

Prendre soin des patients **en toute sécurité**

Marc CHANELIÈRE

2019

Sommaire

Introduction	15
Principales notions sur la sécurité des soins en ville	23
Qu'est-ce que la sécurité des soins ?	27
La culture de sécurité des soins	33
Le contexte des soins de ville	37
La fréquence et la gravité des évènements indésirables associés aux soins	43
La politique de sécurité des soins	49
Comment sécuriser les soins en ville ?	55
L'importance d'une approche systémique	59
Les types et les causes des EIAS rencontrés en ville	65
La démarche de sécurisation des soins en ville	79
Réagir face à un évènement indésirable	85
La découverte d'un évènement indésirable	89
Continuer à prendre en charge le patient	95
Informers les personnes concernées par l'évènement	97
Signaler l'évènement indésirable	105
Gérer l'impact de l'évènement sur soi	111
Utiliser l'évènement pour sécuriser sa pratique	115
Rechercher les causes de l'évènement indésirable	119
Remédier aux causes de l'évènement indésirable	131
Mettre en œuvre les mesures correctives	137
Évaluer l'efficacité des mesures correctives	139
Pour aller plus loin	143
Les groupes d'analyse d'évènements indésirables	147
Les outils d'un groupe d'analyse	151
Ressources utiles	159
Annexes	165
Liste des sigles	171

*C'est une chose étrange
à quel point la sécurité de la conscience
donne la sécurité du reste.*

Victor Hugo
(1802-1885)

Introduction

▼ Une histoire qui aurait pu mal finir

Pauline est infirmière libérale. Chaque semaine, elle se rend au domicile de Monsieur K., un patient âgé qui souffre de plaies variqueuses et dont elle fait les pansements depuis des années. Ce matin, elle croise dans l'escalier Mina, l'auxiliaire de vie de Monsieur K. Celle-ci lui confie : « Ses jambes doivent lui faire plus mal Pauline, mais tu le connais, il ne se plaint jamais. » Pauline sourit, c'est vrai qu'il ne se plaint pas ce patient. Pourtant, il pourrait, avec tous les problèmes de santé qu'il a, la solitude qu'il doit ressentir depuis la mort de son épouse l'an dernier, l'éloignement de son fils unique qui vit à l'étranger et son domicile si peu adapté pour lui maintenant. « Et puis, je ne sais pas trop comment te dire ça... Moi je trouve qu'elles sentent un peu ses plaies », reprend Mina. « Enfin, tu verras. Mais, sa jambe gauche est bien rouge quand même. »

Pauline est embêtée. C'est vrai que cette jambe gauche est bien rouge aujourd'hui et puis la plaie a grossi. Elle discute avec le patient pendant le pansement. Et, comme à son habitude, le vieux monsieur lui raconte la blague qu'il a entendue à la radio le matin même. Mais, cette fois, il semble avoir mal, bien plus que les autres jours, même s'il tente de masquer cela par des rires.

Pauline est inquiète. En repartant, elle décide de contacter Arnaud, le médecin généraliste de Monsieur K., afin de solliciter une visite rapide du médecin pour faire le point sur cette plaie. « Écoute, il n'a pas de fièvre, la jambe est un peu plus rouge, ça n'est pas urgent urgent, mais je n'suis pas confiante, car la plaie est plus étendue que l'autre jour. J'ai fait une photo. » Arnaud est débordé. Il n'est pas en mesure de venir avant une semaine et cela le contrarie, car il connaît ce patient depuis plusieurs années. Un vieux monsieur, vraiment très gentil et qui ne se plaint jamais. Pourtant, il a beaucoup de problèmes de santé. Ce patient rappelle un peu à Arnaud son grand-père. Lui aussi avait eu ce genre de problème. D'un autre côté, « c'est pas urgent, c'est ça ? ». Arnaud demande à Pauline de lui envoyer la photographie de la plaie. Il se souvient que la dernière fois, c'était un début d'infection, alors on peut essayer de gagner du temps. « Je me ferai une idée avec ta photo et, en fonction, on débutera des antibiotiques peut-être. » Pauline trouve que c'est une bonne idée. Elle lui promet de le faire tout de suite après la fin de sa journée, car après, elle part en vacances « pendant dix jours, loin de tout ». Le soir même, Pauline, bien que très fatiguée, envoie par e-mail la photo de la plaie à Arnaud.

Le lendemain matin, dès son arrivée au cabinet, Arnaud consulte sa messagerie. La photo que lui a adressée Pauline est plutôt rassurante. La plaie semble peu différente de ce qu'il a vu lors de sa visite précédente, quelques mois auparavant. Il appelle alors Pauline. Mais c'est Jeanne, sa collègue, qui lui répond :

— Ah oui, c'est vrai que Pauline est en vacances ! Bon alors, la photo ne m'inquiète pas. Je crois qu'elle a paniqué, notre Pauline. Alors je passerai seulement la semaine prochaine, d'accord ?

— Oui Arnaud, je le dirai à Monsieur K. Mais de toute façon, moi je ne l'ai pas vue, sa jambe. Je vais seulement refaire les pansements dans deux jours, car comme je suis toute seule, la tournée est chargée.

Le surlendemain, Monique, la secrétaire, toque à la porte du cabinet d'Arnaud, alors en pleine consultation.

— C'est Jacques, le pharmacien. Il t'appelle concernant Monsieur K. pour une ordonnance, je crois. Enfin, j'ai pas tout compris. Je te le passe ? Arnaud est déjà en retard dans son planning de consultation.

— Oh, j'ai pas le temps. Je le rappelle ce soir. Dis-lui que je suis désolé. Arnaud pense : « Pour un renouvellement d'ordonnance, ça peut quand même bien attendre quelques heures. » En fin d'après-midi, il se souvient de l'appel de Jacques. L'officine va fermer. Il se dépêche de le rappeler.

— Allô, Jacques, c'est Arnaud. Excuse-moi pour tout à l'heure, c'était la course. — Pas de problème, j'te comprends. C'était juste pour te dire que j'ai vu Monsieur K. ce matin. Tu sais, je lui apporte ses médicaments chaque mois, comme il n'a personne qui peut le faire, c'est moi qui m'en occupe. J'ai trouvé qu'il était vraiment fatigué et je crois que c'est la première fois qu'il se plaint d'avoir mal à la jambe. Il m'a dit que tu devais venir, que l'infirmière t'avait appelé, c'est ça ?

— Oui, je passe le voir, mais la semaine prochaine seulement. Pauline m'a envoyé une photo et sa plaie n'était pas inquiétante.

— Ben, je ne l'ai pas vue moi. Mais il se tenait bien la jambe. Je voulais te prévenir quand même, car il avait l'air pas bien.

Arnaud remercie Jacques. Cet appel le contrarie. Alors, le soir même, il passe au domicile du patient, malgré l'heure, déjà 20 h 30, et le fait qu'il n'est jamais simple d'arriver un peu tard chez une personne âgée. Le vieux monsieur est dans son lit, visiblement fatigué et très douloureux. Il présente une forte fièvre et sa jambe gauche est vraiment rouge. Arnaud ouvre le pansement et découvre une plaie très étendue qui ne correspond pas du tout à la photo qu'il a observée deux jours auparavant. Monsieur K. est content que son médecin soit venu, et il le remercie.

— Docteur, on n'en fait plus des comme vous ! Vous allez rentrer tard chez vous, tout ça à cause de moi.

Pourtant, Arnaud est très embêté, car il a l'impression d'avoir perdu du temps. — Je suis vraiment désolé Monsieur K., mais il va falloir aller à l'hôpital. Vous avez une forte infection et elle est en train de se généraliser.

— Vous êtes sûr docteur ? Je suis mieux chez moi et puis j'ai tout ce qu'il faut ici. J'ai les infirmières, et vous aussi. Je n'ai pas trop envie d'aller à l'hôpital, on peut pas attendre ?

Après quelques minutes, le vieux monsieur comprend qu'il doit être conduit à l'hôpital rapidement. Il reconnaît qu'il a mal et que ça ne s'arrange pas. Arnaud l'adresse aux urgences, espérant que ce patient si sympathique pourra être pris en charge rapidement. Monsieur K. est hospitalisé pendant 10 jours pour une infection cutanée. Grâce aux antibiotiques, sa jambe dégonfle rapidement et il peut rentrer à son domicile, sans séquelle importante. Quelques semaines plus tard, Arnaud retourne voir le patient avec Pauline. Celui-ci est de nouveau souriant, comme à son habitude. Il remercie Arnaud et Pauline de venir le voir :

— J'en ai de la chance de vous avoir, tous les deux ensemble, en plus. Le médecin et l'infirmière sont très embêtés. Ils expliquent à Monsieur K. qu'ils ont compris ce qu'il s'est passé. La photo n'était pas la bonne.

C'était une photo datant de quelques semaines. Fatiguée et à la veille de ses congés, Pauline s'est trompée lors de l'envoi en cliquant sur son téléphone.

- Ne me parlez pas de ces machins, moi j'y comprends rien non plus.
- Heureusement, comme le pharmacien est venu vous voir, on a su que ça n'allait pas.

Cette histoire est authentique, comme toutes celles qui émaillent ce livre. Nous avons simplement modifié les prénoms et noms des différents acteurs afin de préserver leur anonymat.

Tous les soignants sont susceptibles de rencontrer un jour ou l'autre une situation similaire. Un patient âgé est pris en charge par plusieurs soignants : une équipe d'infirmières, une auxiliaire de vie, un médecin généraliste aidé par sa secrétaire et un pharmacien. Tous travaillent de concert auprès de ce patient vulnérable, qui vit seul. Ils veillent à communiquer entre eux, surtout en cas de problème qui justifierait une intervention rapide. Ce fonctionnement est positif pour la prise en charge du patient, il procède d'une démarche engagée et bienveillante des soignants. Pourtant, un incident de communication survient entre une infirmière et le médecin malgré un contact direct par téléphone : une mauvaise photo est envoyée. Cela entraîne un retard de prise en charge de l'infection cutanée du patient par un enchaînement de faits malheureux. Heureusement, grâce à l'intervention du pharmacien, les conséquences de l'incident sont atténuées. En signalant au médecin son inquiétude pour Monsieur K., le pharmacien a agi comme une barrière de sécurité et le patient a finalement été pris en charge de manière adaptée. Passé le sentiment de chance éprouvé par les soignants, il est utile pour eux de comprendre ce qu'il s'est passé, pour l'expliquer au patient et éviter qu'une telle situation se reproduise.

La plupart du temps, les incidents de ce type n'entraînent pas de conséquence grave pour la santé du patient. Toutefois, tous constituent des opportunités pour sécuriser davantage la pratique.

▼ **Travailler sur la sécurité des soins en ville, c'est possible et utile !**

Beaucoup d'événements indésirables liés aux soins sont évitables. S'en remettre à la seule chance en considérant que l'erreur est humaine et ne peut être évitée n'est donc pas une option. Il est possible d'améliorer la sécurité des soins en ville, en partant des faits et en s'interrogeant sur les presque accidents. Nous le montrons dans cet ouvrage et donnons les clés pour aborder sereinement ces situations malaisées et pour les prévenir.

Travailler sur la sécurité des soins est utile pour tous, patients comme soignants, que les soins se déroulent en ville ou à l'hôpital. En premier lieu,

cela permet d'éviter des conséquences délétères pour la santé des patients. Ces derniers sont ainsi mieux soignés, car les risques liés aux prises en charges sont réduits à leur partie non évitable. En deuxième lieu, dans le contexte du budget contraint alloué à la santé, cela permet de diminuer les dépenses liées aux effets indésirables évitables. Enfin, l'engagement d'un soignant dans une démarche visant à améliorer la sécurité des soins renforce sa satisfaction professionnelle en même temps qu'elle limite le risque de démarche judiciaire. En travaillant sur la sécurité des soins, il protège le patient, il protège le système de santé et il se protège lui-même.

▼ Pourquoi ce livre et à qui s'adresse-t-il ?

Dès la formation initiale, nous avons été confronté à des événements indésirables, à l'hôpital puis en ville, parfois comme témoin, parfois comme acteur. Le sentiment d'insatisfaction, et parfois de culpabilité, face à ces événements, est à l'origine de notre investissement sur cette question dans les domaines de la recherche et de la formation des soignants.

Cet ouvrage a une visée pratique. Il s'adresse à tous les acteurs de la sécurité des soins en ville, en premier lieu les professionnels de santé exerçant en ambulatoire : médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes, dentistes, spécialistes... Notre souhait est de partager avec eux ce que nous avons appris sur le sujet et de leur donner les outils pour, d'une part, gérer les événements indésirables rencontrés et, d'autre part, les prévenir.

L'ouvrage intéressera également les enseignants des filières de santé qui ont à diffuser une culture de sécurité des soins dans leurs cours ainsi que leurs étudiants qui sont très tôt confrontés au sujet lors de leurs stages auprès de patients.

Enfin, les institutions, les associations d'usagers et toutes les personnes s'intéressant à la sécurité des soins trouveront dans ce livre des éléments de compréhension qui les aideront à participer à son amélioration.

L'ouvrage est construit de la façon suivante. La première partie présente les principales notions à connaître : sécurité des soins, culture de sécurité des soins, contexte particulier des soins en ville, fréquence et gravité des événements indésirables et grandes lignes de la politique dans le domaine. La démarche à suivre pour sécuriser les soins en ville est ensuite expliquée. Les types et les causes des événements indésirables en ville sont exposés à cet endroit. Les parties suivantes sont plus pratiques. Elles proposent aux soignants des outils concrets pour réagir face à un événement indésirable et pour utiliser l'événement pour sécuriser leur exercice. Les dernières pages abordent le travail en groupe sur les événements indésirables associés aux soins et proposent des ressources utiles sur la sécurité des soins en ville.

**Principales notions
sur la sécurité
des soins en ville**

Dans cette partie, nous précisons les principaux termes utilisés tout au long de l'ouvrage : sécurité des soins, évènements indésirables associés aux soins (EIAS) et culture de sécurité des soins. Nous expliquons ensuite le contexte particulier des soins de ville. Puis, nous exposons les principales données disponibles à ce jour concernant la fréquence et les conséquences des EIAS en ville. Enfin, nous présentons les institutions en charge de la politique en matière de sécurité des soins en France et traçons les grandes lignes du programme national pour la sécurité des patients 2013-2017.

Qu'est-ce que la sécurité des soins ?

Du risque à la sécurité des soins

Lors d'un soin, il existe toujours un risque pour le patient que sa santé soit altérée par la prise en charge elle-même et non par l'évolution naturelle de sa maladie. Nous parlons ici de soin au sens large. Cela inclut toute prise en charge diagnostique, thérapeutique ou préventive. Le niveau de risque varie selon le type de soin engagé (les soins invasifs, chirurgicaux par exemple, sont plus risqués), selon les conditions physiques et psychiques des personnes et selon le contexte de réalisation des soins (par exemple, agir en contexte d'urgence est plus risqué). Certains aspects de la prise en charge peuvent augmenter le risque d'accident. Par exemple, un professionnel surmené, l'usage de matériel inadapté, des conditions de soins inappropriées (deux rendez-vous programmés au même horaire) ou encore une mauvaise relation patient/professionnel peuvent contribuer à augmenter le risque de survenue d'un incident. A contrario, l'usage approprié de protocoles de soins pluriprofessionnels, des démarches régulières de formation ou une bonne communication patient/soignant constituent des éléments protecteurs.

La notion de risque fait référence à des éléments négatifs quand celle de sécurité, de façon volontariste, vise un objectif positif et considère les erreurs comme des opportunités pour progresser. Risque et sécurité sont ainsi deux façons d'aborder la même problématique. Dans cet ouvrage, nous avons choisi de traiter le sujet sous l'angle de la sécurité des soins, car il donne plus de perspectives pour agir.

Plusieurs dimensions concourent à la sécurité des soins : certaines sont liées aux individus, notamment aux comportements des soignants et des patients ; d'autres aux processus de soins, c'est-à-dire aux démarches diagnostiques ou thérapeutiques ; certaines dépendent des contextes de soins ; et enfin d'autres du système de santé (disponibilité ou non de soignants, de médicaments ou d'appareils d'imagerie sur un territoire, par exemple).

La sécurité des soins fait l'objet de plusieurs définitions. La Société européenne pour la qualité des soins (ESQH¹) la définit comme : « Un ensemble

1. *European Society for Quality in Healthcare*. Site Internet : www.esqh.net

intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur des croyances et des valeurs partagées, qui cherche continuellement à réduire les dommages aux patients pouvant résulter des soins. » Les comportements font référence à « des façons d’agir » et à « des manières partagées de penser en matière de sécurité des soins ». Cette définition est intéressante, car elle permet d’envisager la sécurité des soins autant à l’échelon des individus qu’à celui des organisations.

De son côté, l’Organisation mondiale de la santé (OMS) propose la définition suivante : « La sécurité des soins est l’absence, pour un patient, d’atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé. » Par atteinte, elle désigne « toute atteinte découlant de, ou associée à, des projets ou des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés, et ne résultant ni d’un traumatisme, ni d’une maladie sous-jacente² ».

L’expression « atteinte inutile » fait souvent réagir : toute atteinte provoquée par un soin n’est-elle pas inutile ? Malheureusement, pour soigner certaines pathologies ou traumatismes, il est parfois nécessaire de léser un organe ou une fonction corporelle. Par exemple, traiter une tumeur rénale peut nécessiter de retirer un rein dans son intégralité, ce qui peut altérer fortement la fonction rénale.

La locution « atteinte potentielle » peut également étonner dans cette définition. Son emploi a surtout un intérêt pédagogique. Il amène les professionnels à s’intéresser aux situations où le patient n’est victime d’aucun dommage pour éviter des incidents ultérieurs. En effet, l’analyse de ces situations permet de mettre en évidence des dysfonctionnements rectifiables et d’éviter qu’une situation identique se reproduise, situation qui pourrait avoir des répercussions avérées.

C’est à la définition de l’OMS que nous nous référons tout au long de l’ouvrage, car elle présente plusieurs avantages. D’une part, elle est universelle : sa validité a été établie par les soignants de plusieurs pays après un processus rigoureux de réflexion mené sous l’égide de l’OMS. D’autre part, elle n’utilise pas les notions de risque, d’erreur, d’échec, ou de faute, pour définir la sécurité : cet aspect est fondamental pour favoriser la parole des soignants et celle des patients autour d’évènements souvent empreints de malaise. Enfin, elle fait apparaître en bonne place le patient, là où d’autres définitions se limitent à la seule notion de soins : le patient est identifié comme un acteur engagé dans sa sécurité.

La sécurité des soins est encore appelée sécurité des patients ou *patient safety* en anglais. Les deux termes recouvrent la même réalité.

2. OMS. « Classification internationale pour la sécurité des patients. Rapport de l’OMS sur les résultats de l’enquête Delphi modifiée par Internet ». 2007, 23 p.

Évènements indésirables associés aux soins

▼ De nombreuses appellations pour des situations variées

Parler de sécurité des soins, c'est parler de prises en charge qui ont mal tourné ou qui auraient pu mal tourner. On nomme ces situations des évènements indésirables associés aux soins ou EIAS.

Pour un soignant, il est souvent difficile d'évoquer ces évènements, car leur résultat s'inscrit en contradiction avec son objectif premier : améliorer ou préserver la santé du patient. Pendant plusieurs décennies, les professionnels de santé ont ainsi préféré parler de risques, de iatrogénie, d'évènements non prévus ou de situations non souhaitées, de boulettes, d'aléas thérapeutiques, d'« erreurs évitées de justesse » ou encore d'« échappées belles » au Québec, ou même pour les plus réfractaires, de fatalité.

La difficulté à désigner ces situations n'est pas spécifique aux professionnels des soins de ville, elle n'est pas non plus l'apanage des soignants francophones³. Dans les publications internationales, les termes retrouvés sont sensiblement les mêmes : *risk*, *adverse event*, *preventable* ou *unpreventable event*, *medical error*, *mistake*, *safety incident*, *malpractice* ou parfois *negligency* dans les situations de manquement avéré de la part d'un soignant, enfin de *near miss* lorsque le patient n'a souffert d'aucune atteinte. Toutes ces expressions témoignent de la difficulté des professionnels, des patients et des pouvoirs publics à parler de ces situations impliquantes pour les individus et coûteuses pour la société. De fait, la terminologie a mis du temps à se stabiliser. Il ne s'agit toutefois pas de la seule explication.

Une autre difficulté réside dans la grande diversité de ces évènements. Illustrons ce propos avec des vignettes issues de situations qui nous ont été rapportées :

- Un mauvais dosage de médicament antiépileptique est délivré à l'officine. La patiente présente un ralentissement moteur et psychique pendant plusieurs semaines, sans cause évidente, justifiant deux consultations auprès du médecin généraliste, ainsi que des explorations complémentaires (examens sanguins et imagerie cérébrale). L'erreur n'est détectée que lors du renouvellement du traitement quelques mois plus tard alors que l'infirmière de la patiente se rend à l'officine. La patiente recouvre son état habituel dès la prise du traitement à la dose adéquate.
- Une jeune femme, enceinte de deux mois et demi, contrariée par des boutons au visage, prend pendant quelques jours les comprimés contre l'acné qu'une de ses amies lui propose. Il s'agit d'isotrétinoïne, une molécule

3. Runciman W. B. "Shared meanings : preferred terms and definitions for safety and quality Concepts". *The Medical Journal of Australia*, vol. 184, n° 10, 2006, p. S41-S43.

- hautement tératogène. Lorsqu'elle en informe son médecin généraliste, celui-ci, inquiet, l'adresse à un centre spécialisé. Son enfant naît quelques mois plus tard sans malformation.
- À l'occasion d'un scanner des sinus de la face, de la pâte d'obturation dentaire est mise en évidence dans le sinus maxillaire gauche d'un patient sujet à sinusites depuis quelques années. Quelque temps plus tard, lorsque le patient se sent prêt à l'intervention, une chirurgie est réalisée pour la retirer.
 - Devant un tableau de pneumopathie, un généraliste remet à un patient une ordonnance comportant un traitement antibiotique par amoxicilline. En raccompagnant le patient, pris d'un doute sur le seuil de la porte, il le questionne sur l'existence d'une réaction allergique à l'amoxicilline. Le patient lui rappelle une réaction urticarienne importante à l'antibiotique quelques années auparavant. Le médecin modifie son ordonnance pour un macrolide.
 - Suite à un taux d'INR⁴ élevé, témoignant d'une décoagulation trop importante du sang, le laboratoire d'analyses prévient par téléphone le médecin mentionné sur le dossier du patient. Mais, ce dernier a changé de médecin traitant, sans l'indiquer ni au laboratoire ni au praticien. Celui-ci avertit le patient qui stoppe l'anticoagulant pendant quelques jours, avant de prendre contact avec son nouveau médecin traitant.
 - Un patient attend en vain l'infirmière remplaçante, qui n'a pas été avertie de son rajout sur la tournée par sa collègue. Le pansement est réalisé le lendemain matin, sans conséquence sur la cicatrisation de la plaie chronique du malade.
 - En descendant de la table de massage, une patiente âgée chute par maladresse et se fracture le poignet droit. Après un traitement orthopédique (immobilisation plâtrée pendant six semaines), elle poursuit sa rééducation chez le même kinésithérapeute.
 - Un homme de 62 ans sort de l'hôpital avec un traitement nécessitant une surveillance de sa fonction hépatique. Le médecin traitant n'est mis au courant ni des modifications de traitement, ni de la nécessité d'une surveillance spécifique. Le patient présente des troubles digestifs quelques jours après et fait appel à son médecin qui n'explore pas la fonction hépatique. Il est de nouveau hospitalisé quelques jours plus tard pour une hépatite médicamenteuse, résolutive à l'arrêt du traitement.
 - Le laboratoire d'analyses médicales contacte le médecin généraliste pour lui demander d'effacer les résultats d'un patient dans son dossier, car ceux-ci concernent en réalité son épouse qui a été prélevée en même temps. Il y a eu une erreur d'étiquetage des tubes lors du prélèvement au domicile.

4. *International Normalized Ratio*. Test de laboratoire mesurant la coagulation sanguine.

- Un patient de 90 ans, relativement autonome, est traité par médicament anticoagulant pour une fibrillation auriculaire⁵. Une nuit, en se rendant à la salle de bain, il bute contre son chien et tombe. Quelques jours plus tard, il est hospitalisé en urgence pour des troubles du comportement en lien avec un volumineux hématome cérébral.
- Une dame de 78 ans prend, contre l'avis de son médecin traitant, un anti-inflammatoire initialement prescrit à sa fille qui provoque une dégradation importante de sa fonction rénale.
- Un patient de 51 ans, de nature inquiète, sollicite son médecin traitant : il aimerait réaliser une coloscopie par sécurité, car il a peur d'avoir un cancer du côlon. Le médecin l'adresse chez un gastro-entérologue qui réalise l'examen, tout en indiquant au patient la faible probabilité de lésions. Le lendemain de l'examen, ce dernier présente des rectorragies qui nécessitent une hospitalisation en urgence.

Ces vignettes aux contours différents illustrent plusieurs caractéristiques des EIAS :

- Les évènements indésirables associés aux soins sont de nature variée : effets secondaires d'un traitement médicamenteux ou non, erreur de diagnostic, retard de prise en charge, chute, etc.
- Ils impliquent toutes les catégories de soignants exerçant en ambulatoire.
- Plusieurs professionnels peuvent être impliqués autour d'un même patient.
- Parfois, le patient lui-même concourt à la survenue ou au contraire à la récupération d'un évènement le concernant.
- Certaines situations mettent en jeu l'interface ville-hôpital, notamment lors de la sortie d'hospitalisation ou lors de l'accueil par un service d'urgences.
- Tous les moments de la prise en charge du patient peuvent être concernés : diagnostic, prise en charge thérapeutique, médicamenteuse ou non, suivi du patient, clinique ou biologique, démarche préventive.
- Les conséquences sur la santé du patient sont variables : la plupart du temps, il n'y en a aucune. Lorsqu'il en existe, elles ne sont que très rarement graves en ville, comme le montrent plusieurs études (voir plus loin).
- Enfin, loin de la représentation médiatique d'un soignant fautif et seul coupable, c'est la combinaison de plusieurs causes qui contribuent à la survenue d'un évènement.

5. Rythme irrégulier des pulsations cardiaques.

▼ Définitions

Pour la ville, plusieurs définitions des évènements indésirables existent. Dans le cadre de cet ouvrage, nous utilisons celle qui résulte de l'étude ESPRIT⁶. Cette étude épidémiologique française réalisée en 2012 avait pour objectif principal de déterminer la fréquence des EIAS en ville. Dans une première étape, elle s'est attachée à produire une définition consensuelle et opérationnelle des EIAS pour la ville, c'est-à-dire hors établissement de santé. À l'issue d'un travail mêlant recherche bibliographique et méthodologie qualitative (focus groupes de médecins généralistes ayant des profils différents), l'étude ESPRIT a défini comme évènement indésirable associé aux soins en ville « tout évènement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas de nouveau ». Cette définition est très proche de celle de l'OMS. Aussi, son utilisation permet aux études françaises de comparer leurs résultats aux travaux internationaux.

La Haute Autorité de santé (HAS) a retenu la définition de l'étude ESPRIT en retirant simplement « de nouveau », car la notion est déjà présente dans le mot « reproduise ».

À retenir

- Les notions de sécurité des soins, de risques et d'évènements indésirables associés aux soins sont étroitement liées.
- Dans cet ouvrage, nous désignons par évènement indésirable associé aux soins ou EIAS « tout évènement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient, et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas. »
- La sécurité des soins en ville, encore appelée sécurité du patient en ville, est l'absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé qu'il reçoit hors d'un établissement de santé.

Découvrez la suite en commandant l'ouvrage [sur notre site](#) !

6. Michel P. et coll. « Étude épidémiologique en soins primaires sur les évènements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013) ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 24-25, septembre 2014, p. 410-416. Disponible à l'adresse : www.santepubliquefrance.fr/docs/etude-epidemiologique-en-soins-primaires-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-en-france-esprit-2013.