

# Occlusion intestinale aiguë récusée par les médecins... mais confirmée grâce à une initiative du patient

par le Dr Christian SICOT - Président d'honneur de la Prévention Médicale – Ancien chef de service de Réanimation et de Médecine d'Urgences



## 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.*

Barrières de prévention	Réalisée ou non dans le cas d'espèce	Contribution relative à l'EI
En cas de douleurs abdominales récidivantes, hypothèses diagnostiques intégrant la possibilité d'une pathologie chirurgicale	<b>A priori, NON</b>	<b>MAJEURE</b>
Diagnostic retenu (ulcère gastrique de stress) prenant en compte l'ensemble du contexte clinique	<b>NON</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Douleur abdominale diffuse non systématisée</li><li>• Douleur permanente, d'aggravation progressive, non calmée par le traitement anti-ulcéreux</li><li>• Vomissement empêchant toute alimentation et rendant difficile l'hydratation (« biberon »)</li><li>• Antécédent de chirurgie abdominale</li></ul>	<b>MAJEURE</b>
Possibilité d'une pathologie chirurgicale éliminée avec certitude	<b>NON</b> Cette hypothèse a été éliminée, uniquement sur l'examen de l'abdomen (souple, dépressible, indolore)	<b>MAJEURE</b>
Demande d'un avis chirurgical avant d'autoriser la sortie du patient	<b>NON</b>	<b>MAJEURE</b>
Consignes de suivi données au patient, en cas de douleurs persistantes ou s'aggravant. Adaptées à la situation	<b>NON</b> Conseil de recontacter son médecin traitant au lieu de revenir aux Urgences du CHU pour réaliser un scanner abdominal <i>Voir commentaires</i>	<b>MAJEURE+++</b>
Barrière de récupération	Réalisée ou non dans le cas d'espèce	Contribution relative à l'EI
Réalisation d'un <b>scanner abdominal</b>	<b>OUI</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mais seulement au 6<sup>e</sup> jour après le début des symptômes</li><li>• Sur une initiative du patient lui ayant permis d'obtenir, grâce à un ami, la réalisation d'un scanner abdominal, dans une clinique</li></ul>	<b>MAJEURE+++</b>

Barrière d'atténuation	Réalisée ou non dans le cas d'espèce	Contribution relative à l'EI
Reprise en charge thérapeutique adaptée du contexte clinique du patient	<b>OUI</b> Mais seulement au 6 <sup>e</sup> jour après le début des symptômes	<b>Séquelles psychologiques</b>

## 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	Sans objet	Sans objet
<b>Organisation</b> Personnels et matériels, protocole	Absence (ou non-respect) d'un protocole concernant la prise en charge d'un syndrome abdominal aigu : <ul style="list-style-type: none"> <li>Appel d'un chirurgien</li> <li>Scanner abdominal (ou échographie abdomino-pelvienne en cas de suspicion d'une appendicite aiguë ou d'une grossesse extra-utérine)</li> </ul>	<b>MAJEURE</b>
<b>Environnement de travail</b> Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements	?	?
<b>Équipe</b> Communication, supervision, formation	Voir plus haut	<b>MAJEURE</b>
<b>Individus</b> Compétences individuelles	<b>Médecin senior, interne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Défaut de prise en charge d'un syndrome abdominal aigu</li> <li>Consignes de suivi données au patient inadaptées à une prise en charge rapide en cas de persistance ou d'aggravation du contexte clinique</li> </ul> <i>Voir commentaires</i>	<b>MAJEURE+++</b>
<b>Tâches à effectuer</b> Disponibilité et compétence	?	?
<b>Patient</b> (comportement) <b>Pathologie</b> (gravité)	Aurait dû revenir aux urgences du CHU où il avait déjà été pris en charge (et non se présenter dans un autre établissement hospitalier)	<b>IMPORTANTE</b>