



Actualités et revues de presse



Cas cliniques et retours d'expérience



Revue de questions thématiques



Médiathèque



Chiffres et Méthodes de prévention



Formations et événements



Une jeune femme de 23 ans meurt d'embolie : faillite du dialogue urgences-médecin traitant

A-

A+



 **1 Commentaire**

Une patiente de 23 ans, étudiante en thèse en pharmacie, consulte son médecin traitant en urgence pour douleurs thoraciques avec sensation d'oppression et gêne respiratoire.



| Médecin

Sommaire

- Cas clinique
- Analyse et jugement
- Commentaires et bibliographie

Auteur : C. LETOUZEY / MAJ : 30/06/2016

Cas clinique

- Jeudi 11h30, une patiente de 23 ans, étudiante en thèse en pharmacie consulte son médecin traitant en urgence pour **douleurs thoraciques** avec sensation **d'oppression** et gêne **respiratoire**. Le médecin lui recommande une hospitalisation immédiate, téléphone pour avoir un véhicule du SMUR, en position allongée avec oxygénation, et écrit un courrier détaillé destiné aux urgences : « Cher ami...oppression thoracique avec impossibilité de se remuer et de tenir sur ses membres inférieurs ou de se remuer (surtout le tronc), douleurs pour se retourner ou se tourner, ECG sub normal à part une transition V5.....je vous la confie... suspicion d'embolie pulmonaire ou de péricardite ».
- Jeudi 13h00, la patiente arrive aux urgences et est prise en charge par le médecin urgentiste, chef du service des urgences. Le compte rendu des urgences précise : « malaise en position debout avec chute sur les fesses, sans PCI. ATCD : anémie traitée, contraception par Diane, Traitement en cours : VERATRAN (*anxiété*) à la demande. Les constantes relevées ne décèlent pas d'anomalie : TA : 107/68, pouls 52/min, Saturation à 100 %. L'ECG est en rythme sinusal. L'auscultation pulmonaire, cardiaque, l'examen des mollets sont normaux ». (*Elle ne fume pas, il n'est pas fait mention de malaises répétitifs*).
- L'urgentiste prescrit un examen biologique avec détermination du taux **des D Dimères**, effectué vers 15h00.
- Jeudi vers 18h00, la patiente est finalement autorisée à sortir, avec la conclusion que ses examens sont normaux et qu'il pourrait s'agir d'une carence en fer (du fait d'une anémie hypochrome avec « bilan ferrique limite et fer en limite inférieure de la normale et un coefficient de saturation diminué » (d'après le mémoire d'un avocat, le résultat d'analyse n'étant pas connu dans nos pièces) et le diagnostic de « malaise ».
- Vendredi, le lendemain en soirée, la jeune femme est victime des mêmes malaises, appel au 15 qui envoie un médecin généraliste sur la base du diagnostic rassurant posé la veille aux urgences. Arrivé sur place, le médecin constate un tableau de détresse qui conduit à un arrêt circulatoire. Le SMUR est alerté et part à 22h45 pour arriver sur le domicile à 23h09 et évacuer la patiente vers la clinique la plus proche.
- En dépit des manœuvres de réanimation, de plus de 2h00, la patiente décède dans une clinique, dans la nuit du vendredi au samedi.
- Prévenu par le médecin du SAMU, le médecin urgentiste suggérerait à celui-ci de ne pas signer

le certificat de décès.

- L'autopsie conclut à un décès par « embolies pulmonaires multiples, sans caillot dans les artères pulmonaires, ce qui s'expliquerait par la fragmentation lors du massage cardiaque ; en anatomie pathologique, atteintes récentes et anciennes faisant évoquer un possible trouble constitutionnel de coagulation ».
- L'enquête révélera que les résultats demandés mais non consultés par l'urgentiste le jeudi avaient confirmé la suspicion du médecin généraliste, à savoir que le taux de D Dimères était très élevé (4262 ng/ml) soit huit fois supérieur à la normale.

Une triple procédure, administrative, ordinale et pénale est diligentée.

- Le dossier est saisi, sans que le médecin en ait la copie.
- Dans un de ses mémoires devant le Conseil National de l'Ordre, suite à l'appel de la décision par le médecin, la famille écrit : « je ne peux que ressentir particulièrement durement l'exercice de ce recours qui est une nouvelle fois le signe du comportement de ce praticien qui est à l'origine, pour moi et ma fille survivante, de tant de peines et qui cherche ainsi à fuir ses responsabilités ».

Le médecin des urgences fera valoir pour sa défense :

- que le système informatisé de biologie, qui fonctionnait à l'époque était particulier,
- que les résultats provisoires, sortis sur écran avec une visualisation peu lisible, étaient collectés par les IDE,
- que la mise en page des feuilles provisoires de résultats était à la fois « inadéquate et aléatoire, et qu'elle entraînait, depuis le début de la mise en place de ce système, l'édition de très nombreuses feuilles portant parfois sur un seul résultat et d'autres simplement sur des lignes de tableaux »
- que si un résultat n'était pas confirmé, il était noté « en cours », et qu'il allait, soit dans le dossier du patient, soit était récupéré par le service d'hospitalisation, soit était collecté par le secrétariat en cas de sortie
- que les résultats provisoires étaient détruits le lendemain et que les résultats définitifs, récupérés auprès du laboratoire étaient intégrés dans le dossier et archivés : ce sont les seuls qui apparaissent.
- que ce jour-là, ce résultat était isolé une feuille, la dernière et n'a donc pas été ni édité ni vu ;

Tous les praticiens ont critiqué ce système, en place depuis au moins 7 ans et lui aussi, lors de sa prise de fonction de chef de service.

Analyse et jugement

ANALYSE

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.

JUGEMENT

EXPERTISES

Le médecin a fait valoir, pour sa défense (en 2012) :

- que le système informatisé de biologie, qui fonctionnait à l'époque était particulier,
- que les résultats provisoires, sortis sur écran avec une visualisation peu lisible, étaient collectés par les IDE,
- que la mise en page des feuilles provisoires de résultats était à la fois « inadéquate et aléatoire, et qu'elle entraînait, depuis le début de la mise en place de ce système, l'édition de très nombreuses feuilles portant parfois sur un seul résultat et d'autres simplement sur des lignes de tableaux »
- que si un résultat n'était pas confirmé, il était noté « en cours », et qu'il allait, soit dans le dossier du patient, soit était récupéré par le service d'hospitalisation, soit était collecté par le secrétariat en cas de sortie,
- que les résultats provisoires étaient détruits le lendemain et que les résultats définitifs, récupérés auprès du laboratoire étaient intégrés dans le dossier et archivés : ce sont les seuls qui apparaissent.
- que ce jour-là, ce résultat était isolé une feuille, la dernière et n'a donc pas été ni édité ni vu ;

Tous les praticiens ont critiqué ce système, en place depuis au moins 7 ans et lui aussi, lors de sa prise de fonction de chef de service.

- « Malheureusement, dans la masse de travail à effectuer, non prévenu par le laboratoire, ni par le personnel, je n'ai plus pensé à vérifier, avec un tableau clinique particulièrement fruste et de plus chez une jeune femme qui tenait absolument à sortir. C'est un enchaînement dramatique de circonstances, que je n'arrive pas à expliquer, qui n'était jamais arrivé et ne s'est plus jamais reproduit.
- Le lendemain, le secrétariat récupérait au laboratoire les feuilles définitives et les archivait dans le dossier, en détruisant les provisoires d'où leur absence dans le dossier de la patiente.

Ce système, imparfait et dangereux a fait place à un système plus performant depuis un an environ, avec une présentation et une mise en page standard»

Les déclarations du praticien, sur le fait qu'il ait pu avoir accès au résultat le lendemain, ont semble-t-il variés (aux dires de la famille). Mais il affirme qu'il n'en n'a pas eu connaissance.

Il s'avère que l'interne des urgences était ce jour-là, absent et n'a pu être remplacé, absence de dernière minute ou impossibilité de remplacement (?).

Un premier expert, professeur d'anesthésie réanimation conclut : « Cette patiente est décédée

d'une embolie pulmonaire massive. Elle avait été hospitalisée la veille avec une lettre de son médecin traitant proposant le diagnostic. **Le dosage des D Dimères a révélé un taux très élevé dont il n'a malheureusement été tenu aucun compte.** L'absence d'examens complémentaires, angioscanner thoracique spiralé et échographie doppler des membres inférieurs a constitué une perte de chance de confirmer le diagnostic et d'instituer une thérapeutique anticoagulante efficace qui aurait pu éviter la récurrence et le décès. Elle a été renvoyée à domicile sans que les examens nécessaires aient été effectués et sans traitement approprié ».

S'agissant de l'intervention du SAMU, dans un deuxième temps le lendemain, un autre expert concluait à l'irréversibilité de la situation : « les malaises qui se sont manifestés après la sortie des urgences étaient dus à de nouveaux embolies pulmonaires et lorsque le médecin du SAMU s'est présenté à son chevet, elle était en état de choc (tension imprenable) en raison d'une embolie importante. Pendant son transport vers la clinique (ou peut-être dès son départ), la patiente a été victime d'un arrêt cardio circulatoire ».

Un autre expert, anesthésiste réanimateur confirmait ces conclusions : « cette patiente est décédée d'une embolie pulmonaire massive à la suite d'une succession d'erreurs et de manquements aux règles de l'Art, pourtant bien codifiées. Alors que le diagnostic avait été envisagé par le médecin traitant et que celui-ci avait pris la précaution d'alerter le Centre Hospitalier, de faire transporter la patiente en ambulance allongée et avec administration d'oxygène, la patiente a été autorisée à rentrer à son domicile avant que les examens demandés n'aient été connus du médecin urgentiste alors qu'ils étaient validés par le biologiste et consultables en **ligne. Le résultat des D Dimères, même le lendemain matin aurait dû conduire à la réalisation d'autres investigations pour infirmer ou confirmer le diagnostic** et à l'instauration immédiate d'un traitement anticoagulant ». « Le résultat des D dimères à huit fois la normale, qui était pourtant le seul résultat biologique franchement anormal, **aurait dû faire pratiquer un angioscanner spiralé,** examen peu invasif considéré actuellement comme ayant les meilleures performances diagnostiques ; cet examen aurait pu être complété par la recherche d'une thrombose des membres inférieurs par écho doppler ; en présence d'une embolie pulmonaire un traitement anticoagulant doit être prescrit immédiatement ... ». Cet expert ajoutait que « la transition V5 signalée par le MG pouvait être due à une surcharge ventriculaire transitoire et donc en faveur d'une embolie pulmonaire ». En outre, il ajoutait que : « l'amélioration spontanée de l'examen clinique ne permettait pas d'éliminer une embolie pulmonaire, hypothèse que le médecin urgentiste avait considérée puisqu'il avait prescrit un dosage des D dimères... »...

DECISIONS

Elles sont toutes, sans surprise, concordantes, et suivent les conclusions également concordantes des rapports d'expertises.

Le Tribunal administratif, en 2013, soulignait « que le comportement fautif initial du CH consistait en l'absence de pose de diagnostic d'embolie pulmonaire résultant d'une défaillance flagrante dans la prise en charge au sein du service d'urgences de l'hôpital après son malaise,

alors qu'un médecin de ville avait fortement soupçonné ladite pathologie avant d'adresser cette jeune femme au service d'urgences de l'hôpital et que le dosage des D Dimères de celle-ci, qui était de huit fois supérieur à la normale, avait fait perdre à la victime toute chance que cette pathologie soit traitée ».

Il concluait : « il sera fait une juste appréciation des faits, dans les circonstances très particulières de l'espèce et au regard de la gravité de la faute commise, en fixant à 100% la perte de chance sus décrite imputable au Centre Hospitalier.

La Chambre Disciplinaire Nationale du Conseil de l'Ordre, en 2014, confirmait, dans sa décision, la sanction de 6 mois d'interdiction d'exercice de la médecine dont 3 mois avec sursis, infligée en première instance par la Chambre Disciplinaire au motif que l'urgentiste avait commis des manquements graves aux dispositions du Code de Déontologie et exposant : « le médecin urgentiste pouvait d'autant moins ignorer la suspicion d'embolie pulmonaire qu'elle était évoquée dans la lettre du généraliste ...; il a lui-même demandé le dosage des D Dimères, analyse susceptible de confirmer ou d'infirmar ce diagnostic; ...en faisant sortir la patiente avec le diagnostic bénin de malaise et l'assurance que les résultats étaient normaux, il a manqué aux obligations résultant des dispositions précitées au code de Déontologie Médicale.

La chambre du conseil de l'Ordre ne peut s'empêcher d'ajouter : « si la chambre disciplinaire a écarté le grief tiré de ce que l'urgentiste n'aurait pas pris contact avec la famille après son décès, sur lequel le médecin se défend dans son mémoire d'Appel, elle demeure soumise à l'appréciation de la Chambre Nationale ». « Il est constant que, ni après le décès de cette jeune femme, ni au cours de la procédure, **l'urgentiste n'a jugé bon de se manifester auprès des parents** de cette jeune fille pour leur exprimer ses regrets, manquant ainsi gravement à son devoir d'humanité envers une famille très éprouvée par les conséquences de ses fautes ; qu'il n'a pas d'avantage fait preuve de la moindre compassion au cours de l'audience de la Chambre Disciplinaire Nationale à laquelle, cherchant au contraire à éluder sa responsabilité, il a déclaré s'être borné à suivre les indications de son « chef de pôle » et du directeur d'établissement qui lui auraient conseillé d'attendre une initiative de la famille avant de se manifester lui-même... ».

Note personnelle du rédacteur : Il est à signaler que cette « vacance » de poste ne va pas sans poser de problème d'organisation dans une structure médicale d'urgences, même si elle est « riche » de 10 médecins, le chef de service exerçant, en plus de son activité clinique, un rôle administratif local et de coordination avec les établissements du secteur.

Une procédure est également engagée devant le Tribunal correctionnel avec plainte pour homicide involontaire.

Le Tribunal Correctionnel (2014), a fait remarquer, à propos du courrier du MG : « Attendu, qu'encore aujourd'hui, l'urgentiste ne semble pas se souvenir clairement de la lecture du courrier du MG traitant ; que pour autant, il y a lieu de penser qu'il en avait pris connaissance lorsqu'il prescrivait un certain nombre d'examen complémentaires ; **qu'il sera rappelé que le dosage des**

95% !!!
D Dimères présente une haute valeur déductive et discriminante ; qu'en présence en effet d'un taux normal, il se déduit de façon certaine qu'il n'y a pas d'embolie pulmonaire et qu'au contraire, en présence d'un taux anormal, si le diagnostic d'embolie ne peut être confirmé par ce seul élément, il implique de garder le patient en observation et surtout de réaliser de nouveaux examens complémentaires.....Si un doute persiste sur le fait de savoir si le médecin urgentiste a eu en sa possession ou non les résultats des D dimères avant d'ordonner la sortie, pour autant la réponse à cette question a peu d'importance sur l'analyse de la faute de ce médecin qui a laissé sortir la patiente sans avoir tenu compte du résultat du dosage qu'il avait pourtant demandé... Le risque vital, en matière d'embolie pulmonaire, est prégnant...».

Le tribunal déclare le médecin urgentiste coupable des faits qui lui étaient reprochés.

Il le condamne, pour faute caractérisée, à deux ans d'emprisonnement avec sursis, rejette la demande de dispense d'inscription au casier judiciaire et le condamne également au paiement d'un droit fixe de procédure d'un montant de 90 € et à 2500 € au titre de l'article 475-1 du code de procédure pénale.

La Cour d'Appel (2015), ajoute les éléments de motivation, tirés du droit en matière de faute pénale :

« L'article 221-6 du Code pénal réprime le fait de causer.....par maladresse, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité...la mort d'autrui.

L'article 221-3 du Code pénal détermine les conditions d'engagement de la responsabilité de la personne physique.....sont responsables pénalement les personnes physiques, s'il est établi qu'elles ont commis une faute caractérisée qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer.

La jurisprudence de la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation définit notamment la faute caractérisée comme un manquement flagrant à des obligations professionnelles essentielles ou à l'accumulation d'imprudences ou de négligences successives témoignant d'une impéritie prolongée.

Par ailleurs, l'article 221-6 du Code Pénal n'exige pas de lien de causalité exclusif direct et immédiat entre la faute du prévenu et le décès de la victime, il suffit que l'existence d'un lien de causalité soit certaine ».

« Les résultats biologiques étaient disponibles « en ligne » très rapidement, environ ¾ d'heure à 1 H après le prélèvement de 15 H. Nonobstant les observations de la mère de la patiente sur la gravité de l'état de sa fille, le médecin urgentiste diagnostiquait une carence en fer et laissait sortir la patiente avec une ordonnance de TARDYFERON et de PROPOFAN.

Pas davantage, le lendemain, le médecin ne consultait les résultats. Ce manquement répété a eu pour conséquence de ne pas apporter à la patiente les soins qu'elle était en droit d'attendre et a

constitué une faute caractérisée à l'origine de son décès ».

Toutes les expertises concluent dans le même sens et la Cour en détaille les conclusions, de même que celles du Tribunal Administratif et celles du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

La Cour d'Appel commente la décision de la Chambre Nationale de l'ordre des médecins sur l'argumentaire, exposé par le médecin urgentiste, qui faisait valoir que le laboratoire ne l'avait pas alerté sur les résultats le jour des faits et qu'il était débordé. Elle reprend l'argumentaire de la Chambre Nationale de l'Ordre sur les attendus de leur décision : « considérant que, ni les dysfonctionnements matériels invoqués par le médecin pour la transmission des résultats, ni le fait qu'il n'a pas été alerté par le laboratoire sur le caractère inquiétant du dosage qu'il avait demandé, ni une charge de travail dont le caractère accablant ne ressort pas du dossier, ni enfin le **souhait exprimé de la patiente de quitter l'hôpital (fait contesté par la famille) ne sont de nature à atténuer les fautes commises... ».**

La Cour d'Appel confirme la faute caractérisée mais, « compte tenu des états du service du médecin », réduit la peine prononcée en première instance et le condamne à 1 an d'emprisonnement avec sursis. La dispense d'inscription au casier judiciaire est rétablie, et le médecin est condamné au paiement d'un droit fixe de procédure d'un montant de 169 € et à la famille (mère et sœur) le montant d'un paiement de 1500 € chacune sur le fondement d'un des articles de la procédure pénale.

Commentaires et bibliographie

Dans cette affaire, ni la compétence du médecin ni une erreur flagrante du laboratoire ne sont en cause.

Il est probable que ce médecin senior ait été déstabilisé par l'absence de son interne ce jour-là mais il n'y a pas de document indiquant la charge de travail aux urgences, ni au moment de l'entrée de cette jeune femme ni au moment de sa sortie. Ils ont peut-être été disponibles pour les magistrats, lors de cette procédure pénale. Mais, il est vrai, qu'en dehors de la comptabilisation comptable du nombre de « passages » aux urgences, la réalité est tout autre : quelle équipe/ quel environnement (labo/radio) ? Y a-t-il un ou des malades, qui du fait de leur comportement (alcoolisation, agitation....) ou une autre urgence vitale, ont monopolisé en fait l'attention ?

On peut lui reprocher, bien sûr de ne pas avoir confronté les résultats des examens avec ce qu'il avait demandé, c'est une évidence qu'il regrette profondément.

On peut regretter qu'il n'y ait pas, de la part du laboratoire, une alerte.

On peut surtout regretter qu'un défaut aussi grave de la chaîne de communication des examens aux urgences, connu de tous, repéré dans la cartographie des risques, et donc par la certification,

programmé pour être corrigé avec une solution technique de mise en conformité (« plan A »), ne soit pas l'objet d'une solution protocolée temporaire de la part de l'hôpital pendant la période restant à courir de non conformité pour réduire le risque tout en vivant avec (« un plan B »).

On peut regretter aussi, que devant une attitude (pas si fréquente) du MG, ayant fait admettre cette patiente avec le SAMU, des « lumières rouges » de danger ne se soient pas allumées et la patiente d'emblée hospitalisée : faire confiance au MG, cela manque parfois à l'urgentiste, à tort.

Mais dans le contexte d'une patiente jeune, désirant possiblement rentrer fort naturellement chez elle (même si sa mère le nie), on peut comprendre qu'un moment de « baisse de garde des vigilances » ait abouti à cette sortie.

En fait, on a l'impression qu'au moment de la sortie, le courrier du MG et la façon, fort pertinente d'avoir envoyé cette patiente à l'hôpital, ne sont plus en première ligne dans cette décision et ont été « balayés ».

Bon nombre de dossiers, dans ce type d'exercice de médecin urgentiste, soulignent dans notre expérience, l'absence malheureuse de considération du diagnostic évoqué par le MG qui, est le plus compétent bien souvent dans ce domaine d'appréciation de l'état de santé d'une patiente qu'il connaît ou qu'il a vu dans un état clinique différent de celui qui sera présent au moment de l'admission.

Il faut que les urgentistes ne méconnaissent pas que la décision du MG d'envoyer ses patients à l'hôpital n'est pas facile à prendre, qu'elle se heurte aux obstacles naturels d'un refus temporaire et que s'ils prennent cette décision, c'est qu'ils ont de vraies raisons de le faire.

Il est dommage que l'attitude, sans faute du MG (diagnostic, transport, appel aux urgences, courrier), n'ait pas plus interpellé le médecin urgentiste chez cette jeune femme alors que le diagnostic suggéré d'embolie est un des diagnostics dont chacun se méfie, étant donné les atypies.

La valeur prédictive, NEGATIVE, des D Dimères est connue en cas de suspicion de maladie thrombotique.

Commentaires dans d'autres dossiers d'embolie pulmonaire parus sur le site de la prévention médicale et toujours d'actualité.

« Il est toujours difficile d'analyser un dossier a posteriori car le diagnostic est évident : c'est le cas de l'embolie pulmonaire.

*Les dossiers d'embolie pulmonaire ou de phlébite qui sont déclarés à la MACSF sont **très fréquents**, dans toutes les spécialités, en ville ou en établissement et quels que soient les contextes, plus ou moins évocateurs de facteurs de risques. Dans un établissement, l'équipe en charge d'un post opératoire ou d'une hospitalisation, le médecin urgentiste sont souvent*

concernés et en ville aussi le cardiologue et surtout le généraliste.

On ne reproche jamais dans nos dossiers d'avoir trop facilement évoqué ce diagnostic mais :

- soit de l'avoir évoqué et de s'être temporairement rassuré par l'absence de phlébite clinique ou échographique, d'avoir trop facilement écarté aux urgences les interrogations légitimes du médecin traitant, d'avoir pris pour 'argent comptant' des examens peu parlant comme un ECG, une radiographie thoracique ou en établissement une gazométrie normale, des D dimères de résultats variables

- d'avoir demandé des examens mais sans en préciser l'urgence, examens remis au lendemain ou plus tard, selon les aléas des weekends et des rendez-vous...notamment un doppler en cas de suspicion de phlébite.

- d'avoir eu des résultats parlants mais non transmis....du fait d'un retard et/ou d'une mauvaise transmission des informations/coordination entre professionnels.

D'autres dossiers, les plus fréquents concernent une absence diagnostique, faute d'y avoir pensé.

Chaque médecin connaît le caractère éminemment trompeur et atypique de nombres de présentations cliniques et pourtant...

Bien souvent des avis ponctuels se succèdent, par des praticiens différents, chacun n'ayant pas toujours l'ensemble de l'histoire clinique qui rend le diagnostic possible et parfois probable.

Mais s'est-on donné le temps nécessaire, guidé par la hantise de cette urgence vitale, pour rechercher la parcours du patient ??? Dès lors que rien n'est évident aux premiers interrogatoires voire aux examens complémentaires (qui traduisent déjà une inquiétude du médecin), pour peu qu'on ait évoqué, même sans y croire, une pathologie thromboembolique, on trouve rarement dans les dossiers la réponse aux questions suivantes :

Quelle est la contraception, quelle pilule ?

La patiente est-elle obèse, tabagique ?

En dehors des interventions récentes et tracées, y a-t-il eu un événement traumatique, une immobilisation partielle, un alitement oublié mais récent ?

Y a-t-il des ATCD familiaux ?

Dans des expertises, c'est le dernier médecin qui se trouve le plus souvent condamné : il y a des circonstances atténuantes pour les premiers : évocation normale d'une pathologie a priori banale et fréquente, temps de réalisation des examens...Mais à la troisième ou quatrième consultation, chacun s'interroge : a-t-on pris conscience qu'aucun diagnostic n'était réellement établi ? Ne fallait-il pas hospitaliser, demander un avis, urgent...?A-t-on considéré à la juste valeur

que les consultations successives, pour une symptomatologie persistante sans diagnostic étiologique méritait un bilan rapide en milieu hospitalier ?

Si l'on en juge la multitude des scores de probabilité du diagnostic d'embolie pulmonaire, leur nombre traduit bien leur manque de fiabilité diagnostique: c'est du cas par cas.

Il faut y penser et notamment chez des jeunes femmes sous contraception oestro-progestative qui est un facteur de risque, quel que soit le dosage.

Bibliographie

- *D Dimères*
[Les D-Dimères - e Formation en médecine d'urgence](#)
www.efurgences.net/index.php/seformer/experts/96-ddimeres
- Embolie pulmonaire aux urgences. A Armand-Perroux, P M Roy, 51 ème congrès, national d'anesthésie réanimation, 2009.
- Accidents thromboemboliques et contraceptifs oraux : une si longue histoire. T Houselstein, Responsabilité numéro 57, mars 2015.
- Les thrombophilies constitutionnelles - Brigitte JUDE, Sophie SUSEN, Christophe ZAWADZKI, Nathalie TRILLOT - Laboratoire d'Hématologie, Hôpital Cardiologique, CHRU, Lille www.pifo.uvsq.fr/hebergement/cec_mv/135c.pdf
- Early anticoagulation is associated with reduced mortality for acute pulmonary embolism. Smith and coll. Chest, 2010 Jun; 137(6):1382-90.

A lire aussi :

[🔗 Patiente de 20 ans traitée pour « gastro » retrouvée morte à son domicile](#)

[🔗 Retard de diagnostic de cancer pulmonaire](#)

A découvrir sur notre site :

[🔗 Cas cliniques du mois](#)

[🔗 Revues de presse](#)

[🔗 Revues de questions thématiques](#)

[📺 Voir toutes nos vidéos](#)

[🔗 Méthodes de prévention des risques](#)

[🔗 Nos offres de formation](#)

Cas clinique médical mai 2016

Une jeune femme de 23 ans meurt d'embolie : faillite du dialogue Urgences-Médecin traitant

Analyse approfondie pour le médecin urgentiste

NB : le MG traitant a eu une attitude parfaitement irréprochable.

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Respect ou non respect</i>	<i>Contribution relative</i>
Généraliste : Prescription de contraception oestro-progestative en respect des contre-indications et des facteurs de risques.	A priori respecté (ne fumait pas, autres facteurs contre-indiqués absents à priori)	+ ou -
Généraliste : Demande de bilan lors d'une visite pour dyspnée+ douleurs thoraciques chez une jeune femme sans étiologie évidente avec suspicion d'une EP ou péricardite	Conduite sans faute du MG	NON
Urgentiste : tenir compte de la lettre explicite du MG	NON, il semble que l'urgentiste ait « oublié » s'il avait pris connaissance ou non de la lettre du MG	IMPORTANT
Tenir compte du mode de transport entre le domicile et l'hôpital	Cela peut être un signe d'alerte mais quand la patiente est un dans box....on peut méconnaître le fait qu'elle ait été transportée avec médicalisation : CR du SMUR ?????	+ ou -
Absence de vraie enquête étiologique de la part de l'urgentiste ?	Notes succinctes sur historique du malaise	OUI
Ebauche de synthèse de conclusion	Non consignée dans le dossier	IMPORTANT
Organisation du rendu des examens de laboratoire	Point faible de l'hôpital connu du chef des urgences	MAJEURE
Vigilance de l'IDE dans l'impression des résultats des examens	Défaut connu du système, repéré dans la cartographie des risques, repéré en certification. Visiblement pas de défense protocolisée construite pour gérer ce problème. L'infirmière -t-elle confronté les résultats « en ligne » et l'impression du document final qui s'avère amputé du principal résultat.	MAJEURE
BARRIERES DE RECUPERATION		
Contact téléphonique du laboratoire le jour même	Non , questionne le protocole de sécurisation de communication de résultats anormaux urgents	OUI

Prendre connaissance des examens complets le lendemain	Non, pas de procédure en ce sens.	MAJEURE
Décision d'examens complémentaires : angioscanner spiralé, doppler	Aurait été prise en cas de suspicion confirmée	NON
Avis cardiologique	Dans la mesure où aussi le diagnostic de péricardite a été évoqué, mais il aurait fallu attendre le lendemain au minimum	OUI
Hospitalisation	Préférable mais décision difficile à prendre sans motif sérieux de la part de l'urgentiste en l'absence de signes vitaux	+ ou -
BARRIERE D'ATTENUATION		
Appel SMUR lors de la répétition des malaises	OUI mais on ne possède pas l'historique de la journée avant l'appel, plusieurs appels dans un temps court avant l'envoi du SMUR	Sans objet
Arrivée rapide des secours	Non, MG seul envoyé sans équipe médicalisée, dans le contexte d'un « bilan » normal fait la veille au CH	+ ou-
Adéquation des moyens de réanimation	L'arrêt cardiaque est survenu en présence du MG envoyé sur les lieux.	Inconnue
Prise en charge en milieu spécialisé	Non, transfert dans la clinique de proximité mais de toute façon trop tardive avec pouls et TA imprenable, appel du SMUR aux réanimateurs de la clinique et aussi à ceux du CHU le plus « proche », soit à 60 km.	NON

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 (éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)	Maladie sournoise et difficile à diagnostiquer avant le dernier embol fatal, contraception par pilule, « Anémie hypochrome hyposidérémique » venant parasiter le tableau : pathologie sous-jacente ? (a priori saignements menstruels peu importants sous pilule mais jeune femme dite « anorexique »)	++
Tempo du patient (éléments liés aux décisions du patient)	Femme jeune ; âge plutôt rassurant en soi... Sortie souhaitée? avec insistance ????. Accompagnée par sa mère, signe d'inquiétude? La fille jeune prend des anxiolytiques et sera décrite comme « anorexique » prenant du « Guarana » pour maigrir.	++
Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)	Senior urgentiste devant faire face à l'absence imprévue de son interne des urgences. Charge de travail dite lourde, faisant oublier la suspicion diagnostique et les examens	+++

	demandés dont le résultat ne figure pas dans ceux imprimés.	
Tempo du système médical <i>(éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)</i>	<p>Importante responsabilité de la communication des examens de laboratoire « en ligne », récupérés par une IDE. Celle-ci ne pouvait pas forcément avoir la même vigilance que le médecin sur l'adéquation entre la version complète « en ligne » des analyses et son édition tronquée sur papier. Pas de récupération de l'erreur par l'urgentiste.</p> <p>Puis retard au déclenchement du SAMU, le permanencier ayant été rassuré par le bilan fait la veille dans un contexte de femme jeune, dite anorexique et anxieuse.</p>	+++++++

PUBLICITÉ

FAITS DIVERS – JUSTICE

Homicide involontaire : sursis requis contre l'ex-chef des urgences de Guéret

France Bleu Creuse

Jeudi 30 octobre 2014 à 17:24



L'hôpital de Guéret. © Alexandre Chassignon - Radio France

Le procureur a requis 18 mois de prison avec sursis contre l'ancien chef des urgences de l'hôpital de Guéret, pour la mort, en 2010, d'une patiente qu'il a laissée sortir trop tôt. Elle a succombé à une embolie pulmonaire quelques heures plus tard. Une faute dont il conteste la responsabilité mais pas la réalité.

FIL INFOS

- 18:07** | Bayonne: un nouveau feu à Canopia
[France Bleu Pays Basque](#)
- 18:00** | Economie: Apidis, emblématique entreprise Dijonnaise déménagera en juillet 2018
[France Bleu Bourgogne](#)
- 17:37** | Paris : des tailleurs de pierre se mobilisent pour aider symboliquement des réfugiés
[France Bleu Paris Région et France Bleu](#)
- 17:35** | Quatre blessés dans un incendie à Nîmes
[France Bleu Gard Lozère](#)
- 17:26** | DIRECT Carnaval de Dunkerque 2017
[France Bleu Nord](#)
- 17:07** | Nantes : plus de 2000 personnes ont défilé ce samedi contre le Front National dans un climat tendu
[France Bleu Loire Océan et France Bleu](#)
- 17:00** | PHOTOS - Le Temps des ducs, une nouvelle brasserie dijonnaise chargée d'histoire
[France Bleu Bourgogne](#)
- 16:26** | La campagne de Benoit Hamon en Côte-d'Or s'organise
[France Bleu Bourgogne](#)

"J'ai failli ce jour là, je ne me l'explique pas et je ne conteste pas mon erreur", a-t-il reconnu ce jeudi devant le tribunal. L'ancien chef des urgences de l'hôpital de Guéret comparaisait pour la mort d'une de ses patientes en mai 2010. Il avait laissé sortir une jeune femme de 23 ans, admise six heures plus tôt pour une suspicion d'embolie pulmonaire. Malgré le diagnostic rassurant, c'est bien de ce mal qu'elle est morte la nuit suivante à la clinique de la Croix-Blanche à Aubusson.

La défense plaide "l'oubli"

Les analyses demandées par les urgences sur le taux de D-dimères (un indicateur du risque d'embolie) étaient pourtant alarmantes, mais le chef du service n'a pas attendu leur retour pour assurer sa patiente que tout allait bien et la laisser partir. "J'ai oublié que j'avais demandé ces analyses", reconnaît le médecin. Mais il **refuse d'être le seul responsable** : "Il y a également une faillite du système public : on ne doit pas laisser un médecin seul en espérant qu'il n'y ait pas de problème".



Une défense trop facile pour l'avocat de la famille de la victime. Mais aussi pour le procureur, qui a **demandé la condamnation pour homicide involontaire** et une condamnation à 18 mois de prison avec sursis.



France Bleu Bourgogne

16:25 | Rugby : deux internationaux du Top 14 en garde à vue pour détention de cocaïne
[France Bleu](#)

16:10 | Mayenne : un enregistreur de vol pour recueillir l'avis des habitants sur leur territoire
[France Bleu Mayenne](#)

15:57 | Dordogne : le magasin C&A de Boulazac fermé pour la deuxième fois
[France Bleu Périgord](#)

15:37 | La Bretonne Pie-noir, la vache des paysans heureux
[France Bleu Armorique](#)

15:30 | FN : un proche de Marine Le Pen mis en examen pour le financement des campagnes 2014-2015
[France Bleu](#)

15:04 | Dordogne : dur dur de tracter face aux Périgourdins déçus de la politique
[France Bleu Périgord](#)

13:21 | Lille : une application smartphone pour se garer plus facilement en ville
[France Bleu Nord et France Bleu](#)



SERVICES FRANCE BLEU



"La faute est incontestable"

Partager le son sur :   

Le docteur avait été suspendu trois mois par l'Ordre des médecins. Il exerce toujours à Guéret mais n'est plus chef de service. Le verdict sera rendu le 13 novembre.

Sur le même sujet

Guéret : des coups de feu tirés à Sylvain Blanchet

[France Bleu Creuse](#)

Grippe : hôpital et urgences de Guéret sous tension

[France Bleu Creuse](#)

Disparue de l'A20 : un avis de recherche national est lancé

[France Bleu](#)

Un habitant de Soumans sauve son père des flammes

[France Bleu Creuse](#)

Ailleurs sur le web Contenus sponsorisés par Outbrain



LECOMPARATE...

Classement des meilleures...



VOYAGES-SNC...

TGVmax, l'abonnement illimité qui...



LCL

PROFESSION Découvrez les...



CRÉDIT AGRIC...

Tout ce qu'il faut savoir sur le prêt à...



ENVIE DE PLUS

[Recette cuisine rapide...](#)



PEUGEOT

Découvrez la Peugeot 308 Berline et...



JEEP

Connaissez vous le SUV idéal en...



LAIT DE CROIS...

Le lait de croissance? Parlons-en !

Sur Radio France

César 2017 : la politique au-delà du cinéma - FRANCE INTER

La Journée de la mini-jupe,

Et ailleurs

Savez-vous que ces célébrités parlent plusieurs langues? -

[ENGLISHLIVE.EF.COM](#)

Tout savoir sur la circulation de la région



PUBLICITÉ

La Journée de la mini-jupe,
C'est Magnifip ! - FIP

Mystique et politique -
FRANCE CULTURE

Tout savoir sur la Peugeot
308 Berline et profitez
d'offres exceptionnelles -
PEUGEOT

Loi Sapin 2 et assurance
vie : 4 recommandations
pour votre patrimoine -
BIENPRÉVOIR.FR

Le SUV vraiment cool !
Découvrez-le ! - JEEP

Investir dans l'immobilier : le
meilleur ratio
rendement/risque - CRÉDIT
AGRICOLE E-IMMOBILIER

Smartflower : une nouvelle
source d'énergie - EDF ENR

Contenus Sponsorisés par Outbrain

[Retour Haut de page](#)

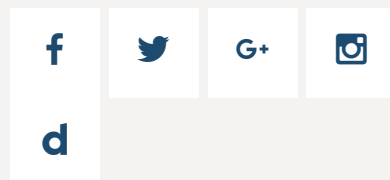


[Nous contacter](#)
[Nos fréquences](#)
[Application mobile](#)
[Newsletter](#)

ESPACE PRESSE

[Communiqués de presse](#)
[Dossier de presse](#)

SUIVEZ-NOUS



RETROUVEZ FRANCE BLEU SUR TOUS LES SUPPORTS



Télécharger l'application France Bleu :





Le 7 mai 2013, le tribunal administratif a condamné l'hôpital de Guéret dans le cadre de ce décès intervenu en 2010. © ph. M. Tijeras



Depuis le 1 er mai, le docteur Thierry Dumas est interdit d'exercer la médecine et ce, jusqu'au 31 juillet. Cette sanction, confirmée par l'Ordre national des médecins, a été infligée au chef des urgences de Guéret pour une faute médicale ayant entraîné la mort d'une patiente, en 2010.

Par décision de ses pairs, le docteur Thierry Dumas, chef des urgences du Centre hospitalier de Guéret, n'a plus le droit d'exercer la médecine depuis le 1 er mai et jusqu'au

31 juillet.

Une suspension de six mois, dont trois avec sursis, rendue le 19 octobre 2012 par la chambre disciplinaire du Conseil régional de l'Ordre des médecins et confirmée en appel par l'instance nationale de l'Ordre, le 6 mars 2014.

Déroulement d'un drame

Décision sans appel puisque Thierry Dumas a décidé de ne pas se pourvoir devant le Conseil d'État. Celle-ci sanctionne des fautes médicales ayant entraîné la mort d'une jeune femme il y a quatre ans.

Ce 6 mai 2010, Élodie B., une étudiante en pharmacie de 23 ans, est victime d'un malaise dans son appartement d'Aubusson. Le Dr. Sebenne, le généraliste qui intervient en urgence suspecte vite, notamment grâce à l'électrocardiogramme qu'il pratique, l'embolie pulmonaire. Il la fait transférer en ambulance vers le Centre hospitalier de Guéret et rédige un courrier dans lequel il indique clairement ses suspicions. Il y joint le cardiogramme.

À Guéret, la jeune femme est prise en charge par le Dr. Dumas, chef des urgences, qui prescrit une batterie d'analyse mais finira par libérer la patiente en ne concluant qu'à un « malaise ». Le lendemain, Élodie B. va perdre de nouveau connaissance et "s'enfonce" sans que les pompiers, appelés en urgence, ne puissent la ranimer. Elle s'éteint le matin du 8 mai 2010, aux urgences de la clinique de La Croix-Blanche.

Les urgentistes qui ont tenté de la sauver ont refusé de signer le certificat de décès afin qu'une autopsie soit pratiquée. Elle va confirmer que la jeune femme était bien victime d'une embolie pulmonaire et qu'une prise en charge adéquate aurait pu la résorber.

Responsabilité partagée ?

Pourquoi n'en a-t-elle pas bénéficiée ? Lors de son audition par ses pairs, le Dr. Dumas va arguer qu'il n'a pas reçu tous les renseignements, que les résultats des analyses ne lui ont pas été transmis – notamment le taux de D-dimères (1) huit fois supérieur à la normale – et qu'une surcharge de travail et le souhait répété de la patiente de quitter l'hôpital l'avait conduit à la laisser sortir.

Plaidoyer qui n'a pas convaincu la chambre disciplinaire, estimant que « le Dr. Dumas pouvait d'autant moins ignorer la suspicion d'embolie pulmonaire, évoquée dans la lettre du médecin généraliste ayant sollicité l'admission [...] qu'il a lui-même demandé le dosage des D-dimères susceptible de confirmer ce diagnostic ».

Le jugement des pairs est sans appel pour le médecin

Et ses pairs d'enfoncer le clou en balayant la version du médecin : « En n'attendant pas le

résultat de cette analyse (les D-dimères), en ne pratiquant aucun autre examen ou investigation susceptibles de l'éclairer sur la cause des symptômes et en la laissant quitter l'hôpital avec le diagnostic bénin de "malaise", le Dr. Dumas a gravement manqué à ses obligations (déontologiques).

Ni les dysfonctionnements matériels invoqués par le Dr. Dumas pour la transmission des résultats, ni le fait qu'il n'ait pas été alerté par le laboratoire du caractère inquiétant du dosage ni une charge de travail dont le caractère accablant ne ressort pas du dossier ni, enfin, le souhait exprimé par la patiente de quitter rapidement l'hôpital (2) ne sont de nature à atténuer la gravité des fautes commises ».

(1) Indicateur d'une embolie pulmonaire.

(2) La famille indique que non seulement la jeune femme n'a jamais signé de décharge pour quitter l'établissement mais que de plus, jamais l'hospitalisation n'aurait été proposée à Élodie.

Éric Donzé

GUÉRET SANTÉ



DANS LA MÊME RUBRIQUE

Creuse : le cri d'alerte d'une aide-soignante entraîne une mobilisation

Social Creuse : le cri d'alerte d'une aide-soignante entraîne une mobilisation

GUÉRET

Santé À peine arrivés et déjà repartis: pourquoi les médecins roumains ne restent-ils pas en Creuse ?

GUÉRET

Mort d'une patiente à l'hôpital de Guéret : « elle n'aurait jamais dû sortir du service »

GUÉRET SANTÉ

Publié le 31/10/2014 à 08h00



hôpital gueret © TIJERAS Mathieu

f

g

O

Y

u

v

c

Le médecin chef des urgences de l'hôpital de Guéret, prévenu d'homicide involontaire après le décès d'une jeune patiente aubussonnaise, comparait hier, devant le tribunal correctionnel. Le jugement a été mis en délibéré.

En mai 2010, appelé au chevet d'Élodie, une Aubussonnaise de 23 ans, étudiante en pharmacie, le docteur Sebenne diagnostique une embolie pulmonaire. Il la fait transporter par ambulance aux urgences de l'hôpital de Guéret. Il écrit également un courrier dans lequel il prévient les urgentistes de la possible embolie.

Son père se suicide quelques jours après

La jeune femme est prise en charge par le docteur Thierry Dumas, médecin chef des urgences. Celui-ci ordonne des analyses afin de savoir si la patiente souffre ou non d'une embolie pulmonaire. Au bout de quelques heures, Élodie semble aller mieux, elle quitte les urgences. Les résultats des analyses, qui seront connus plus tard, montrent un taux de D-dimères huit fois supérieur à la normale (1).

De retour à Aubusson, elle fait un nouveau malaise. Son père appelle les urgences de la clinique de la Croix-Blanche, à Aubusson. Les secours tardant à arriver, il décide de l'emmener lui-même aux urgences dans sa propre voiture. À mi-parcours, croisant l'ambulance des sapeurs-pompiers, il l'arrête et fait transporter sa fille à la clinique. Dans la nuit, elle succombe à une embolie pulmonaire. Quelques jours plus tard, son père se suicide, broyé par le chagrin. Son épouse et la sœur d'Élodie saisissent la justice.

Dans un premier temps, le parquet de Guéret ne donne pas suite (2). Mais un expert conclut que la malade, compte tenu des résultats des analyses réalisées aux urgences de Guéret, « n'aurait jamais dû sortir du service. Elle aurait pu être sauvée avec un anticoagulant, le médecin régulateur du Samu aurait dû être plus efficace ». Le tribunal administratif de Limoges juge fautives les urgences de Guéret. Au vu des nouveaux éléments, le parquet de Guéret décide de poursuivre le médecin chef pour homicide involontaire.

Quatre ans après les faits, le docteur Thierry Dumas comparait hier, devant le tribunal correctionnel de Guéret.

« Elle n'aurait jamais dû sortir du service »

À la barre, il assure ne pas se rappeler s'il a lu ou non la lettre de son confrère aubussonnais et reconnaît qu'il n'a pas vu les résultats des analyses avant de laisser sortir

Élodie. Il met également en exergue le dysfonctionnement du service public : « Deux médecins sont présents aux urgences après 18h30, au lieu de trois normalement ». Sans oublier une activité quotidienne débordante.

Une attitude « choquante » pour la mère d'Élodie : « Il n'a aucune excuse. Il a détruit notre famille... »

Dans sa plaidoirie, le conseil de la mère et de la sœur de la jeune femme, Me Philippe Pauliat-Defaye, du barreau de Limoges, demande « une condamnation, claire, publique et solennelle » à l'encontre de « ce médecin autiste du cœur pour atteinte à la vie ».

Le ministère public requiert dix-huit mois de prison assortis d'un sursis simple, car le médecin était face à « un cas grave, potentiellement mortel. Sa responsabilité pénale est engagée. Il n'a pas tenu compte de la suspicion d'embolie pulmonaire ».

Au nom de la défense, Me Philippe Clerc, du barreau de Limoges, plaide la relaxe : « L'erreur est humaine, surtout dans la Creuse où le travail des urgentistes à Guéret est cataclysmique ».

Mis en délibéré, le jugement sera rendu le 13 novembre prochain.

Bernard Gilles

bernard.gilles@centrefrance.com

(1) Les D-dimères sont des produits de la dégradation de la fibrine. La fibrine est une protéine entrant dans la constitution de la majeure partie du caillot sanguin. Le dosage sanguin des D-dimères est un indice révélateur de la formation d'un caillot.

(2) L'ordre national des médecins a sanctionné le chef des urgences à six mois d'interdiction de pratiquer, dont trois mois avec sursis pour son « manque de compassion ».

GUÉRET SANTÉ

f g O Y u v c

DANS LA MÊME RUBRIQUE