

Cas clinique médical - Septembre 2014

Décès par état de mal convulsif. Gestion mal maîtrisée d'une urgence médicale par le médecin de garde et le régulateur du SAMU.

Analyse approfondie

Analyse des barrières

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
<i>Diagnostic de l'urgence médicale motivant l'appel</i>	<i>OUI crise d'épilepsie, diagnostic évident compte-tenu des antécédents du patient et des informations fournies par les témoins du « malaise »</i>	-
<i>Avant le départ, vérification de la présence dans le véhicule personnel, du (ou des) médicament(s) adapté(s) au traitement de l'affection motivant l'appel (anticonvulsivant...) (réf 1 et 2)</i>	NON	MAJEURE
<i>Délai d'arrivée sur les lieux compatible avec la distance à parcourir</i>	OUI	-
<i>Prise en charge non spécifique de l'urgence (mise en position latérale de sécurité, maintien de la liberté des voies aériennes supérieures, ..)</i>	OUI	-
<i>Administration du médicament adapté au traitement de l'urgence (anticonvulsivant) dans les meilleurs délais, si possible dans les 30 minutes après le début des convulsions (références 1 et 2),</i>	NON, Absence d'anticonvulsivant dans le véhicule du médecin et dans le VSAB envoyé par le SAMU	MAJEURE
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>- Transfert du patient accompagné du médecin de garde par le VSAB envoyé par le SAMU, dès la constatation de l'absence de médicament adapté, vers un établissement de santé disposant d'un service d'urgence afin d'y recevoir le traitement anticonvulsivant</i>	NON	MAJEURE
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Prise en charge par une équipe médicale d'urgence (SMUR) pour administration d'un anticonvulsivant</i>	<i>OUI, mais à 14 h50, soit plus de 2 heures après le début de convulsions (12 h 30). Arrêt des convulsions après l'administration de Valium® mais lésions cérébrales irréversibles, compte-tenu de la durée de l'état de mal convulsif (références 1 et 2)</i>	

REFERENCES

1)

<http://www.srlf.org/mediatheque/conferencerecommandations/neurologique-sedation-toxicologie/prise-en-charge-des-etats-de-mal-epileptiques-de-l-adulte-et-de-l-enfant.r.phtml>

2)

http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06_33/ca06_33.htm

Analyse avec le protocole TEMPO des causes profondes

La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents, accessible sur le site Prévention Médicale.

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défaut de compétence technique (Compétence médicale pure)	<i>A priori, NON .Le médecin de garde connaissait -le traitement médicamenteux à administrer (anticonvulsivant) et, était conscient de la nécessité d'une hospitalisation par une équipe médicale d'urgence, comme en témoigne son appel au SAMU</i>	
Défauts de compétences non techniques (Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)	<i>-Absence de vérification, par le médecin de garde, avant son départ du cabinet, qu'il disposait, du médicament adapté au traitement de l'urgence qu'il avait diagnostiquée -Tergiversations du médecin de garde retardant l'hospitalisation du patient (ex : transfert à son cabinet) Mais, en grande partie, favorisée par la carence du régulateur du SAMU dans la gestion de la situation</i>	MAJEURE
ANALYSE DETAILLEE METHODE DES TEMPOS		
Détail des défauts de compétences non techniques	La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale.	
Tempo de la maladie (éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)	<i>Urgence de diagnostic évident mais susceptible d'entraîner des lésions cérébrales irréversibles, si le protocole recommandé (injection IV d'un anticonvulsivant suivie d'une hospitalisation systématique) est tardivement appliqué (dans l'idéal, moins de 30 minutes après le début des convulsions</i>	Majeure
Tempo du patient (éléments liés aux décisions du patient)	<i>NON</i>	

<p>Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)</p>	<p><i>Une seule trousse médicale d'urgence disponible au cabinet. Un concours malheureux de circonstances a fait que le médecin remplaçant, de garde le dimanche jusqu'à 12 h, était encore auprès d'un malade à 12 h 30 et n'avait pu rendre sa trousse au médecin remplacé lorsqu'il a été appelé pour prendre en charge le malade en état de mal convulsif</i></p>	<p>Importante</p>
<p>Tempo du système médical (éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)</p>	<p>- Carence du médecin régulateur du SAMU (anesthésiste-réanimateur) qui a laissé l'intégralité de la gestion de la prise en charge du patient au médecin de garde alors que sa mission est de : -déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels -s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient... et faire préparer son accueil. » (article 3 du décret du 16 décembre 1987)</p>	<p>Majeure</p>