

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

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	OUI Mais seulement au 6 ^e jour après le début des symptômes	Séquelles psychologiques

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	Sans objet	Sans objet
Organisation 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"> Appel d'un chirurgien Scanner abdominal (ou échographie abdomino-pelvienne en cas de suspicion d'une appendicite aiguë ou d'une grossesse extra-utérine) 	MAJEURE
Environnement de travail Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements	?	?
Équipe Communication, supervision, formation	Voir plus haut	MAJEURE
Individus Compétences individuelles	Médecin senior, interne <ul style="list-style-type: none"> Défaut de prise en charge d'un syndrome abdominal aigu Consignes de suivi données au patient inadaptées à une prise en charge rapide en cas de persistance ou d'aggravation du contexte clinique <i>Voir commentaires</i>	MAJEURE+++
Tâches à effectuer Disponibilité et compétence	?	?
Patient (comportement) Pathologie (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)	IMPORTANTE