



Analyse de scénario

Urgences

Fiche animateur

Description des circonstances de survenue de l'évènement.

Au mois d'août, un dimanche en fin d'après-midi, un jeune adolescent se présente accompagné de sa maman aux Urgences. La journée a été très chaude (plus de 40 ° à l'ombre). Le jeune homme a été à la plage vers 13 heures, mais ne se sentant pas très bien il est rentré au domicile 15 minutes plus tard. La maman explique que son frère médecin généraliste a conseillé par téléphone la prise de paracétamol et de consulter aux urgences si son état ne s'améliore pas. La tante de l'adolescent a été sollicitée car elle est dermatologue et la famille a suspecté une piqure de méduse. Cependant aucune trace de cette hypothétique piqure n'a été retrouvée. Finalement vers 19 heures la famille décide de se rendre aux urgences de l'hôpital. Le motif de venue est une hyperthermie (39°3 C) avec frissons, des céphalées et des vomissements. Dans les antécédents on note des migraines. L'anamnèse est réalisée par un interne de garde (IDG). Il inscrit ainsi la fièvre évoluant depuis quelques heures, le séjour à la plage vers 13 heures au pic chaleur, les antécédents et la prise de paracétamol sur les conseils médicaux familiaux. L'examen clinique est effectué et il est noté « bon état général ; auscultation cardio-pulmonaire normale ; examen abdominal normal ; pas de syndrome neurologique, ni méningé ; pas de signe cutané ; examen ORL normal sauf une petite gêne pharyngée ; pas de signe fonctionnel urinaire ; discrète sensibilité de l'épaule droite, sans limitation de mobilité et sans signe local. » Un bilan biologique est prescrit ainsi qu'une radiographie thoracique et de l'épaule après avis du médecin sénior. L'hypothèse d'un coup de chaleur est proposée au médecin sénior qui récuse ce diagnostic et préfère interroger la maman. Celle-ci déclare qu'elle trouve son fils différent depuis quelques jours.

Le jeune patient va être en alternance dans un box et le couloir des urgences. En effet la charge en soins est élevée (155 passages dans la journée dont 41 entre 18h et 04h). Vers 20h15 une première série d'hémocultures est réalisée (39°4C). De la glace est mise sur les plis inguinaux et les racines des membres supérieurs. A 21h30 les bilans sanguin et urinaire sont visés. Une voie veineuse périphérique est fonctionnelle. L'IDG téléphone au pédiatre pour évoquer ce patient. Le pédiatre lui conseille de poursuivre la surveillance thermique et de la fréquence cardiaque. Un nouvel examen clinique par l'IDG ne ramène toujours aucun élément probant. Pas d'autres signes cliniques et pas de lésions cutanées. Un traitement par paracétamol injectable (1g toutes les 6h) et Advil® en alternance est initié avec poursuite du glaçage.

Vers 22 h l'IDG informe la maman que son fils reste sous surveillance en l'absence de signes cliniques francs. L'USC est complète, il n'y a pas de lits de pédiatrie conventionnelle. La zone réservée à l'hospitalisation de jour pédiatrique est juxtaposée au service des urgences. Une porte battante les sépare puisqu'il s'agit théoriquement de la ZSTCD. Les médecins se scindent en 2 équipes (un PH senior et 1 IDG) à partir de minuit. Une équipe reste opérationnelle, l'autre part sur l'internat et reste disponible sur appel de l'équipe restant dans les locaux des urgences. Vers minuit, sortie pour ZSTCD avec prescriptions par l'IDG 1 : surveillance TA, pouls toutes les 3 heures, surveillance thermique toutes les heures. Les transmissions réalisées par l'IDG 1 à l'IDG 2 sont les suivantes : « Hyperthermie à 40° C, Bilan sanguin, urinaire, radiographique : RAS, Avis pédiatre : réhydratation, CRP plate, Surveillance jusqu'à baisse de la fièvre si nouveau symptôme apparaît revenir consulter le service des urgences ». Les IDE notent dans les transmissions ciblées : « Enfant de 15 ans adressé aux urgences pour hyperthermie à 40° C, céphalées, frissons et vomissements. Est resté très peu de temps au soleil dans l'après-midi. Antécédents : migraineux A eu bilan, 2 hémocultures, un cathéter et réhydratation. Fièvre difficile à céder. Reste en observation jusqu'à ce que la fièvre soit ≤ 38 ° C Doit téléphoner à 1 pédiatre demain. Coordonnées données pour le pédiatre de l'hôpital. ». Vers 3h40, l'IDG 2 signe la sortie au domicile (situé à 10 mn de l'hôpital) du jeune patient en notant sur le dossier « va mieux, pas de plainte, T° = 38,1°, n'a plus de nausées, non algique ».

Aucune consigne précise de surveillance n'est donnée. Entre 4h et 7h30 au domicile l'adolescent a 2 diarrhées et à 7h30 il apparaît d'une tache cutanée sur l'épaule droite. A 8 h, le médecin sénior et l'IDG ayant admis la veille le jeune homme sont surpris de son retour. Le patient est dans la salle d'attente assis, le teint gris. Un test de vitro pression sur la tache cutanée dans le dos, ce test est négatif. Il est emmené immédiatement en salle de réanimation (déchoquage). L'alarme est déclenchée et la maman conduite hors du box. Il est noté : « Myalgies des 2 membres inférieurs (genoux), Purpura diffus apparu en 20 minutes : purpura fulminans, Fréquence cardiaque : 110 ». Appel du pédiatre en renfort.

Description des conséquences.

Mise en place d'une VVP et bilan sanguin. Une ponction lombaire est effectuée et ramène un liquide trouble. 3 g de Claforan® sont administrés. Réanimation et TDM cérébral. Intubation...arrêt cardiorespiratoire malgré la prise en charge adaptée. Décès du patient à 9h45. Famille informée toutes les 15 mn. Mesures prophylactiques mises en place.

Purpura fulminans à méningocoque Neisseria Meningitidis B.

Analyse

Causes immédiates :

- Une première 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 de consignes précises données à la famille pour la surveillance au domicile.

Conditions latentes :

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 interpersonnels larvés.

Défaillance dans l'organisation de la continuité des soins (Scission de l'équipe en 2 à partir de minuit non adaptée étant donnée la charge de travail).

Institution :

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

Ressources sanitaires insuffisantes (les urgences en période estivale double leur activité et couvrent une zone importante, sans services de pédiatrie ou d'UHCD ou ZSTCD)

Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement de santé (obligation UHCD pédiatrique). *Si le service des urgences accueille à la fois des enfants et des adultes, il doit disposer de deux UHCD : une adulte, une pédiatrique, ou disposer d'une UHCD adulte et de lits spécifiques en service de pédiatrie conventionnelle (recommandation SFMU).*

Enseignements tirés.

Facteurs d'atténuation ou de récupération :

Bonne capacité à répondre à des urgences vitales en mobilisant rapidement les ressources et les compétences nécessaires et en proposant des soins adaptés à la situation clinique et des mesures prophylactiques afin d'éviter la survenue de plusieurs cas.



Actions proposées par l'équipe

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

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.

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 - Recommandations – législation ou littérature

Purpura fulminans : prise en charge – F. Dubos pédiatre, infectiologue urgences pédiatriques et maladies infectieuses CHRU Lille. www.infectiologie.com/site/.../desc-mai2011-Purpura-fulminans.pdf

<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/desc/2017/seminaire-avril-2017/cours-mercredi-12.04/purpura-fulminans-fdubos.pdf>

Instruction n° DGS/RI1/2011/33 du 27/01/2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque: www.sante.gouv.fr/.../Instruction_noDGS-RI1-2011-33_du_27_janv...

Les méningites à méningocoques OMS www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/fr/index.html
<http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/meningococcal-meningitis>

Méningite à méningocoques Institut Pasteur- Consulté sur Internet le 10/10/2011 :

www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/presse/fiches-sur.../meningite

<https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/meningites-meningocoques>

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.:

www.sfm.org/documents/consensus/rbpc_sauv-ped.pdf

<http://urgences.anap.fr/publication/1912-recommandations-de-la-sfm-concernant-la-mise-en-place-la-gestion-l-utilisation-et-l-evaluation-des-unites-d-hospitalisation-de-courte-duree-des-services-d-urgence>

