

FICHE D'ENSEIGNEMENTS SUAP 2022-1: deux angoissées et une simulatrice LSP

SITUATIONS OPÉRATIONNELLES

11/02/2022

Cas N° 1: 20:28 intervention ALD du 15 pour « F 27 ans, douleur thoracique milieu qui serre, remonte vers mâchoire, 1^{er} épisode, pas d'antécédent ». L'ODE précise: F 27// dlr tho.

Lors du contact en NU, le CA dit « qu'elle s'est plaint de dlr au thorax depuis ce matin, sans PCI. 1^{ère} fois; Il précise qu'elle a un enfant de 13 mois malade, qu'elle prend tout à cœur, manque de sommeil, est fatiguée, est très stressée; n'a plus de dlr thoracique mais arrivé deux fois dans la journée avec hyperventilation et fourmillements dans les doigts type accoucheur qui évoque angoisse, tétanie/ aucun critère de gravité, aucun traitement ni antécédent; les constantes sont dans les normes. précise était dehors avec charge du bébé et de valises (il y a longtemps aurait eu un épisode identique avec diagnostic d'angoisse. Ne se plaint pas de douleur thoracique mais d'une gêne, non irradiante ». Le CA pense à une crise d'angoisse et dit qu'elle veut rester sur place et conseille de voir le médecin traitant le lendemain. Après le CR de l'OCM au médecin, il est décidé de la laisser sur place.

Le dossier de la CM montre: avant l'arrivée des sp : f 27 ans // dlr tho vers 20 h // angoisse avec main en position accoucheur // 1^{ère} fois // pas effort // non irradiante // à l'arrivée des sp : bote // pas de pci // pas dlr tho // non modifié à la palpation ni respiration / mollet souple nn dlr // stress en ce moment // + manque de sommeil pas de FRCV // pas atcd familiaux // veut rester chez sa mère //

Dans sa lettre de réclamation, la patiente parle d'une violente douleur dans le thorax, les bras et la mâchoire qui s'est paralysée; elle nous informe que très essoufflée le lendemain, elle consulte un cardiologue qui pense à une embolie pulmonaire, ce qui est confirmé par le scanner thoracique aux urgences (EP bilatérale). Elle restera 5 jours en soins intensifs sous oxygène. Elle signale avoir demandé aux SP de vérifier sa PA debout car c'est debout qu'elle se sentait moins bien et que cela a été refusé; que c'est bien une crise d'angoisse qu'ils ont diagnostiquée.

Cas N°2: 18:27 intervention ALD du 15 pour « F 42 ans se plaint de céphalées depuis une semaine et depuis 5 min et confuse, suspicion d'AVC ». L'ODE précise: « 42 ans -- céphalée dps 1 sem -- confuse -- suspi avc -- ».

Lors du contact en NU, le CA rapporte « au retour du travail un épisode de fatigue, légèrement assoupie, et aurait eu des difficultés à parler (« mots présents dans sa tête mais n'arrivait pas à sortir les mots »...) – céphalées depuis une semaine – RDV prévu chez médecin traitant pour cela dans 1j – « angoissée par cette situation » - paramètre vitaux normaux – céphalées à 3/10. Pas de signes neurologiques au moment du bilan. Atcd hypothyroïdie sous Levothyrox, pas de Facteurs de Risque CV. Puis, OCM et CA se convainquent mutuellement que cela ne fait pas AVC. Le CA indique ensuite qu'« il n'est pas inquiet et aimerait savoir si une ambulance privée pourrait

emmener la patiente à l'hôpital, car c'est l'angoisse »... il précise que la patiente ne veut pas d'un médecin à domicile mais veut aller à l'hôpital, et que son discours ne la rassure pas ! »

En raison de la demande de LSP, le bilan est présenté au médecin et l'OCM explique que « c'est juste un manque de mot comme quand on est fatigué ». Le médecin valide l'ambulance privée car la patiente demande un transport. L'hôpital de proximité où elle est transportée par l'ambulance privée ne dispose pas d'USIVN et un transfert est nécessaire, ce qui occasionne un retard dans le traitement de l'AVC. L'hospitalisation dure 24 jours, dont 5 jours strictement à plat.

Le signalement est fait via le 15 qui a reçu une réclamation de l'époux, avec une demande de Revue de Morbi-Mortalité (RMM) nous concernant par le médecin conseil de l'APHP, mais aussi via CONTOPS par une lettre de réclamation.

Cas N° 3: 16:55 appel 18 pour « F 37 qui avait mal à la gorge depuis un jour, qui n'avait pas répondu au tel dans la journée et qui s'est aggravée ». L'opérateur 18 appelle sur place et prend des renseignements auprès d'un voisin. Il dit qu'elle ne peut pas parler et on comprend qu'elle est confuse : « dit n'importe quoi, ne sait pas ce qu'elle dit, parle seule, perd la tête ». L'opérateur insiste pour parler à la victime qui dit « ha ha, oui, ouais ouais, aie aie ». Il a noté sur l'ODE « maux de gorge depuis hier » et fait une procédure verte qui revient au bout de 14 min avec la mention « confuse, incohérente ».

Le CA fait le N° urgent, décroché par un médecin, et annonce une recherche UNV. Le médecin transfère à un OCM. Le CA précise que « cela dure depuis 16 :00, qu'elle parle seule, fait des phrases courtes : OK oui oui, a un trouble de la parole, pas de contact visuel, pas d'asymétrie, bonne motricité et sensibilité, pas d'intox, céphalées ? a de la fièvre à 37°5 pense que Visiofocus peu fiable (on ne sait pas si au toucher elle est chaude), Y4V3M6 FC 146, autres constantes normales.

L'OCM demande s'il y a eu dispute, est suspicieux. CA dit : pas de contact, n'accroche pas le regard.

L'OCM pense que l'entourage interfère et demande de l'isoler et de refaire le point.

Second contact après être descendu dans le VSAV : CA dit que c'est de la simulation suite à différend familial, qu'elle va mieux et ne veut pas aller à l'hôpital, qu'elle parle, est cohérente. Il propose de laisser sur place. L'OCM confirme. Le médecin n'est jamais consulté.

Dans sa lettre de réclamation confirmée par le CR hospitalier, la patiente dit avoir été transportée aux urgences le même jour pour une méningoencéphalite avec 41°C et confusion. L'hospitalisation a duré 7 jours.

FICHE D'ENSEIGNEMENTS SUAP 2022-1: deux angoissées et une simulatrice LSP

PROBLÉMATIQUE

- L'efficacité du SUAP repose sur la qualité de l'**organisation** et des **procédures**, ainsi que sur les **compétences techniques et non techniques** des différents maillons concourant à la réalisation de la mission.
- Si des **barrières de prévention** (formation), de **récupération** (organe de contrôle) voire **d'atténuation des erreurs** sont mises en place, elles sont parfois inefficaces pour rattraper la défaillance d'un niveau **et la sécurité de la prise en charge des victimes n'est plus assurée**.
- Ces trois cas sont des Événements Indésirables Graves, bien que ces situations soient traitées en formation initiale des CA qui repose sur une formation théorique et des cas concrets axés sur l'opérationnel. Les OCM y sont aussi sensibilisés.
- **Il est important de connaître les erreurs récurrentes et d'en comprendre le mécanisme afin de ne pas les reproduire.**

CE QU'IL FAUT RETENIR

- 1- **Les bilans doivent être factuels** : les faits doivent être recherchés et **rapportés tels quels, sans aucune interprétation**, en particulier sans essayer de faire un diagnostic de cause. Si la personne se dit angoissée, c'est un fait et potentiellement un signe de gravité ou encore la perception de la gravité par le patient. Mais on ne doit pas essayer d'expliquer le reste du bilan par cette angoisse (**biais de confirmation**) en occultant ainsi d'autres faits et en construisant **une conscience de situation erronée**. L'angoisse peut être la conséquence d'une détresse vitale, d'un manque d'O². En médecine, ce diagnostic n'est porté qu'après élimination préalable de causes graves.
- 2- **Une pathologie peut évoluer plusieurs jours avant de s'aggraver**, même si on a déjà consulté. Les appels répétés sont jusqu'à preuve du contraire un signe de gravité.
- 3- **La formation des CA et des OCM ne leur permet pas de connaître toutes les pathologies**. Leur rôle est de détecter et prendre en charge les détresses et transmettre un bilan factuel.
- 4- **Tout signe neurologique aigu** (déficit moteur ou sensitif, trouble de la vision ou de l'équilibre, trouble de la parole quel qu'il soit, confusion) **doit entraîner un avis médical et un transport hospitalier pour rechercher une pathologie neurologique à traiter de façon urgente (AVC, infection,...)**. Les signes neurologiques peuvent être transitoires et réapparaître secondairement.

POINTS D'ATTENTION

On retrouve des points communs aux trois interventions:

- **Demande 15 ou retour de procédure verte**: il existe un biais cognitif largement partagé laissant penser que les appels 15 ne sont pas toujours justifiés. Les statistiques montrent que pour les départs ALD du 15, une victime sur 10 est UA et que pour les départs 18/112, une victime sur 20 est UA (toutes procédures confondues). Cet a priori non confirmé a parfois un lien avec la qualité du bilan.
- **Le CA et/ou l'OCM font un diagnostic de cause**, soit d'angoisse, soit de simulation, alors que ce n'est ni dans leurs attributions, ni dans leur champ de compétence. **Ils interprètent des faits** sans avoir les connaissances médicales nécessaires. La conviction avec laquelle ce diagnostic erroné est affirmé lors du contact CM favorise ensuite une erreur de décision médicale. Dans le troisième cas, ils dépassent leur cadre d'autonomie.
- **Il y a un écart entre règlement opérationnel/formation et bilan**:
 - Les troubles de la parole isolés et/ou transitoires sont enseignés comme devant faire évoquer un trouble neurologique aigu (BSP 200.2 / chaque CA a assisté à un cas concret illustrant ce point)
 - On ne peut pas évoquer la tétanie comme conséquence de l'angoisse s'il y a douleur thoracique ou trouble neurologique (BSP 200.2 et fiches CNC)
- **Il s'agit de trois UA dont deux étaient reconnaissables dès l'appel (signes neurologiques) et une nécessitait un bilan hospitalier (UA a posteriori)**. Les trois pathologies peuvent engager le pronostic vital à court terme ou laisser de graves séquelles.
- **Une victime est arrivée dans un hôpital sans USINV**, ce qui a encore augmenté la perte de chance d'être soigné à temps.

FACTEURS D'ATTENUATION

- Les victimes de pathologies neurologiques aiguës ou leur famille avaient la conviction qu'il fallait se rendre à l'hôpital.
- La victime d'embolie pulmonaire n'a pas fait d'ACR (l'EP est une cause fréquente de l'ACR chez la femme jeune).