li>• Absence de réalisation de la prescription d'imagerie</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>
<b>Environnement du travail</b> (Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Surcharge du médecin traitant, indisponibilité, pas de visite à domicile ?	IMPORTANTE
<b>Equipe</b> (Communication, supervision, formation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir paragraphe « Organisation »</li> <li>• Problème de communication avec le médecin traitant, discordance entre les informations données et reçues</li> <li>• Sous-évaluation de la gravité par banalisation des propos du patient et de sa compagne</li> </ul>	
<b>Individus</b> (Compétences individuelles)	<p><b>Médecin urgentiste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarche diagnostique non conforme aux recommandations (voir Barrières de prévention ci-dessus)</li> <li>• 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</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>
<b>Tâches à effectuer</b> (Disponibilité et compétence)	<p><b>Médecin traitant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repousse sans cesse les rendez-vous malgré l'aggravation des symptômes du patient</li> </ul>	IMPORTANTE
<b>Patient</b> (Comportements, gravité)	Pathologie rare et d'évolution rapide vers la gravité en l'absence d'une prise en charge adaptée	