

SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Sujet :

TOUS LES CAS PRATIQUES SONT A TRAITER

Cas pratique 1

Un patient est hospitalisé pour un séjour MCO. Calculez les recettes perçues pour ce séjour par un établissement public :

- Taux de prise en charge : 80%
- Tarif du GHS : 5000€
- Prix de journée : 500€
- Nombre de jours facturables : 8

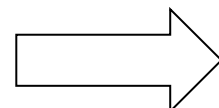
Cas pratique 2

Madame « A », âgée de 65 ans, est admise en service de chirurgie ambulatoire pour la cure programmée d'une rétraction du tendon des fléchisseurs du 3^{ème} doigt de la main gauche, sous anesthésie locale. Trois mois auparavant, elle a été vue, accompagnée de son fils, en consultation d'orthopédie où le diagnostic a été posé par le chirurgien. Elle ne fume pas, ne consomme pas d'alcool, ni de substances illicites. Les risques et les bénéfices de la procédure chirurgicale ainsi que les alternatives au traitement chirurgical lui ont été exposés. Après un délai de réflexion, madame « A » a opté pour l'intervention chirurgicale et celle-ci a été programmée ce jour. Le chirurgien a réalisé la cure chirurgicale d'un syndrome du canal carpien gauche. Au moment de la dictée du compte-rendu opératoire, le chirurgien a réalisé qu'il s'était trompé d'intervention chirurgicale.

Question N°1

Qualifiez cet événement.

SUITE AU VERSO



Question N°2

Comment peut-on estimer la criticité de cet événement ?

Il s'agissait de la dernière patiente du programme opératoire que le chirurgien a réalisé dans la suite de sa garde. Le programme comportait trois interventions chirurgicales complexes sous anesthésie générale suivies de trois interventions chirurgicales *a priori* sans difficultés de la main sous anesthésie locale ou locorégionale. Le chirurgien explique que la première des trois interventions chirurgicales de la main était une cure d'un syndrome du canal carpien et que cette patiente « B » avait été particulièrement « pénible » pendant toute la procédure. Immédiatement après cette intervention, il a expliqué les principes de l'intervention chirurgicale à la patiente « A ». A ce moment, il a constaté que le repérage du côté du site chirurgical avait été réalisé par une marque de couleur au niveau du poignet gauche par l'infirmière de bloc opératoire, conformément aux procédures de l'hôpital.

L'ambiance au bloc chirurgical était tendue ce jour-là, du fait d'un retard usuel pris par ses collègues sur leur programme opératoire. Faute de place, la décision a été prise d'installer madame « A » dans une autre salle d'intervention. Ce changement de lieu s'est accompagné d'un changement d'équipe : l'infirmière qui avait effectué le repérage pré-opératoire de la patiente « A » n'était plus disponible. Cela a également contribué à repousser l'intervention et pendant l'intervalle, le chirurgien en a profité pour voir un autre patient en secteur de consultation.

A son retour en salle de réveil, le chirurgien a été de nouveau sollicité pour rassurer la patiente « B » agitée et se plaignant d'une douleur intense au niveau du site opératoire. Lorsqu'il est enfin entré en salle opératoire, la patiente « A » était installée. Il manquait un garrot dans la boîte d'instruments et l'infirmière de bloc a dû quitter la salle pour en chercher un. A son retour, le chirurgien dialoguait avec la patiente « A ». L'infirmière de bloc a été relevée après l'incision.

Question N°3

En tant que gestionnaire des risques, quelle méthode d'analyse *a posteriori* des erreurs proposez-vous pour cet événement ?

Question N°4

Quelle procédure aurait pu prévenir cet événement ?

Question N°5

Citez trois causes individuelles ou systémiques ayant pu favoriser cet événement.

Question N°6

Citez trois mesures de prévention destinées à prévenir la répétition de cet événement.

Cas pratique 3

Un patient est admis au service d'accueil des urgences pour une douleur thoracique. L'ECG initial est non contributif, les enzymes cardiaques à l'admission sont normales. L'urgentiste décide de l'hospitaliser en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Un avis cardiologique recommande de contrôler l'évolution. Après quelques heures de surveillance (monitoring), une échographie cardiaque et une épreuve d'effort sont réalisées et s'avèrent normales. L'évolution des enzymes cardiaques n'est pas en faveur d'une nécrose myocardique. Il est conclu à une douleur thoracique sans origine coronarienne. Le patient sort 6 heures après son arrivée aux urgences.

Question N°1

Que proposez-vous comme codage pour le diagnostic principal (sans rechercher le code CIM 10) ?

Question N°2

L'hospitalisation est-elle licite ? Argumentez.

Question N°3

Vous appuyez-vous sur un texte réglementaire ?

Cas pratique 4

Un patient âgé de 60 ans, vivant seul à domicile, est adressé au service d'accueil des urgences pour une douleur du membre inférieur gauche. Dix jours auparavant, il a été victime d'une plaie de la surface plantaire gauche, pour laquelle il n'a pas consulté son médecin, et qui l'a contraint à l'alitement depuis cette date. A l'admission, il se plaint d'une douleur du mollet gauche qui est modérément augmenté de volume, rouge, et chaud. Sa température est à 37,9°C. Il n'a pas d'antécédent personnel de thrombose veineuse profonde ni d'antécédent familial de maladie thrombo-embolique veineuse mais a un diabète non-insulinodépendant ancien. A l'examen physique, il existe un œdème unilatéral du mollet

SUITE AU VERSO



gauche, prenant le godet, associé à un érythème chaud, sensible, et bien délimité. Les deux hypothèses diagnostiques évoquées sont la thrombose veineuse profonde et la dermohypodermite aiguë nécrosante (érysypèle) du membre inférieur gauche.

Question N°1

Le tableau 1 (ci-dessous) présente l'estimation tirée d'une méta-analyse de la valeur diagnostique des différents signes cliniques de thrombose veineuse profonde. Quels sont les données anamnestiques et les signes cliniques rapportés dans l'énoncé qui permettent d'exclure le diagnostic de thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche chez ce patient ? Justifiez.

Question N°2

Quelles sont les variables du modèle de prédiction clinique simplifié de thrombose veineuse profonde (tableau 2 ci-dessous) présentes dans l'énoncé ?

Question N°3

Quelle est la valeur du score de prédiction clinique de thrombose veineuse profonde calculée chez ce patient ?

Question N°4

Quelle est la probabilité clinique de thrombose veineuse profonde prédite par le modèle simplifié chez ce patient ?

Question N°5

Un dosage des d-dimères est réalisé par la méthode ELISA (sensibilité égale à 96% et spécificité égale à 40% pour un seuil de positivité à 500 ng/mL) chez ce patient. Déterminez le rapport de vraisemblance de thrombose veineuse profonde en présence d'un dosage normal (inférieur à 500 ng/mL) des d-dimères. Détaillez votre calcul.

Question N°6.

Déterminez graphiquement à l'aide du diagramme de Fagan (Figure 1 ci-dessous) la probabilité post-test de thrombose veineuse profonde en cas de résultat normal (inférieur à 500 ng/mL) du test des d-dimères.

Une thrombose veineuse profonde non compressible dont l'extrémité proximale est située dans la veine fémorale superficielle gauche a été objectivée chez ce patient. Un traitement anticoagulant est débuté conformément aux recommandations actuelles. On s'interroge sur le site de traitement adapté à ce patient. Les recommandations de l'American College of Chest Physicians publiées en 2012 indiquent : « *Chez les patients avec un épisode aigu de thrombose veineuse profonde et pour qui les conditions de vie à domicile sont adéquates, nous recommandons le traitement initial à domicile plutôt qu'à l'hôpital (Grade 1, niveau de preuve scientifique B) ».*

Question N°7 :

Dans la pratique d'une médecine fondée sur les preuves scientifiques (evidence-based medicine), quels sont les deux éléments qui pourraient faire renoncer au traitement initial à domicile ?

SUITE AU VERSO

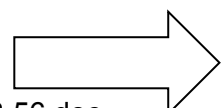


Tableau 1. Valeur diagnostique des signes cliniques de thrombose veineuse profonde

Signe clinique	Nombre d'études	Rapport de vraisemblance (intervalle de confiance à 95%)	
		Positif	Négatif
Douleur du mollet	12	1,08 (0,96 à 1,20)	0,90 (0,78 à 1,03)
Gonflement du mollet	16	1,45 (1,25 à 1,69)	0,67 (0,58 à 0,78)
Antécédent de thrombose veineuse profonde	11	2,25 (1,57 à 3,23)	0,90 (0,85 à 0,95)
Cancer évolutif	20	2,71 (2,16 à 3,39)	0,89 (0,85 à 0,93)
Immobilisation récente	17	1,98 (1,70 à 2,30)	0,90 (0,85 à 0,94)
Chirurgie récente	17	1,76 (1,40 à 2,20)	0,94 (0,91 à 0,97)
Obésité	5	0,85 (0,59 à 1,23)	1,04 (0,96 à 1,13)
Signe d'Homans	11	1,40 (1,18 à 1,66)	0,87 (0,79 à 0,96)
Différence de circonférence du mollet	8	1,80 (1,48 à 2,19)	0,57 (0,44 à 0,72)
Chaleur locale	12	1,29 (1,07 à 1,54)	0,87 (0,78 à 0,98)
Erythème	6	1,30 (1,02 à 1,67)	0,88 (0,80 à 0,98)
Œdème du mollet	12	1,35 (1,05 à 1,74)	0,86 (0,79 à 0,94)

(Adapté de Goodacre et al. *Ann Intern Med* 2005 ;143 :129-39)

Tableau 2. Modèle de prédiction clinique simplifié de thrombose veineuse profonde.*

Variable clinique	Score
Cancer évolutif (traitement en cours, ou dans les 6 mois précédents, ou palliatif)	1
Paralysie, parésie, ou immobilisation récente des membres inférieurs	1
Alitement récent de 3 jours ou plus, ou chirurgie majeure dans les 12 semaines précédentes nécessitant une anesthésie générale ou régionale	1
Sensibilité localisée le long du réseau veineux profond	1
Augmentation de volume de la totalité du membre inférieur	1
Augmentation de la circonférence du mollet d'au moins 3 cm comparativement au membre inférieur asymptomatique (mesuré 10 cm au-dessous de la tubérosité tibiale)†	1
Œdème prenant le godet limité au membre inférieur symptomatique	1
Circulation veineuse collatérale superficielle (non-variqueuse)	1
Antécédent de thrombose veineuse profonde documenté	1
Hypothèse alternative au moins aussi probable que le diagnostic de thrombose veineuse profonde	- 2

* Le score est obtenu par addition des points correspondant aux variables présentes chez le patient. La probabilité de thrombose veineuse profonde est :

- élevée (53%, intervalle de confiance à 95%, 44% à 61%) pour un score supérieur ou égal à 3
- modérée (17%, intervalle de confiance à 95%, 13% à 23%) pour un score égal à 1 ou 2
- faible (5%, intervalle de confiance à 95%, 4% à 8%) pour un score inférieur ou égal à 0.

† Chez les patients avec des symptômes bilatéraux, la variable est recueillie sur le membre inférieur le plus symptomatique.

(Adapté de Wells PS et al. *JAMA* 2006 ;295 :199-207)

SUITE AU VERSO

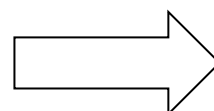
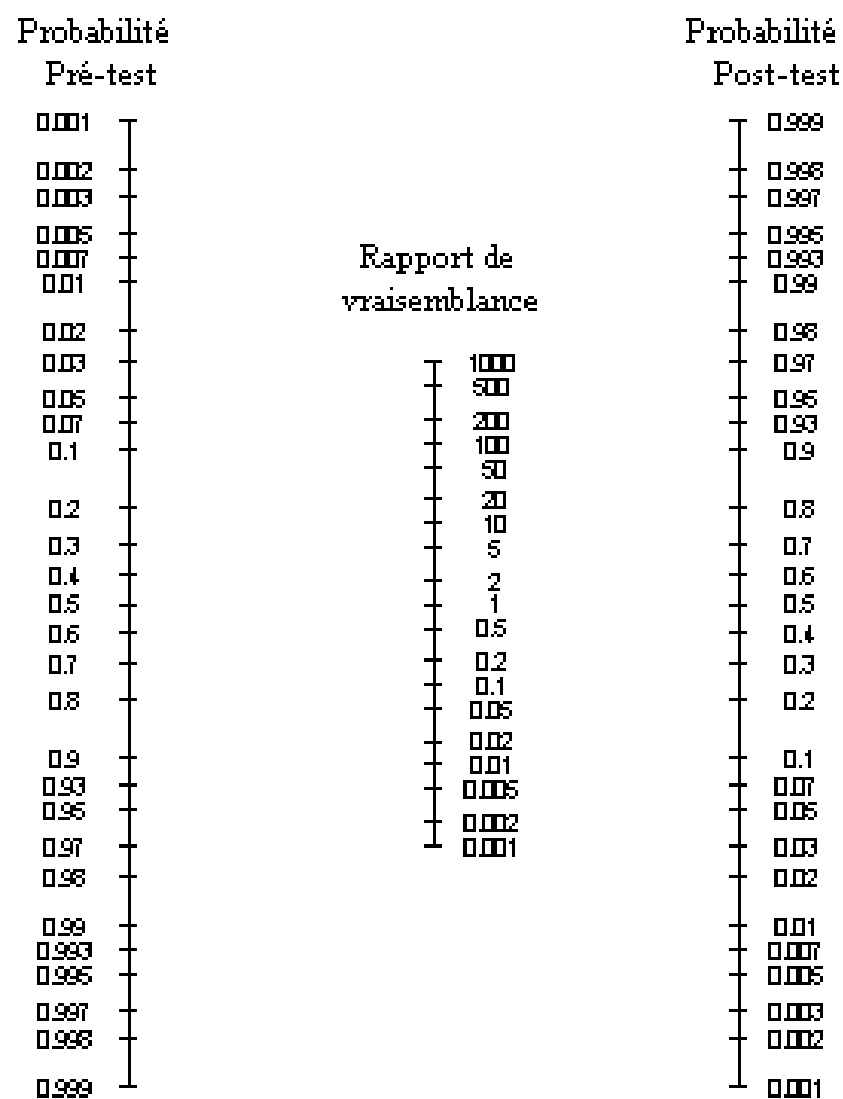


Figure 1. Diagramme de Fagan.



Cas pratique 5

Le microbiologiste d'un hôpital général signale à l'infirmière de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, après en avoir averti le clinicien, qu'un prélèvement positif à *Acinetobacter Baumanii* résistant à tous les antibiotiques testés a été isolé d'un prélèvement cutané (escarres purulentes) chez un patient du service de médecine polyvalente. Ce prélèvement a été réalisé à l'admission du patient, il y a trois jours. Ce patient a été transféré depuis le service de réanimation du centre hospitalier universitaire, après un séjour prolongé. Pour mémoire, le microbiologiste indique à l'infirmière hygiéniste que ce germe peut survivre dans l'environnement et sur des surfaces. Vous êtes le médecin hygiéniste de l'établissement.

Question N°1 :

Comment définissez-vous ce cas sur le plan de l'hygiène hospitalière ?

Question N°2 :

Quelles sont les mesures immédiates que vous mettez en œuvre ?

Question N°3 :

Quelle démarche devez-vous effectuer vis-à-vis des structures de santé publique ?