

# Analyse Approfondie de Cas 9 :

## Chute en service d'urgences

### Suivie d'un hématome extra dural



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

Date de parution : juin 2013

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



#### ÉLÉMENTS MARQUANTS

- La prise en charge aux urgences d'un patient en état d'alcoolisation aiguë doit être prise en compte et médicalisée : l'alcoolisation met au 2<sup>ème</sup> plan un état souvent plus compliqué qu'il n'y paraît ...
- Un brancard n'est pas un lit d'hospitalisation adapté à la surveillance d'un patient à hauts risques de chute, même en raison de l'absence de lits d'hospitalisation et de la capacité de l'UHCD rapidement dépassée.
- Les conditions d'accueil débordées, la surcharge de travail conduisent à une surveillance et un accompagnement insuffisants.
- Le travail en partenariat avec les régulateurs des SAMU et les établissements devraient permettre d'anticiper les situations de saturation et de dépassements des capacités d'accueil et mieux orienter les patients avant leur admission.
- L'adaptation des ressources humaines en fonction de l'activité réelle du service, doit être une stratégie institutionnelle.
- Le temps médical utilisé à rechercher un lit pourrait être employé avec plus de profit à l'exercice de la médecine !

#### RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Le patient de 31 ans est admis aux urgences, à la suite d'un malaise survenu au domicile de ses parents.

Une crise comitiale est évoquée, malgré un tableau anamnestique incomplet et l'absence d'antécédents.

Ce patient, marginal, est en état d'alcoolisation aiguë et se plaint de douleurs abdominales.

Les examens cliniques et para cliniques sont réalisés, dont un examen TDM cérébral qui est normal mais une thrombopénie à 103 000/mm<sup>3</sup> est notée. Le score de Glasgow est à 15/15.

Le patient, qui doit être hospitalisé, est placé en attente sur un brancard dans le couloir des urgences en raison de l'absence de lit d'hospitalisation vacant en Unité d'Hospitalisation

de Courte Durée ou dans l'établissement.

L'équipe des urgences fait face à un afflux de patients inhabituel et l'interne recherche un lit d'hospitalisation dans un établissement voisin.

Le patient est autorisé à se lever pour aller aux toilettes. De retour, il présente une crise comitiale généralisée avec chute en arrière de sa hauteur.

Après traitement symptomatique et « récupération », une aggravation de l'état clinique se produit avec score de Glasgow à 4/15.

Un nouveau TDM montre un volumineux hématome extra dural.

Il est transféré en urgence au CHU.



#### CARACTÉRISTIQUES :

##### Gravité :

Hématome extradural nécessitant le transfert vers une unité de neurochirurgie.

Impact émotionnel familial important avec de grandes inquiétudes concernant et la prise en charge du patient et son devenir.

Évolution : hémiplégie

##### 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 en grande partie d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.



# Analyse Approfondie de Cas

## Chronologie de l'événement

**Vendredi 9 janvier, 8h 25 :** arrivée des pompiers au domicile des parents d'un patient de 31 ans, pour prise en charge d'un malaise de survenue brutale, avec perte de connaissance et chute de sa hauteur. Lors de l'arrivée des pompiers, le patient a repris connaissance.

**9h 06 :** admission du patient dans le service d'accueil des urgences et prise en charge par un interne. L'interrogatoire et l'examen clinique sont réalisés dans un box d'examen. Il est noté une amnésie des faits, une intoxication alcoolique avouée avec désir de sevrage (alcoolisation la veille), un état de marginalisation (le patient vit épisodiquement chez ses parents), des douleurs abdominales à gauche et des nausées depuis la veille, un score de Glasgow à 15/15, la présence d'un syndrome cérébelleux, l'absence de déficit moteur, un abdomen souple, dépressible et sensible à gauche. Une voie veineuse est posée (prévention d'un délirium tremens).

**10 h :** appel de l'interne à la mère du patient pour avoir plus de précisions sur le malaise. Après avoir écouté la description, une crise comitiale est évoquée malgré l'absence de morsures ou perte d'urines. Il n'y a pas d'antécédents connus de comitiales. Un scanner cérébral est demandé dans le cadre d'un bilan initial de crise comitiale.

**12 h :** Le scanner est normal. Le bilan biologique montre une alcoolémie à 0,22 g/l, une cytolysé hépatique et une rhabdomyolyse, une thrombopénie à 103 000 /mm<sup>3</sup>.

Il est décidé d'hospitaliser le patient. L'unité d'hospitalisation de courte durée est saturée. En raison d'un afflux de patients aux urgences et l'absence de lit en UHCD ou dans l'établissement, et en raison de l'état stable du patient (état jugé non grave et non complexe), le patient est installé sur un brancard (barrières remontées) dans le couloir. L'interne, pendant ce temps cherche une place d'hospitalisation dans un établissement de la région. Le patient commence à s'agiter et à enjamber les barrières du brancard... ; il lui est précisé par un IDE qu'il ne doit pas se lever.

**13 h :** le patient exprime le besoin d'aller aux toilettes. L'interne « aurait autorisé » au lever avec accompagnement (information non confirmée). Le patient de retour, seul, fait une crise comitiale généralisée avec chute en arrière de toute sa hauteur. Il est transféré immédiatement en salle de déchoquage. Il reçoit une injection de Rivotril® alors qu'il est déjà en phase de récupération. Il présente une agitation importante. Une surveillance neurologique est demandée.

**13 h 45 :** changement de l'équipe paramédicale.

**14 h 30 :** une baisse de la vigilance est notée.

**15 h :** aggravation de l'état neurologique ; Glasgow à 4/15.

**15 h 05 :** un nouveau scanner est demandé et réalisé qui montre un volumineux hématorne extra dural.

**15 h 30 :** de retour du scanner, nouvelle crise comitiale généralisée. Intubation et sédation. Injection de Prodi-lantin®. Organisation du transfert par le SAMU vers la réanimation des services des urgences du CHU.

**16 h :** l'interne informe la mère du patient de l'aggravation de l'état de santé de son fils et de son transfert. Le père arrive aux urgences et rencontre les médecins.

**17 h 10 :** transfert vers le CHU.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

- Défaut de surveillance du patient.
- Défaut d'anticipation et d'accompagnement des besoins physiologiques du patient.

## Facteurs latents

### Patient :

Compliance aux soins médiocre. ++  
Habitus (marginalisation-alcoolisation) .  
Tableau clinique complexe avec pathologies intriquées.

Influence forte : +++  
Influence moyenne : ++  
Influence faible : +

### Professionnels / facteurs individuels :

Sous estimation des facteurs de risques (comitialité —chutes).+++  
Défaut de connaissance sur les risques de récurrences de crise comitiale dans les 6 heures et les traitements à éviter (benzodiazépines). +++  
Insuffisance des qualités relationnelles avec le patient.

### Équipe :

Défaut de communication écrite et orale dans l'équipe (absence de consigne claire concernant le lever).+++  
Collaboration insuffisante.  
Défaut d'adaptation à une situation imprévue.

### Tâches :

Procédure ou protocole absent pour la prise en charge d'une crise comitiale. ++  
Planification des tâches non adaptée : perte de temps pour la recherche d'un lit par l'interne. +++  
Difficulté d'accès à l'information des lits disponibles dans l'établissement et dans les établissements voisins. ++

### Environnement :

Absence de solution dégradée en situation de saturation des urgences. +++

#### Mauvaises conditions de travail :

- afflux massif de patients aux urgences, stress, surcharge de travail.
- interruption des tâches médicale pour rechercher un lit. +++

Défaillance dans les conditions d'hébergement : utilisation inadaptée d'un brancard comme lit. +++

### Organisation :

Mauvaise attribution de tâches : recherche d'un lit d'hospitalisation par l'interne. +++  
Effectifs inappropriés (médicaux et paramédicaux) lors de pics d'activité. ++

#### Défaut de coordination entre services :

- pas de conduite à tenir
  - pas de solution dégradée lors de dépassement de la capacité d'accueil de l'UHCD. +++
- Organisation générale imprécise (recherche chronophage de lits d'aval).

### Institution :

Échanges ou relations avec les autres structures difficiles.  
Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement de santé (ressources sanitaires en amont et aval des urgences non communiquées et non accessibles). ++

## Facteurs d'atténuation

Aucun facteur identifié



## Enseignement : Actions / Barrières

### Spécifique:

Le patient en état d'alcoolisation aiguë aux urgences peut présenter une pathologie sous-jacente. Sa prise en charge et sa surveillance « méritent » une attention redoublée.

### Commun :

- Connaître la prise en charge d'une première crise comitiale aux urgences : traitement et conditions de surveillance.
- Assurer la supervision des internes et la seniorisation dans les services d'urgences sont indispensables et doivent être organisées pour assurer la qualité des soins.
- S'il est obligatoire d'écrire des consignes médicales claires, il est aussi utile de les confirmer et les commenter oralement .
- Etudier la faisabilité d'une organisation permettant d'adapter les ressources humaines aux variations de flux de patients aux urgences.
- Rendre opérationnelle une organisation interne (commission des admissions ?) permettant l'hospitalisation des patients admis aux urgences et en cas d'indisponibilité de lits, définir une stratégie de recherche de place en concertation avec les établissements de proximité.

### Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable.



Docteur Régine LECULEE  
Nathalie ROBINSON cadre de santé

CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
[regine.leculee@ccecqa.asso.fr](mailto:regine.leculee@ccecqa.asso.fr)  
[nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr](mailto:nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr)

### Général :

Le suivi en temps réel des lits disponibles par les établissements d'un territoire devrait permettre au médecin régulateur du territoire d'optimiser l'orientation des transports par les pompiers ou le SMUR vers les structures MCO aptes à assurer une hospitalisation adéquate.

## Références et Bibliographie

- E.Casalino E.Grodidier J.Servan L.Valton—Prise en charge de l'épilepsie chez les personnes en grande précarité ; Synthèse de la réunion de consensus, Paris, novembre 2004
- Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins ; HAS Recommandations pour la Pratique Clinique, septembre 2001
- L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil d'urgence ; commission de veille scientifique, SFMU, Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992.
- Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique quel objectif thérapeutique ? pour quel patient ? sur quels critères ? Recommandations de la SFA pour la pratique clinique. Alcoologie et addictologie 2001 ; 23 (4 suppl.) : 1S-76S

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