



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des  
Événements Indésirables - Aquitaine



### ÉLÉMENTS MARQUANTS

- L'importance de ne pas baser une prise en charge sur une seule hypothèse diagnostique avec aussi peu de signes généraux...
- Les conséquences de l'absence de structure d'accueil de très courte durée en période estivale, dans un établissement qui voit doubler sa population de patients se présentant aux urgences .
- L'absence de lits conventionnels pédiatriques dans un territoire à forte croissance démographique et éloigné des autres structures ayant des lits pédiatriques.
- Les défaillances des échanges entre les professionnels dans le tumulte d'un service d'urgences saturé... (oraux, écrits, entre pairs, entre juniors et

## Analyse Approfondie de Cas 22 :

### Décès d'un adolescent par purpura fulminans à Neisseria Meningitidis B

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : M.C.O
- Nature des soins : Thérapeutiques

### RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Un adolescent de 13 ans accompagné par sa mère, se présente un dimanche soir, au service des urgences pour un syndrome infectieux.

A son arrivée, un bilan clinique et paraclinique sont réalisés.

En l'absence de diagnostic précis, il est surveillé pendant plusieurs heures dans le service des urgences, puis autorisé à revenir à son domicile pendant la nuit en raison de son amélioration clinique avec une température en défervescence.

Il revient le lendemain matin avec des signes évoquant une méningite et un purpura fulminans.

Son état clinique se dégrade rapidement malgré l'antibiothérapie

et les manœuvres de réanimation, avec une évolution foudroyante conduisant au décès.

### CARACTÉRISTIQUES :

#### Gravité :

Décès  
Impact émotionnel familial

#### Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.





# Analyse Approfondie de Cas

## Chronologie de l'événement

**Dimanche 21/08** : vers 13 heures un jeune garçon de 13 ans, passe 10 minutes à la plage. Il ne se sent pas bien. A 14h30, sur les conseils téléphoniques de son oncle, médecin généraliste, il ingère 1 g de paracétamol, qu'il vomit vers 15h. La famille suspecte une piqûre de méduse, et la tante dermatologue, ne trouve pas de traces de cette hypothétique piqûre.

**A 18h40** : le patient accompagné de sa mère, se présente aux urgences pour hyperthermie, céphalées, frissons et vomissements. Il est noté dans ses antécédents qu'il est migraineux, qu'il a passé 10 minutes à la plage (la température extérieure étant de 40° C à l'ombre) et la prise de paracétamol qui a été régurgitée. La température du patient est à 39,3 °C. Son pouls à 135, la saturation pulsée en oxygène (Sp O<sub>2</sub>) à 99%. Sa tension artérielle (TA) est mesurée à 124/68 mm Hg. Une évaluation de la douleur (sans localisation écrite) est cotée à 5/10 par une échelle numérique. L'interne de garde (IDG) réalise une anamnèse qui met en évidence : « Fièvre évoluant depuis 3-4 heures. Petite asthénie depuis 2-3 jours n'empêchant pas les activités quotidiennes. Séjour à la plage cet après midi (température ambiante à 40° C à l'ombre). Notion de frissons. Ingestion de paracétamol sur les conseils de l'oncle (médecin généraliste). Un vomissement dans la foulée vers 17 heures. Antécédents de migraines, allergie au sirop de Doliprane®. 42 Kilogrammes. Pas de traitement . L' examen clinique. Met en évidence : Bon état général, conscient, bien orienté . Pas de souffle cardiaque, bruits du cœur réguliers. Auscultation pulmonaire claire, pas de foyer. Discrète sensibilité de l'épaule droite, sans limitation de mobilité, sans signe local. Examen abdominal : RAS. Pas de syndrome neurologique, ni méningé. Pas de signe cutané. Examen ORL : RAS sauf petite gêne pharyngée. Pas de signe fonctionnel urinaire ». Un bilan sanguin complet est demandé (NFS, Plaquettes, CRP, fibrinogène, ionogramme sanguin, glycémie, urée, clearance de la créatinine, réserve alcaline, GGT, TGO, TGP, phosphatases alcalines, bilirubine). Une surveillance thermique est prescrite., ainsi que la pose d'un cathéter veineux périphérique qui est obturé. Le patient se plaint d'une douleur à l'épaule et une radiographie pulmonaire et de l'épaule sont prescrites. L'hypothèse diagnostique d'un coup de chaleur est posée.

**Vers 20h** : l'IDG contacte le pédiatre pour un avis thérapeutique, concernant un autre patient et évoque le cas du patient et explique ses doutes sur l'hypothèse diagnostique car la température ne baisse pas. L'échange n'est pas tracé. Le cas du patient est discuté entre l'IDG et le senior des urgences. De la glace est prescrite sur les plis inguinaux et les racines des membres supérieurs. En raison de l'affluence aux urgences le patient va être en alternance dans un box et dans le couloir des urgences (155 patients dans la journée et 41 patients entre 18h et 4h). A 20h15 la température est à 39,4°C. Une première série d'hémoculture , et le bilan sanguin sont réalisés.

**À 21h** : la température du patient est de 39,2°C

**À 21h30** : retour du bilan sanguin et urinaire qui sont normaux. Pose sur la voie veineuse d'un litre de glucidion à 5% et l'IDG examine de nouveau le patient sans retrouver de signes cliniques probants. Le cas du patient est de nouveau évoqué avec le médecin sénior, et l'insolation est privilégiée.

**À 22h** : la température du patient est de 40,6°C. une deuxième série d'hémoculture est réalisée. Du paracétamol 1 g IV est prescrit et administré. La glace est de nouveau placée aux plis inguinaux.. La mère est informée qu'en l'absence de signes francs, son fils est placé sous surveillance et reste aux urgences. A 22h15 la température du patient est de 39,8°C.

**À 23h45** : la température du patient est de 39,3°C, le pouls à 128, la SpO<sub>2</sub> à 98%, la diurèse de 300 ml et la TA est à 92/54 mm Hg. Etant donné le nombre de patients, il est décidé d'héberger le patient pour surveillance en Zone de Soins de Très Courte Durée (ZSTCD) car l'Unité de Soins Continus est complète et le patient ne réunit pas les critères d'admission dans cette unité. Il n'y a pas de lits de pédiatrie conventionnelle. Cette ZSTCD est séparée de la zone des urgences par une porte battante et se rattache, dans la journée, au service d'hôpital de jour pédiatrique. A minuit les médecins se scindent en 2 équipes (1 Senior et 1 IDG par équipe).

**À 23h55** : le patient passe en ZSTCD avec comme prescriptions , la surveillance clinique du pouls, TA, et température toutes les 3 heures, du Perfalgan® 1g toutes les 6 heures, Advil® en alternance, 250 ml de Na Cl 0,9 % et vessie de glace. Des consignes sont données pour une éventuelle sortie si la fièvre ≤ 38°C et pour une consultation (ou un appel ) avec un pédiatre le lendemain.

**Lundi à 2h** : la température du patient est de 38,4°C.

**À 3h** : la température du patient est de 38,1°C.

**À 3h40** : le deuxième IDG examine le patient et prescrit le retour à domicile sans consignes particulières à la mère.

**A 7h30** : le patient, au domicile, a eu 2 diarrhées et une fin de nuit difficile, et le grand-père constate une tâche sur une épaule.

**À 8h** : le patient est de retour aux urgences (à 10 minutes du domicile) car il est très fatigué, le médecin senior et l'IDG qui l'avait accueilli la veille au soir, constatent la tâche et effectuent le test de vitropression qui est négatif. Le patient est amené immédiatement en salle de déchoquage, l'alarme est déclenchée. Il est noté des myalgies des 2 membres inférieurs, un purpura diffus en 20 minutes; (purpura fulminans ) et la fréquence cardiaque est à 120, la SpO<sub>2</sub> à 98%, la fréquence respiratoire est à 22 mouvements par minutes. Un bilan sanguin est réalisé en urgence et une voie veineuse périphérique est posée et 3 g de Claforan® administrés. Une ponction lombaire est effectuée qui ramène un liquide céphalorachidien trouble et légèrement hémorragique. L'appel d'un anesthésiste et du SAMU pédiatrique est réalisé. La pédiatre arrive en renfort. Le biologiste contacte les urgences pour donner les résultats de diplocoque négatif puis de méningocoque B probable. Un TDM cérébral est réalisé à 8h20. A 8h40 une réanimation avec intubation, ventilation assistée, sédation et remplissage vasculaire, est mise en place. Un syndrome de détresse respiratoire et une hémodynamique instable sont constatés et les réanimateurs tentent de corriger ces défaillances.

**À 9h** : arrêt cardiorespiratoire et massage cardiaque externe pendant 10 à 12 minutes avec injection d'amines pressives. Lorsque le SAMU arrive, nouvel arrêt cardiorespiratoire...qui ne réponds pas aux différents traitements entrepris.

**À 9h45** : décès du patient. La famille a été informée toutes les 15 minutes de l'évolution et de la gravité de l'état du patient.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

Une seule hypothèse diagnostique discutable.

Surveillance clinique réalisée dans des conditions difficiles, manquant de rigueur.

Sortie autorisée par faute de place d'aval pour accueillir et surveiller un patient dont l'état de santé est faussement rassurant mais qui préoccupe les médecins dans un contexte d'incertitude diagnostique.

Manque d'informations données à la famille sur la conduite à tenir à domicile.

## Facteurs latents

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

### **Patient:**

Etat de santé complexe avec hyperthermie mais sans point d'appel. +++

Etat de santé faussement rassurant. Antécédent de migraine ajouté à la notion d'exposition solaire qui a pu minimiser au début de la prise en charge la symptomatologie. +++

### **Professionnels / facteurs individuels :**

Incertitude diagnostique en l'absence de tableau clinique net, qui va conditionner le début de la prise en charge par l'IDG. +++

Défaut d'adaptation à une situation inhabituelle, retard dans la sollicitation d'un avis seniorisé au début de la prise en charge et lors de la sortie. ++

Pauvreté des informations et des consignes délivrées à la famille concernant la surveillance à réaliser lors du retour à domicile.

### **Équipe :**

Défaut de communication orale dans l'équipe (appel téléphonique d'un spécialiste directement par l'IDG sans transmission des informations et des consignes de surveillances au senior). ++

Défaut de communication écrite (on ne retrouve pas de traces des échanges téléphoniques entre IDG et pédiatre avec consignes écrites). ++

Manque de séniorisation de la prise de décision (sortie du patient en particulier). +++

### **Tâches :**

Multiplicité des intervenants, dans un contexte de travail difficile, avec un défaut ou une perte de transmission des informations pertinentes. +++

### **Environnement :**

#### **Locaux inadaptés** +++

- utilisation non réglementaire de la ZSTCD
- pas de service de pédiatrie conventionnelle
- ni d'unité de courte durée pédiatrique.

Equipements inadaptés (pas de matériels de surveillance dans les box ,défibrillateurs du SMUR utilisés si besoin). ++

Mauvaises conditions de travail (155 passages aux urgences dans la journée, dans des locaux exigus et insuffisants).

Dimanche soir, journée « lourde », 41 passages entre 18 heures et 4 heures. +++

### **Organisation :**

Fonctionnement en mode dégradé en attente de la restructuration architecturale. +++

Gestion inappropriée de l'affectation des locaux entre la pédiatrie et la ZSTCD dans un contexte de conflits interperson-

### **Institution :**

Problèmes de financements (service de pédiatrie – lits d'aval absents en ZSTCD). ++

Ressources sanitaires insuffisantes (les urgences doublent leur activité en période estivale et couvrent une large zone sanitaire), sans services de pédiatrie ni d'UHCD ou ZSTCD réglementaires) +++

Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement de santé (obligation UHCD pédiatrique).

**Facteurs d'atténuation :** pas de facteurs identifiés.



## Enseignement : Actions / Barrières

### Spécifique:

Une réflexion sur l'organisation de travail en mode dégradé, des urgences et du service de pédiatrie, en période de restructuration architecturale, doit être menée pour assurer un maximum de sécurité dans les prises en charge effectuées.

### Commun :

La supervision des internes, notamment aux urgences, doit être assurée, que ce soit pour valider leurs démarches diagnostiques et thérapeutiques ou favoriser leur raisonnement clinique.

Les avis spécialisés requis sont à transmettre directement aux séniors.

Améliorer la qualité des transmissions orales et écrites pour éviter la perte d'informations pertinentes.

L'organisation des UHCD ou ZSTCD doit répondre aux obligations réglementaires pour permettre la prise en charge sécurisée des patients.

Mener une réflexion sur la pertinence d'une unité de pédiatrie conventionnelle en fonction :

- des consultations pédiatriques assurées,
- des ressources présentes sur le territoire de leur distance en terme de kilomètres mais aussi de temps réel de transport.

### Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement probablement inévitable.



Plateforme Régionale d'Appui  
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

PRAGECCECQA  
Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
page@ccecqa.asso.fr

### Général :

Accès aux soins et permanence des soins en médecine, notamment en pédiatrie, sont inégalement assurés et génèrent des risques accrus en période estivale dans les zones à forte affluence touristique.

## Références et Bibliographie

- Purpura fulminans : prise en charge – F. Dubos pédiatre, infectiologue urgences pédiatriques et maladies infectieuses CHRU Lille. Consulté sur Internet le 10/10/2011 : [www.infectiologie.com/site/.../desc-mai2011-Purpura-fulminans.pdf](http://www.infectiologie.com/site/.../desc-mai2011-Purpura-fulminans.pdf)
- Instruction n° DGS/RI1/2011/33 du 27/01/2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque Consulté sur Internet le 20/10/2011 : [www.sante.gouv.fr/.../Instruction\\_noDGS-RI1-2011-33\\_du\\_27\\_janv...](http://www.sante.gouv.fr/.../Instruction_noDGS-RI1-2011-33_du_27_janv...)
- Procalcitonine : marqueur de l'infection bactérienne D. Gendrel- Saint Vincent de Paul – Cochin – Paris Consulté sur Internet le 10/10/2011 : [www.infectiologie.com/site/medias/.../04-oct-descMIT-Gendrel.pdf](http://www.infectiologie.com/site/medias/.../04-oct-descMIT-Gendrel.pdf)
- Les méningites à méningocoques OMS [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/fr/index.html)
- Méningite à méningocoques Institut Pasteur- Consulté sur Internet le 10/10/2011 : [www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/presse/fiches-sur.../meningite](http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/presse/fiches-sur.../meningite)
- Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée. Consulté sur Internet le 10/10/2011 : [www.sfm.org/documents/consensus/rbpc\\_sauv-ped.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/rbpc_sauv-ped.pdf)

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>