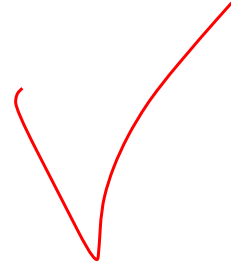


C'était une gastro entérite...de l'avis du SAMU et du généraliste (patient décédé)



Dans la nuit, ce patient âgé de 62 ans, récemment retraité qui séjourne chez sa fille, se plaint « de difficultés pour respirer, de douleurs dans la poitrine et de vomissements, d'après le mémoire qui sera ultérieurement rédigé » ou de « nausées et vomissements, douleur épigastrique et douleur au niveau du bras gauche » d'après la famille, tels que reporté dans le rapport d'expertise.

Il est traité pour une HTA (Physiotens®) et a une hypertriglycémie (sans précision); son tabagisme non sevré est estimé à 40 paquets/année (avec la consommation actuelle de 4 cigarettes par jour depuis sa retraite soit un an) et il est en surpoids (187 cm/87 Kg soit un IMC de 27,5).

- Médecin

Auteur : C. LETOUZEY / MAJ : 11/02/2016

Cas clinique

- **A 1h30 du matin, premier appel au SAMU**, un dimanche, par la fille qui déclare «qu'il s'est mis à vomir, qu'il a du mal à respirer et les deux bras bloqués et qu'il appelé SOS médecin».
- **Le permanencier, après l'appel de la fille, s'entretient avec elle (tel qu'enregistré):**
 - « c'est lui que j'entends derrière ? » : oui .
 - « Il a des problèmes de santé particuliers ? » : « il vous le dira mieux que moi parce qu'il ne veut jamais nous le dire » .
 - « Pouvez-vous me le passer ? ». La fille passe la communication au père en lui demandant d'« arrêter de faire le caïd et dire ses vrais symptômes ».
 - « vous avez du mal à respirer ? » : « non mais cela a gargouillé dans mon ventre depuis 22 h ce soir ».

- « vous avez juste des vomissements, (*question répétée*), c'est ça ? » « oui j'ai eu des vomissements puis j'ai... » »
 - « vous avez une douleur quelque part ? » « Cela m'empêche un peu....comme si.... comment pourrais-je l'expliquer, j'ai un peu envie de roter, voilà ». ».
 - « vous avez mal à la poitrine ? » : « un peu oui ».
 - « et vous n'êtes pas gêné pour respirer ? » : « non ça me gêne pas...non...là je respire ».
 - « Normalement ? Et vous avez des problèmes de santé particuliers ? »: « absolument pas, je n'ai jamais rien eu ».
 - D'accord, je vous passe le médecin au téléphone ». Il lui demande également des précisions sur son domicile actuel.
- **Le médecin du SAMU reprend l'appel.**
 - Le patient reprend : « je vous appelle...enfin c'est ma fille qui a appelé car j'ai des symptômes un peu bizarres dans mon ventre, ensuite une douleur au plexus que je situerais à peu près par là. Il y a une demie heure, je me suis levé, j'ai évacué par le bas et le haut, si vous voyez ce que je veux dire .. j'ai vomi. Là ça a l'air d'aller un petit peu mieux mais j'ai toujours cette douleur au niveau du plexus, si vous voulez ».
 - « c'était une douleur permanente depuis 22 h ? : « Ah non pas du tout ».
 - « elle était intermittente ? »: « Oui, ça vient, un coup, ça part, c'est tout à fait ça, ça me fait un peu mal au niveau ..comment vous expliquer...au niveau des articulations des bras ».
 - « oui d'accord »: « Là au moment où je vous parle, ça va un petit peu mieux car je viens de boire...ça me fait comme si j'avais énormément envie de roter...vous voyez ce que je veux dire, j'ai pris un verre de coca, ce n'est peut-être pas ce qu'il fallait faire de mieux... ».
 - « oh, ce n'est pas la fin du monde. Quand la douleur monte au niveau du plexus, ça monte aussi dans les bras, c'est ça ? »: « oui ».
 - « l'intensité monte aussi dans les bras ? : « oui ».
 - « C'est les bras, à droite et à gauche, ou bien seulement le bras ? » : « les deux ».
 - « vous n'avez pas de problème de santé ?? » : « Pas du tout, je n'ai rien eu, donc euh... »
 - « pas de traitement ? »: « Non pas de traitement, j'ai rien, si je prends du Physiotens ® pour la tension, ça compte beaucoup ? ».
 - « Ok, si si ...ça compte pour moi, c'est un traitement contre l'hypertension. » : « OK »
 - « vous êtes fumeur ? ... « oui.... ».
 - « Combien ? » : « 2 à 3 cigarettes par jour...peut être 4 car je suis chez ma fille....Et puis je vais vous dire, depuis que je suis chez ma fille, vendredi, j'ai bien vécu ».
 - « oui c'est peut-être pour cela que vous avez du mal à digérer. Les douleurs que vous décrivez n'évoquent pas un infarctus, là tout de suite (réponse : j'espère). Ce type de douleur là, je vous conseillerais d'aller voir votre médecin traitant pour

qu'il vous examine, palpe votre ventre qu'il décide si on fait une prise de sang ou un examen complémentaire »....(réponse : oui) . Mais bon, pour ce soir, je vous dirais de prendre plutôt un doliprane pour la douleur qui est au niveau des articulations.(Réponse : oui d'accord) . « Mais au niveau du plexus, il y a sans doute eu des petites bricoles qui dérèglent votre horloge interne, mais pas de choses qui mettent votre vie en danger... »(réponse : « je vous remercie beaucoup docteur »).

- **Vers 7h00 du matin, les symptômes persistent et la fille appelle le centre 15 qui transmet l'appel à SOS médecins.** Un médecin se déplace vers 8h00. Il reconnaît que la fille lui aurait d'emblée demandé de faire un ECG mais il a répondu qu'il souhaitait interroger et examiner son père auparavant. Il ne se rappelle pas qu'on lui ait parlé de douleurs dans la poitrine ou le bras. Le patient lui est apparu plutôt en bonne forme et monte un étage pour l'examen (normal en dehors d'un petit ballonnement). Le patient met en avant les symptômes digestifs. Le médecin n'a pas tenu de dossier... mais déclare que l'examen (uscultation, TA, température, pouls fémoraux...) ne décelait pas d'anomalie. Il diagnostique une gastro entérite en période d'épidémie. Il prescrit un traitement symptomatique (Spasfon®, Vogalène®, Smecta®).
- Nous ne savons pas comment se sont passées les heures suivantes mais le patient reste alité toute la journée.
- A 16h37, un appel de sa fille est resté sans réponse. Sa femme dira qu'elle l'avait appelé vers 17h00, il était bien et il dormait.
- Le patient est retrouvé chez lui inanimé, à 17h30, par la nourrice des enfants de sa fille, qui l'avait vu vivant une heure auparavant, à son arrivée.
- Il n'y a pas eu de tentative de réanimation par l'entourage (nourrice et voisin).
- La fille appelle le 15 et l'enregistrement de la communication est connu. Le SAMU a quelques difficultés, (quelques minutes), pour localiser l'adresse exacte, entre les appels de la fille hors du domicile et celui de la nourrice paniquée avec en arrière fond les commentaires du voisin qui dit : « il n'y a plus de circulation et de ventilation ». Les secours partent ; les pompiers arrivent sur les lieux ; Le SAMU parvient au domicile à 18h00: d'après le compte rendu du SAMU, le patient est en arrêt cardio respiratoire. Le massage cardiaque est inefficace, au scope il est en asystolie et il n'est pas délivré de choc électrique. Malgré la réanimation entreprise (adrénaline, intubation, perfusion), on ne constate pas de reprise de l'activité cardiaque et le patient est déclaré mort après une heure de réanimation.

La famille prend contact avec un médiateur de la République puis initie une demande de conciliation devant la CCI.

Analyse et jugement

Analyse

Télécharger l'exercice^[1]

Télécharger l'analyse des barrières de prévention (pdf - 136.58 Ko) ^[2]

Jugement

EXPERTISE CCI (2012)

L'expert est anesthésiste réanimateur. Il rédige son rapport d'abord de façon factuelle, avec son analyse des faits.

Lors de l'expertise, l'épouse et la fille ont déclaré qu'elles se sentaient coupables d'avoir trop fait confiance aux médecins. ..Elles s'expriment sur les difficultés rencontrées pour obtenir les éléments du dossier, notamment le dossier du SAMU. L'épouse regrette d'avoir obtenu des bandes d'enregistrement incomplètes. Elle indique que lors de la conversation avec le SAMU, elle aurait parlé au médecin auquel elle aurait dit que son mari avait un risque cardiovasculaire important. Son mari aurait alors repris la conversation et le médecin lui aurait demandé : « qu'est-ce qu'elle fait votre femme ? » ce à quoi son mari aurait répondu : « elle a 40 ans d'ANPE ». L'épouse dit qu'elle a très mal vécu cette réponse et le fait que le médecin se soit montré rassurant en conseillant à son mari de prendre du paracétamol et de consulter son médecin traitant, distant de plusieurs centaines de kilomètres. Elle se déclare choquée qu'on ait refusé la communication de ce dossier à son fils, en prétextant qu'il n'était pas un ayant droit. A plusieurs reprises, elle déclare qu'elle n'est pas dans une démarche guerrière mais bien dans la recherche des causes du décès. « Ce sentiment qu'il y avait quelque chose de caché s'est également retrouvé chez SOS médecins quand on lui a dit que la bande d'enregistrement avait été détruite » dit l'expert.

Sur le fond, la fille/ou l'épouse avait clairement exprimé au médecin régulateur qu' « il s'agissait d'une douleur thoracique. Les médecins l'ont rassurée en prétendant qu'il ne s'agissait que d'une gastro entérite alors que son instinct lui aurait recommandé de se rendre aux urgences.

Le médecin de SOS explique comment la fille est venue le chercher dans le jardin expliquant « vomissements, toux »; dans le contexte d'épidémie qui sévissait à ce moment, il a pensé à une gastro entérite. Il n'a pas fait d'ECG car il ne le fait pas systématiquement et au moindre doute transfère les patients aux urgences de l'hôpital le plus proche. Par prudence, avant son départ, il a recommandé de rappeler SOS ou le centre 15 en cas de douleurs ou de malaise. Il déclare qu'il est très sensibilisé aux urgences cardiovasculaires et hospitalise au moindre doute, via le centre 15, les douleurs thoraciques suspectes dans sa pratique quotidienne d'urgentiste.

Le médecin, défendant le SAMU, indique combien cette fonction de régulateur est difficile d'autant plus que le médecin peut être orienté par des signes extra cardiaques trompeurs.

Sur le plan de la responsabilité, l'expert résume : « ce patient présentait depuis plusieurs heures des nausées et vomissements , des douleurs au niveau du bras gauche. Après l'appel à 1h30, des vomissements et des diarrhées et une douleur au niveau du plexus., une douleur à la poitrine et dans les articulations des deux bras ».

Il fait la synthèse des hypothèses diagnostiques (en l'absence de cause certaine du décès , faute d'autopsie), en détaillant chacune de leur symptomatologie, les moyens diagnostiques et leur pronostic global.

- une ischémie mésentérique,
- une dissection aortique,
- un syndrome coronarien aigu,
- une gastro entérite.

« Bien que le recueil des signes diagnostiques ait été insuffisant, ...dans ces hypothèses, le diagnostic de gastro entérite ne pouvait être envisagé qu'après avoir éliminé les causes les plus graves ». Il cite en les détaillant certains chapitres des recommandations de bonnes pratiques du SAMU, du SFMU et leurs guides de procédures.

Puis il ajoute : « l'absence de dossier (*du médecin SOS*) et donc de traçabilité ne permet pas de conclure sur le respect d'une attitude diagnostique en conformité avec la bonne pratique : température ? ECG ?

En conclusion, l'analyse des documents communiqués montre un manquement aux bonnes pratiques, concernant le SAMU et le MG, notamment en terme d'interrogatoire et d'examen clinique.

Ce patient est décédé une vingtaines d'heures après le premier appel du SAMU ; aucune décision d'envoi de moyens médicalisés n'avait été prise. Comme le médecin régulateur du SAMU, le MG de SOS Médecins, a conclu à tort à une gastro entérite.

On peut supposer , avec une forte probabilité, que la cause du décès est en lien avec les facteurs de risques cardiovasculaires ; Il pouvait s'agir d'une ischémie mésentérique, d'une dissection aortique, d'un IDM ; En aucun cas il ne pouvait s'agir d'une gastroentérite.

En réponse à la mission, il évoque une perte de chance de survie liée à ce retard diagnostique qui oscille entre 10/15 % (syndrome coronarien) et 40 à 60 % (dissection).

Le dommage résulte la sous-estimation de la gravité (SAMU) et d'une erreur de diagnostic (MG) mais nul ne peut scientifiquement affirmer que le pronostic aurait été différent en cas d'envoi d'un véhicule médicalisé ou d'une décision d'hospitalisation .

AVIS DE LA COMMISSION

La Commission estime que le comportement du SAMU n'a pas été conforme aux règles de l'art et qu'il en va de même pour le médecin de SOS qui a commis une erreur, qualifiée de négligence fautive, **faute pour lui de ne pas s'être donné les moyens d'éliminer les hypothèses diagnostiques les plus graves.**

Dès lors que l'expert reconnaît qu'il n'est pas scientifiquement possible d'affirmer que le pronostic aurait été différent avec une autre prise en charge et que la cause du décès n'est pas connue, il est retenu une perte de chance de survie de 60 % , opposable au SAMU (pour 60 %) et au médecin de SOS (pour 40 %).

Le dossier a fait l'objet d'une transaction.

Commentaires

Le diagnostic faussement porté de « gastro entérite » est un des problèmes récurrent en matière médico-légale, qu'il s'agisse à posteriori d'urgences cardiovasculaires (les premières à éliminer), d'urgences neurologiques ou abdominales.

Le contexte d'un weekend , dans ce cas, n'a peut-être pas eu tant d'importance mais il était de plus joint à une période d'épidémie virale...de « gastro entérite »...

Quelques soient l'efficacité et le professionnalisme des permanenciers et médecins des centres d'appels de régulation, il est certain que la multiplication des interfaces (filles/patient par exemple) ne simplifie pas la démarche diagnostique. De plus quand un patient « oublie » qu'une HTA ou un tabagisme peuvent être importants pour un médecin et s'autorise à se rassurer sur son état de santé avec « je suis chez ma fille, **j'ai bien vécu depuis deux jours** » ou invoquer le rôle du Coca-cola qu'il a bu, on comprend que son univers soit diamétralement opposé à un médecin qui gère aussi des urgences vitales, à tout âge ou des problèmes médicaux en apparence plus urgents.

Les plaintes dirigées contre les régulateurs ne sont pas si fréquentes, dans l'expérience du SOU/MACSF , étant donné le nombre des appels traités : elles sont de l'ordre de 10 à 15 par an. Il s'agit malheureusement souvent de plaintes pénales. Les enregistrements des communications parlent d'eux même mais ils sont déconnectés de la pression des appels du jour, de leur fréquence, de la confiance du médecin envers le permanencier présent, des urgences passées vitales à gérer, de l'heure de l'appel parfois dans un moment de fatigue compréhensible du médecin de garde...

Si l'organisation du système de soins d'urgence et sa régulation fait l'objet d'une abondante bibliographie, y compris de l'HAS, les « référentiels » des check lists des questions à poser sont plus difficiles à repérer, mais existent : elles traduisent, région par région, centre par centre, la formation indispensable donnée et relèvent en fait du bon sens d'un savoir médical maîtrisé.

BIBLIOGRAPHIE - EXTRAITS :

HAS

- RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE DANS LE CADRE DE LA REGULATION MEDICALE, Mars 2011 http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/677/regulation_medicale_recommandations.pdf^[3]

Les principales étapes de la gestion d'un appel : La gestion d'un appel se décline en plusieurs étapes dans le but de recueillir des informations précises et complètes de la part de l'appelant et de lui apporter une réponse claire, compréhensible et adaptée. Ces étapes sont partagées entre les missions de l'assistant de régulation médicale (ARM) et celles du médecin régulateur, soit : une étape d'écoute de l'appelant, en le laissant s'exprimer avec ses propres mots, sans tenter d'explicitier ses propos, et en prenant en compte le degré d'inquiétude de l'appelant ; une étape de questionnement de l'appelant, afin de lui faire préciser les motifs de son appel, le contexte et ses attentes ; une étape d'explication à l'appelant des hypothèses formulées sur son état de santé, des risques encourus, de la prise en charge proposée ; une étape de vérification afin de s'assurer que l'appelant a bien compris et accepte la prise en charge proposée.

- Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, mars 2011.

Thèse : Kathryn Milns. Evaluation d'un protocole pour la régulation de la douleur thoracique au SAMU 74. Médecine humaine et pathologie. 2009. HAL Id: dumas-00631118 <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00631118> Submitted on 11 Oct 2011,

Articles :

Capelli 2013

- Réception et régulation des appels pour les urgences médicales en dehors de l'hôpital, CONFERENCE D'EXPERTS, samedi 28 janvier 2006, par SAMU et Urgence de France^[4], SFAR^[5]

- Manuel Belge de la Régulation Médicale,

- Régulation des douleurs thoraciques: expérience du SAMU 84 Dr. Privat.Chef de service:

Bourgeois, 2014. S.

6 Commentaires

DENISE D 29/02/2016

Je fais partie de la vieille génération de médecins formés à la clinique .

la régulation est la chose la plus difficile que je connaisse pour avoir pris des gardes smur on m'a toujours enseigné qu'il fallait sur le plan hypothèses diagnostiques aller du plus grave au moins grave

et se méfier de signes d'appels digestifs banals en particulier d'une douleur <du plexus> sur tout si elle s'accompagne de <rôts >=syndrome coronarien possible jusqu'à preuve du contraire

mais c'est toujours facile après coup quand on n'a pas été baladé par le patient

Pierre-Henri B 29/02/2016

J'ai envie de dire que les coupables, s'il y en a, sont certains appelants eux-mêmes.

On n'imagine pas le nombre d'appels pour des pets de travers, les délires de poivrots, les cassoces en bagarre avec leur conjoint, les insomnies (!), les hypochondriaques abonnés au 15, les parents qui majorent les symptômes de leur enfant pour provoquer un déplacement. Nous on pense alors au médecin de ville qu'on va priver de sommeil pour une grosse connerie, et qui ne manquera pas de penser et de dire que la régulation, c'est de la daube.

En face, à la régule, il y a juste un homme qui a passé sa journée à consulter jusqu'à 19h, qui va passer la suivante à consulter encore dès 9h, et qui, entre deux, va somnoler dix minutes avant la sonnerie suivante, et cela douze heures de suite.

Il faut savoir que des rats soumis à ce régime d'être réveillés dès qu'ils s'endorment pendant 24 heures deviennent fous.

Bien sûr on trouvera en face des censeurs bien-pensants, qui ne régulent jamais, qui ne font jamais de garde, et qui vont se permettre de juger.

J'ai honte pour eux.

abdelkader h 23/02/2016

c'est toujours le même problème... il faut éviter d'examiner les patients à domicile..

ne faite jamais de diagnostic par téléphone ..

en cas de doute hospitaliser les patients .

ALAIN F 23/02/2016

Ce que je retiens de ce cas clinique,c'est que l'on oublie trop souvent l'importance d'un interrogatoire bien mené d'un patient qui minimise son état de santé,et qu'il faut bien écouter l'entourage qui connait et observe bien sa famille surtout si c'est le père et la fille!

Jacques-Michel L 23/02/2016

Ayant été régulateur au centre 15 et médecin urgentiste hospitalier et à SOS Médecin, je ne veux surtout pas donner le moindre commentaire sur l'attitude des médecins

concernés connaissant la difficulté à évoquer un diagnostic par téléphone et en plus en période d'épidémie, mais apporter un témoignage .

Il y a plusieurs années je fus appelé pour un patient qui avait vomi. Arrivé à son domicile le malade vint m'ouvrir lui même. Interrogatoire d'usage : rien de particulier en dehors de cet épisode de vomissement, pas de douleur, ni abdominale ni thoracique. Examen d'usage : pouls, TA, auscultation, palpation abdo: RAS pas de ttt en cours. J'envisageais une cause alimentaire (poisson peut être pas frais...) et rédigeais une ordonnance quand le malade assis dans un fauteuil prit une attitude "bizarre". Je l'examine à nouveau : plus de pouls, mydriase bilatérale : Massage cardiaque, bouche à bouche jusqu'à l'arrivée de l'équipe du SAMU environ 30 minutes plus tard. La mydriase avait disparue mais malgré tous les soins prodigués par la suite (intubation, adrénaline, etc...) le malade n'a pas repris connaissance et est décédé dans l'heure qui a suivie.

Depuis je me méfie +++ des troubles digestifs d'apparition soudaine!

Bien confraternellement.

Eric S 23/02/2016

1.87 mètre et 87kg et vous écrivez qu'il est en surpoids ? Il y a pas une coquille la ???

Publier un commentaire

Votre commentaire *

Links

1. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/5417/43463/version/1/file/modele-tableaux-cas-cliniques.pdf>
2. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/5591/49384/version/2/file/Cas-medicalfevrier2016-analyse.pdf>
3. http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/129/677/regulation_medicale_recommandations.pdf
4. http://www.urgences-serveur.fr/_samu-de-france,52_.html
5. http://www.urgences-serveur.fr/_sfar,48_.html

Cas médical février 2016

C'était une gastro entérite...de l'avis du SAMU et du généraliste : il est décédé.

Analyse approfondie

SAMU

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Barrière efficace dans le cas présent</i>	<i>Contribution relative</i>
Appel transféré du permanencier au médecin de garde	Oui	NON
Contact direct du médecin avec l'intéressé	Oui : le patient s'exprime en français et n'a pas l'air trop inquiet, comme s'il se prêtait à une demande d'appel faite par son entourage et il se satisfait de l'assurance que ce n'est pas un IDM	OUI et NON
Ecoute, empathie, listing des questions	Oui, beaucoup de pistes diagnostiques ont été explorées mais sans accorder d'importance aux réponses. Tonalité différente des interrogations/réponses de la fille (inquiète), du patient face à l'interrogatoire du permanencier et celui du médecin.	OUI
Aller au-delà du symptôme présenté comme motif principal d'appel soit des troubles digestifs ou respiratoires, la douleur plexique étant en arrière-plan.	NON, le symptôme douleur du plexus a été vite « balayé » malgré les questions du médecin qui a visiblement évoqué un syndrome coronarien.	MAJEUR
Préciser les caractéristiques de la douleur « du plexus »	NON, interrogatoire limité au fait qu'il d'agisse d'une douleur intermittente, et « dans les articulations » des deux bras.	MAJEUR
Savoir déceler le patient qui minimise ses symptômes ou ses pathologies antérieures	Difficile en quelques minutes de consultation téléphonique dans un centre d'urgence parfois vitales.	Plus ou moins
BARRIERES DE RECUPERATION		
Tenir compte de l'heure d'appel	1h30 du matin, appel de la fille ce qui a peut-être faussé la donne.	OUI
Accorder plus de considération aux facteurs de risque	HTA prise en considération. Interrogatoire limité au tabagisme actuel important	??
Un diagnostic de gastro entérite est un diagnostic d'élimination	Oui, plus facile à dire qu'à faire. Il n'empêche que la seule notion de douleur du plexus et du bras aurait dû orienter vers un autre diagnostic.	
BARRIERE D'ATTENUATION		
Organiser la consultation d'un médecin de garde au chevet du patient ou envoyer un médecin SMUR	Consultation d'un MG de garde possible en théorie mais dimanche et épidémie de gastroentérite ; Pas d'urgence vitale.	MAJEUR
Proposer une consultation aux urgences de l'hôpital le plus proche	Certes mais appel au milieu de la nuit et patient à distance de son domicile. Consulter son MG a été le conseil mal ressenti à posteriori par la famille à plusieurs centaines de km de son domicile.	MOYEN

ANALYSE DETAILLEE SAMU

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défaut de compétence technique	<p>Une douleur plexique aurait mérité un examen médical surtout chez un patient de 62 ans avec facteurs de risques. Les données de l'interrogatoire sont pauvres à ce sujet.</p> <p>Le fait qu'existe une irradiation dans les deux bras et non un seul semble avoir faussement rassuré dans ce contexte de troubles digestifs en période épidémique de « gastroentérite ». La prescription de paracétamol, et l'allégation de « dérèglement des horloges internes » est certes empathique mais peu circonstancié.</p> <p>Le diagnostic a été évoqué mais trop rapidement éliminé, sans interrogatoire plus approfondi, comme si le médecin s'était fait un diagnostic d'emblée et ne l'ait pas remis en question.</p>	MAJEURE
Défauts de compétences non techniques <i>(Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)</i>	<p>Contexte de régulation un dimanche. Moyens disponibles ? (banlieue parisienne).</p> <p>Présentation du patient, un peu inquiet, minimisant ses symptômes sans détresse vitale.</p> <p>« Ecran » initial de la fille.</p>	Prépondérante

ANALYSE DETAILLEE		
Détail des défauts de compétences non techniques (explique les 20% cités plus haut)	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 <i>(éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)</i>	<p>Symptômes atypiques venant brouiller le tableau.</p> <p>Urgence réelle pourtant a posteriori, se chiffrant idéalement en six heures. Malgré les précautions épistolaires de l'expert dans ses hypothèses diagnostiques, l'urgence cardiovasculaire coronarienne reste la plus probable.</p>	+++
Tempo du patient <i>(éléments liés aux décisions du patient)</i>	<p>Le « caïd » (d'après la fille) minimise ses troubles.</p> <p>Il insiste sur ses troubles digestifs, le coca, le fait « qu'il ait bien vécu chez</p>	OUI+++

	sa fille » et d'emblée ne parle pas de ses facteurs de risque. Certes il fume 3 cigarettes par jour mais....avant sa retraite récente 40 paquets/année.	
Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)	La régulation suppose d'adapter les moyens disponibles aux multiples appels le plus efficacement possible Moins de disponibilité un dimanche à 1 h 30 du matin ???	Plus ou moins
Tempo du système médical (éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)	Pas de demande du régulateur.	NON

MEDECIN GENERALISTE SOS

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
S'inquiéter car deuxième appel et ne pas se rassurer si avis de bénignité d'un confrère après un entretien téléphonique		Majeure
Données de l'interrogatoire et de l'examen ?	?? pas de dossier	Possible
Faire la part de l'inquiétude de l'entourage et de la bonne santé apparente du patient	NON	Possible
Tout vomissement ou diarrhée unique n'est pas une gastroentérite même en période d'épidémie	C'est certain...	Majeur
La douleur plexique : plainte exprimée par le patient ???	Le motif de l'appel était vomissement et toux selon la fiche de SOS. Mais la famille était inquiète, deux appels rapprochés.	
BARRIERES DE RECUPERATION		
BARRIERE D'ATTENUATION		
Consultation aux urgences ou hospitalisation	Vu son diagnostic, le médecin n'avait aucune raison de le proposer	

ANALYSE DETAILLEE

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défaut de compétence	Aucun argument médical mais	??

technique	Pas de dossier, comme souvent en visite à domicile	
Défauts de compétences non techniques <i>(Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)</i>	Gestion difficile d'un patient banal en période d'épidémie qui met en avant des symptômes digestifs	Prépondérante

ANALYSE DETAILLEE		
Détail des défauts de compétences non techniques <i>(explique les 20% cités plus haut)</i>	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 <i>(éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)</i>	Symptômes atypiques venant brouiller le tableau. Urgence réelle pourtant a posteriori, se chiffrant idéalement en six heures. Malgré les précautions épistolaires de l'expert dans ses hypothèses diagnostiques, l'urgence cardiovasculaire coronarienne reste la plus probable.	OUI
Tempo du patient <i>(éléments liés aux décisions du patient)</i>	On ne connaît pas les données de l'entretien mais on peut supposer que l'attitude du patient a été identique à la veille	OUI+++
Tempo du cabinet <i>(éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)</i>	NON	NON
Tempo du système médical <i>(éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)</i>	NON	NON