

Cas clinique chirurgie – Septembre 2018

Décès dans un tableau de péritonite biliaire Cholécystite aiguë diagnostiquée avec 48 h de retard. Intervention différée de 24 h

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
<i>Démarche diagnostique adaptée aux symptômes lors de la première consultation aux urgences</i>	- NON Absence de pratique d'un scanner abdomino-pelvien devant un syndrome abdominal aigu (référence 1)	Importante
<i>Prise en charge conforme aux recommandations après le diagnostic posé</i>	-NON Le diagnostic de cholécystite aiguë imposait une intervention d'urgence, compte-tenu de l'état du patient	MAJEURE
<i>Technique opératoire conforme aux recommandations</i>	-a priori, OUI	
<i>Organisation des suites opératoires adaptée à la situation du patient</i>	-NON - La constatation per-opératoire d'une péritonite évoluant depuis plusieurs heures imposait le transfert dans un service de réanimation avec surveillance médicale permanente en raison des risques de choc septique	MAJEURE
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Le dimanche 14 septembre, dans l'après-midi, après refus du chirurgien d'intervenir en urgence,</i>	NON	MAJEURE
<i>Transfert du patient dans un établissement disposant d'un chirurgien et d'un bloc opératoire de garde</i>	NON	
<i>par l'urgentiste de garde (si besoin, par l'intermédiaire du SAMU)</i>	NON	
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Le 14 septembre, à 23 h 45,</i>	NON	<i>Efficacité aléatoire compte-tenu de la gravité de l'état du patient</i>
<i>Transfert du patient dans un service de réanimation</i>	NON	
<i>Par le cardiologue de garde (si besoin, par l'intermédiaire du SAMU)</i>	NON	

Référence

1) Principales indications et « non indications de la radiographie de l'abdomen sans préparation HAS Janvier 2009. "la HAS considère que l'ASP n'a plus d'indication dans les douleurs abdominales"

ANALYSE DETAILLEE

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

Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	Voir Paragraphe "Organisation"	
Patients (comportements, gravité)	<i>-Patient d'origine étrangère parlant et comprenant mal le français -Co-morbidité aggravant le pronostic opératoire</i>	<i>Importante</i>

Commentaires

1)" (...) *Dans les cliniques ne possédant pas de service de réanimation mais une unité de surveillance continue, la permanence médicale des soins doit être assurée par un médecin ayant les qualifications, compétences ou expériences attestées par l'article D.712-108 du décret n° 2002-466 du 5 avril 2002. Il sera de préférence de garde sur place pour d'autres activités ou, à défaut, en astreinte opérationnelle (..)" (Recommandations SFAR SRLF).*

L'absence de déplacement immédiat de l'anesthésiste-réanimateur d'astreinte à domicile, lors de l'appel de l'infirmière le 16 septembre à 00 h 45 témoigne que la réglementation précédente n'a pas été appliquée

2)" (...) *Les prescriptions formulées par le médecin de vive voix ou par téléphone ne sont pas rares, mais elles sont prohibées par les textes. L'article R. 4311-7 CSP exige clairement, en dehors du cas particulier de l'urgence, une prescription **écrite, qualitative et quantitative, datée et signée.***

L'article R. 4312-42 du CSP rappelle que « l'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée ».

Outre le fait qu'elle interdit toute traçabilité, la prescription orale ne répond donc pas aux exigences réglementaires. (...)"

Source : [Quelle est la valeur d'une prescription médicale orale ?](#)

MACSF site macsf-exerciceprofessionnel.fr - FAQ 02/12/2016