



MESURER  
& AMÉLIORER  
LA QUALITÉ

# Les soins en ville

Les risques existent aussi

11 mai 2023

## Ça peut aussi vous arriver

Événement 1

### DÉFAUT DE PRISE EN CHARGE D'UN ACCOUCHEMENT À DOMICILE METTANT EN JEU LE PRONOSTIC VITAL DE LA PATIENTE

*Une patiente trentenaire accouche à domicile accompagnée par deux sages-femmes libérales. Devant une hémorragie de la délivrance qui se poursuit malgré une révision utérine, les deux sages-femmes appellent le service d'aide médicale urgente (SAMU). La patiente est, finalement, amenée à la maternité par les pompiers où elle arrive 2 heures après son accouchement. La suite de la prise en charge consiste en une reprise de la révision utérine, la suture du périnée déchiré, une injection de fer, puis une transfusion sanguine 48 heures après.*

#### Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Il y a eu un défaut de prise en charge d'un accouchement à domicile.

#### Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- Les facteurs de risque de l'hémorragie de la délivrance (fibrome connu) n'ont pas été pris en compte, pour décider d'un accouchement à domicile.
- La délivrance a été incomplète malgré la révision utérine faite à domicile.
- Il y a eu une sous-estimation du risque vital :
  - les pertes sanguines et la gravité de l'état clinique de la patiente ont été sous-estimées ;
  - aucune voie veineuse n'a été posée ;
  - l'alerte du SAMU a été donnée avec retard et les informations médicales délivrées étaient incomplètes : l'évaluation des pertes sanguines et les signes vitaux n'ont pas été transmis. En l'absence de ces informations et, par conséquent, compte tenu de la description d'une situation médicale faussement rassurante, il a été décidé de faire appel aux pompiers et non au SMUR pour réaliser le transfert ;
  - le délai d'arrivée à la maternité s'est avéré trop long (2 heures après l'accouchement), au vu de la quantité de sang perdue.

## MÉCONNAISSANCE D'UNE CHUTE CHEZ UNE PATIENTE SURDOSÉE EN ANTI-VITAMINE K

Une patiente quinquagénaire aux antécédents de fibrillation auriculaire et d'embolie pulmonaire traitée par WARFARINE présente un INR (International Normalized Ratio) à 5,5. Apprenant ce surdosage, son médecin traitant alerte l'infirmière, qui se rend au domicile de la patiente pour modifier son pilulier en retirant la WARFARINE. L'infirmière découvre le pilulier vide. L'INR se normalise, mais la patiente présente 11 jours après une confusion et une ataxie. La patiente est hospitalisée en urgence et un hématome sous dural gauche chronique est découvert, avec nécessité de drainage chirurgical.

### Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Une chute chez une patiente surdosée en anti-vitamine K est passée inaperçue.

### Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- La patiente n'a pas fait l'objet d'une évaluation cognitive, et n'a donc pas fait l'objet d'une surveillance régulière quant à la prise effective de son traitement : les IDE passaient deux fois par semaine pour préparer le pilulier, mais elles ne géraient pas la prise du traitement.
- Il n'y a pas eu d'évaluation du risque de chute et, par conséquent, pas de prévention de ce risque chez cette patiente sous anticoagulant.
- Un contexte d'alcoolisme connu n'a pas été pris en compte.
- Un traitement pour deux jours n'était pas dans le pilulier et la patiente n'a pas pu l'expliquer.
- La famille n'a pas signalé la chute survenue quelques jours plus tôt.

## DÉFAUT DE DIAGNOSTIC D'UNE HYPOGLYCÉMIE CHEZ UNE PATIENTE DIABÉTIQUE ENTRAÎNANT SON DÉCÈS

Une patiente septuagénaire ayant de nombreuses comorbidités et vivant au domicile avec son fils est prise en charge par une jeune infirmière diplômée d'État (IDE) libérale remplaçante. L'IDE la trouve le premier matin de son remplacement, endormie, avec une glycémie basse à 0,51 g/L. Elle en informe le fils qui lui dit que cette somnolence est habituelle. Elle recontrôle la glycémie 5 min après et la trouve à 0,67 g/L. Elle consulte le carnet de glycémies qui montre des résultats corrects les jours précédents. Elle ne réveille pas la patiente mais, un peu inquiète, rappelle le fils dans la journée, sans succès. Le lendemain, lors de son passage, elle trouve la patiente décédée.

### Que s'est-il passé ? Cause immédiate

La prise en charge d'une hypoglycémie chez une personne diabétique n'a pas été adaptée.

### Pourquoi est-ce arrivé ? Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes

- L'infirmière n'a pas réalisé de surveillance adaptée (glycémies capillaires itératives de suivi) chez cette personne âgée fragile.
- Il n'y a pas eu de resucrage malgré l'hypoglycémie symptomatique.
- L'IDE était remplaçante, avec peu d'expérience de l'exercice libéral, et n'a pas été accompagnée par les autres IDE plus expérimentées du cabinet.
- L'entourage familial était faussement rassurant.
- L'IDE remplaçante présentait un état de fatigue chronique, aussi bien professionnelle que privée, car réveillée les nuits précédentes par son enfant de 2 ans.

Mots clés : *coordination ville-ville/ville-hôpital – erreur diagnostique – évaluation – soins à domicile*

## Pour que cela ne se reproduise pas

L'analyse des événements indésirables graves à partir de la base REX-EIGS a mis en évidence 209 EIGS liés à la médecine de ville de mars 2017 à décembre 2021.

La majorité concerne l'hospitalisation à domicile (HAD), des défauts de régulation d'appel au 15 ou des suicides chez des patients suivis en psychiatrie en permission.

Même si l'HAD ne relève pas juridiquement du secteur de ville, comme elle fonctionne la plupart du temps avec des professionnels libéraux (médecins, IDE, pharmaciens, biologistes), cela explique qu'on la retrouve quand on s'intéresse aux soins de ville.

Pour favoriser la continuité des soins en secteur de ville et faciliter la coordination ville-hôpital la gestion des EIGS repose sur :

- **un partage d'informations** entre tous les professionnels de la prise en charge ainsi que le patient et son entourage. Plusieurs leviers sont à la disposition des professionnels :
  - les lettres de liaison,
  - les messageries sécurisées, le DMP,
  - les procédures d'alerte entre laboratoire d'analyse de biologie médicale et médecin traitant, professionnels de santé concernés, notamment ce qui relève de la surveillance biologique des patients sous anticoagulants,
  - les nouveaux modes de travail coordonnés, tels que les communautés professionnelles territoriales de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles,
  - l'élaboration d'un projet de soins personnalisé en équipe et un partage de la situation du patient ;
- **une évaluation de la capacité à rester à domicile pour les personnes les plus fragiles ;**
- **la mise en œuvre des préconisations nationales de bonnes pratiques** pour un accouchement à domicile :
  - qui ne peut être envisagé que dans le cas d'une grossesse normale,
  - qui ne doit pas présenter de risque majoré de complications.

## La collection « Flash sécurité patient »

La collection « Flash sécurité patient » a pour objectif d'attirer l'attention et de sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques. Chaque flash sécurité patient est élaboré sur un risque particulier et récurrent à partir d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), identifiés et sélectionnés dans les bases de retour d'expérience nationales des événements indésirables graves associés aux soins (REX\_EIGS) ou de l'accréditation des médecins.

Ce flash s'intéresse aux événements indésirables graves liés à la médecine de ville qui comme toute activité de soins est exposée aux problèmes de gestion des risques et de défauts de communication.

Ce flash sécurité relate des événements auxquels des professionnels de santé ont été réellement confrontés et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements.

## Pour en savoir plus

Flash sécurité patient

[www.has-sante.fr/jcms/p\\_3240311](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3240311)

Rapport EVISA. Les événements indésirables liés aux soins extra hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. CCECQA, août 2009.

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_EVISAFinal\\_17aout09.pdf](http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf)

Gaal, Verstappen, Wensing. Sécurité des patients dans les soins primaires : une enquête auprès des médecins généralistes aux Pays-Bas. BMC Health Services Research 2010, 10 :21.

DREES, 2011, « Enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins - Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 », document de travail, DREES, série Études et Recherche, n° 109, septembre.

[drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/enquetes-nationales-sur-les-evenements-indesirables](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/enquetes-nationales-sur-les-evenements-indesirables)

Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013).

[www.santepubliquefrance.fr/docs/etude-epidemiologique-en-soins-primaires-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-en-france-esprit-2013](http://www.santepubliquefrance.fr/docs/etude-epidemiologique-en-soins-primaires-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-en-france-esprit-2013)

Revue de mortalité et de morbidité (RMM) pluri-professionnelle en ambulatoire – Dr Laffont, Dr J.M. Oriol / Expérimentation HAS-CEPPRAL 2011-2013.

[www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/experimentation\\_rmm-ppa.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/experimentation_rmm-ppa.pdf)

Jean-Michel Oriol, Claire Chabloz, Cyrille Colin, « Revue de morbi-mortalité ville-hôpital : une expérience innovante pour analyser les événements indésirables sur le parcours des patients », Risques & Qualité, Vol. XIV, n°2, juin 2017, pp. 111-117.