

Cas clinique médical – Octobre 2012

Défaut de prise en charge d'une douleur thoracique persistante Analyse approfondie

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
<i>En cas de consultation d'urgence motivée par la survenue brutale d'une douleur thoracique, envisager en priorité les causes mettant en danger la vie du patient et imposant une hospitalisation d'urgence (coronarite aigues, embolie pulmonaire, dissection aortique, pneumothorax étendu et/ou sous tension, péricardite avec tamponnade ou myocardite) (réf 1), et ce d'autant plus qu'il existe des facteurs de risques</i>	NON Aucun des 4 médecins consultés (les 3 généralistes, le régulateur du SAMU) ne l'a fait Présence de 2 facteurs de risque cardio-vasculaire (homme de 49 ans, tabagisme)	Majeure
BARRIERE DE RECUPERATION		
<i>En cas de persistance de la douleur, appel d'un autre médecin</i>	OUI mais aucun des 3 médecins appelés n'a remis en cause le diagnostic du premier médecin consulté	Mineure
<i>En cas de persistance de la douleur, Hospitalisation à l'initiative du patient ou de ses proches</i>	NON	Importante
BARRIERE D'ATTENUATION		
ABSENCE	Mort subite	

ANALYSE DETAILLEE

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défaut de compétence technique (Compétence médicale pure)	Arbre de décision de prise en charge d'une douleur thoracique, apparemment ignoré (causes « urgentes », facteurs de risque cardio-vasculaire, ...)	Majeure
Défauts de compétences non techniques (Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)	Patient 'spécial', faussement rassurant parce que connu et sportif Modes de consultations informels Coordination inter médecins nulle	Majeure

ANALYSE DETAILLEE		
Détail des défauts de compétences non techniques	La procédure d'analyse en temps 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>Affection rare (moins de 1% des douleurs thoraciques vues aux urgences hospitalières et environ 1% des douleurs thoracique « urgentes ») (ref1) Evolution spontanée mortelle habituellement en moins de 6 heures (dans le cas particulier, environ 24 heures)</i>	Importante
Tempo du patient (éléments liés aux décisions du patient)	<i>Modes de consultations non standards (...en plus, ...sur un mode amical informel, biais de relations entre amitié et professionnel) Recours successifs à 4 médecins différents pour le même problème sans tenter d'établir de communication entre eux Recours hospitalier direct tardif (mais réassurance médicale)</i>	Importante
Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)	<i>Prise en charge d'une « urgence » lors d'une matinée « banale » de consultations, sans la lire comme telle</i>	Majeure
Tempo du système médical (éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec)	<i>Absence de prise en compte par les 3 derniers médecins consultés (et notamment le régulateur du SAMU) de l'évolution de la situation pour le diriger vers une structure hospitalière</i>	Majeure