

Cas clinique médical – Mai 2014

**Diagnostic d'appendicite aiguë fait par généraliste et confirmé par urgentiste.
Décès par méningite. Qui est responsable ?**

Analyse approfondie

Analyse des barrières

| BARRIERES DE PREVENTION | <i>Barrière prise en compte</i> | <i>Contribution relative</i> |
|--|---|------------------------------|
| <i>Diagnostic retenu prenant en compte la totalité des symptômes du patient</i> | NON, 1) Les céphalées, les douleurs diffuses, l'agitation ne font pas partie de la symptomatologie d'une appendicite aiguë 2) les céphalées sont le seul signe constant des méningites aiguës (référence 1) | Majeure |
| <i>Examen clinique complet</i> | NON absence de recherche de signes méningés et neurologiques Mais la raideur de la nuque, maître-symptôme des méningites aiguës peut être discrète, voire absente (référence 1) | Important |
| <i>Hospitalisation justifiée</i> | OUI | |
| BARRIERES DE RECUPERATION | | |
| <i>Confirmation indispensable de tout diagnostic d'une affection chirurgicale par un chirurgien senior</i> | NON | Majeure |
| <i>En cas de transfert d'urgence d'un établissement hospitalier vers un autre, Contrôle systématique de l'état du patient (interrogatoire, examen clinique, constantes vitales) avant son installation dans le véhicule de transport</i> | NON, Or, il est peu vraisemblable que les signes évidents de méningite aiguë constatés à l'arrivée à la clinique soient apparus pendant les 25 minutes du transport | Majeure |
| BARRIERE D'ATTENUATION | | |
| <i>En cas de méningite présumée bactérienne Antibiothérapie à instaurer idéalement dans l'heure qui suit l'arrivée à l'hôpital et, au plus tard dans les 3 heures (référence 2)</i> | OUI, dans les 2 heures suivant le diagnostic de méningite Mais, 5 heures après l'admission initiale | ? |

Pour aller plus loin

Ref 1 : http://www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca96/html/ca96_041/96_41.htm

Ref 2 :

<http://www.sfm.org/documents/consensus/2008-Meningites-court.pdf>

| Nature de la cause | Faits en faveur de cette analyse | Contribution relative |
|--|--|---|
| Défaut de compétence technique (Compétence médicale pure) | <i>Probable masquage cognitif (connaissance possédée mais non activée compte tenu du contexte trompeur)</i> | Modéré |
| Défauts de compétences non techniques (Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux) | <i>Diagnostic fait par téléphone lors de l'appel de la mère de la patiente (sans contact avec cette dernière) Un seul diagnostic envisagé non remis en cause lors de l'examen ultérieur de la patiente</i> | Majeure |
| ANALYSE DETAILLEE | | |
| 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>Méningite bactérienne avec symptômes inhabituels (douleurs abdominales localisées) et évolution gravissime (40 % de mortalité en cas de méningococcémie dans les 48 h au lieu de moins de 10 % en l'absence de septicémie) (New Engl J Med : 2001 ; 344 :1378-88)</i> | <i>Importante</i> |
| Tempo du système médical (éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé) | <i>Diagnostic fait par téléphone lors de l'appel de la mère de la patiente (sans contact avec cette dernière) Effet de masquage un seul diagnostic envisagé non remis en question lors de l'examen ultérieur de la patiente</i> | <i>Importante mais l'erreur de diagnostic aurait dû être corrigée à l'hôpital</i> |
| Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet) | <i>A priori, NON</i> | |
| Tempo du patient (éléments liés aux décisions du patient) | <i>NON</i> | |

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 matériels, protocole) | <i>Absence (ou non-respect) du protocole imposant que tout diagnostic d'une urgence chirurgicale soit confirmé par un chirurgien senior</i> | <i>Importante</i> |
| Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements) | ? | |
| Equipe (communication, supervision, formation) | <i>Absence de demande de l'urgentiste au chirurgien senior de garde de venir confirmer (ou non) le diagnostic d'urgence chirurgicale</i> | Majeure |
| Individus (compétences individuelles) | <i>Urgentiste -non-remise en cause du diagnostic du généraliste -examen clinique incomplet</i> | <i>Importante</i> |
| Tâches à effectuer (disponibilité et compétence) | <i>Urgentiste -absence de surveillance de la patiente avant son transfert et surtout au moment de son départ pour la clinique</i> | Majeure |
| Patients (comportements, gravité) | <i>Evolution suraiguë (décès en moins de 48 h)</i> | <i>Importante</i> |