

PARTAGER, C'EST DÉJÀ SÉCURISER

Choc hémorragique d'une patiente en HDDQ (hémodialyse à domicile quotidienne)

L'hémodialyse réalisée à domicile offre l'avantage de l'autonomie, de la souplesse des horaires et de l'absence de déplacement en centre. Le patient est complètement acteur de son traitement après une formation obligatoire réalisée en centre. Même réalisée chez le patient, l'hémodialyse est gérée par un établissement de santé avec une équipe soignante qui reste joignable 24 heures sur 24.

L'incident rapporté concerne un patient formé dans un centre d'une région A. Il utilise cette technique d'HD depuis 1,5 an.

Il est connu de la région B où il a déjà passé plusieurs périodes de vacances avec hémodialyse en centre B sur générateur standard. Pour le « confinement COVID », il se fait livrer par le centre B les consommables d'HDDQ en résidence secondaire.

Deux mois avant l'incident, il s'installe définitivement dans la région B. Il continue la dialyse à domicile.

Le jour de l'évènement, il valide une alarme sans la lire et perd connaissance peu de temps après. Le sang se vide dans une poche de rinçage reliée initialement à la machine, pour rinçage/amorçage.

CONSÉQUENCE IMMÉDIATE

Le patient est retrouvé en **choc hémorragique** par son ami. Après l'appel au SAMU, le patient est hospitalisé en unité de soins continus pendant 2 semaines.

Il est admis en centre lourd pour être dialysé le lendemain de son hospitalisation à raison de 3 séances par semaine. Il reprend ensuite des hémodialyses supervisées en centre B avec son propre générateur d'hémodialyse quotidienne à domicile.

POURQUOI EST-CE ARRIVÉ ?

- Le **nomadisme** (mobilité) du patient a perturbé le suivi.
 - Le patient s'est confiné dans la région B, différente du médecin qui assurait son suivi (en région A).
 - Discontinuité de suivi médical par le centre prescripteur B car le patient ne s'est pas présenté aux rendez-vous.
- Crise sanitaire : précipitation de prise en charge par la pharmacie de la région B s'appuyant sur une prise en charge médicale de la région A => prise en charge dégradée, non anticipée et partielle entre 2 établissements.
 - Livraison de matériel par la pharmacie du centre de proximité de la région B alors que le patient continue d'être officiellement suivi par le centre de la région A.
- La formation initiale a été dispensée dans un **centre A différent du centre B de proximité** près duquel s'est produit l'évènement.
- Utilisation d'une technique, impliquant une poche de rinçage, **non validée** dans le centre B de proximité. Les soignants en charge du patient au moment des faits n'étaient pas au courant, en l'absence d'évaluation des pratiques et connaissances du patient.
- Hétérogénéité des techniques entre centre A et centre B et postulat acquis des connaissances du patient.
- Absence de contrôle des connaissances et techniques utilisées par le patient au moment de sa prise charge totale par le centre de la région B.
- L'alarme de la machine « branchement artère et veine » a été acquittée par automatisme. Le branchement à la veine du patient, qui débranche la poche de rinçage et ferme le circuit d'hémodialyse, n'a pas été fait.
- Hémodialyse à domicile en l'absence d'une tierce personne à proximité immédiate. Pas d'absence d'accompagnant le jour de l'incident (le conjoint était bien là), mais l'anamnèse a mis en évidence que le patient se dialysait parfois seul.

ACTIONS DE SÉCURITÉ POSSIBLES

COURT TERME :

- 1) Encadrer les situations à risque à l'aide de procédures :
 - Nouvelle installation (que le patient soit connu ou non)
 - Approvisionnement exceptionnel
 - Information médicale minimale (ou exhaustive ?) à récupérer
 - Projet patient à recueillir (déménagement, durée de dépannage prévue...)
 - En cas de crise sanitaire/confinement
 - En formation initiale du patient et de l'aidant
 - Sensibiliser les patients mobiles et autonomes à la nécessité de prévenir leur centre de référence en cas de déplacement et à prendre contact avec les centres de proximité
 - Suivi continu à développer en programmant une séance mensuelle supervisée en centre avec le même appareil que celui utilisé à domicile ou avec des visites au domicile.
 - » Réorienter les patients vers autre mode de traitement si non-compliance ou manquements identifiés
- 2) Imposer une re-formation pour les patients et leurs aidants venant d'un autre établissement dont les procédures ne sont pas identiques et ce même si l'équipement est le même.
- 3) Sensibiliser les patients à la nécessité des alarmes.
- 4) Spécifique à l'HDDQ :
 - Ne pas faire de l'HDDQ sans tierce personne à proximité immédiate.
 - « *L'hémodialyse à domicile est offerte à des patients, [...] en présence d'une tierce personne de l'entourage habituel qui peut leur prêter assistance.* » Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 - Article D. 712-147
 - Technique de « veine à la poche » à proscrire au domicile.
 - Il s'agit d'une technique permettant de diminuer la quantité de fluide injecté au patient en cas de restriction hydrique en recueillant le liquide de rinçage dans une poche avant le début de la dialyse.
 - Le circuit est donc ouvert lors de l'étape de rinçage, créant un risque de choc hémorragique si le début de la dialyse se fait avant le branchement de l'appareil à la veine du patient.
 - Cette manipulation à risque sur un circuit de circulation extracorporelle induit un risque infectieux supplémentaire.

LONG TERME :

- 1) Cartographie des risques HDDQ : audits réguliers, codification des risques et suivi des actions mises en place.
- 2) Diminuer la facilité à ignorer certaines alarmes en demandant une confirmation supplémentaire.
- 3) Développer la télémédecine/télésurveillance.