

VADE-MECUM 2023 DES EIGS EN RÉGION GRAND EST

EIGS = ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS

Structure Régionale d'Appui Grand Est

SRA GRAND EST



SOMMAIRE

05 **Préface**

07 **Partie 1** : La gestion régionale des EIGS

17 **Partie 2** : Récits des EIGS accompagnés

17 **A**. Signalements du secteur sanitaire

57 **B**. Signalements du secteur médico-social

79 **Partie 3 :** Enseignements du bilan de ces accompagnements

PRÉFACE

CE QUI COMPTE VÉRITABLEMENT, C'EST « LA REMISE EN QUESTION »

Émile Allais, skieur de renom et inventeur du ski à la française, disait : « Rien, vraiment rien, ne doit être négligé pour le bien-être et le plaisir du client. »
Un Palmarès impressionnant, suivi d'une blessure à la cheville qui stoppera net sa carrière.

Autant rebondir, « apprendre de ses erreurs », de cette blessure et de son envie d'entreprendre ! Ainsi naquit le métier de pisteur secouriste et l'essor des stations de ski.

Dans les années 60, le rôle principal du pisteur consistait à monter à la queue leu-leu et en escaliers, skis aux pieds, pour damer. Rapidement, l'évolution de la profession porta vers le secourisme et la sécurisation, grâce à la mécanisation du damage.

Rien n'a véritablement changé aujourd'hui, et comme tout secouriste qui se respecte, le slogan « Protéger, Alerter, Secourir » imprègne l'esprit de chacun.

Concrètement, la prise de poste débute toujours de la même manière : quelles conditions météos aujourd'hui ? Comment est le manteau neigeux ? Comment s'est déroulé le damage ? Déclenchement préventif ou pas à faire ? Combien de blessés la veille ?
Vient ensuite le temps de chausser, d'arpenter les pistes, faire « le tour du propriétaire » comme on dit. Cependant, « la raison n'est jamais bien loin », il faut prendre des décisions avant l'ouverture au public, briefer les équipes, sécuriser les pistes.
Ne rien négliger, avec la volonté d'éviter le maximum d'accidents, essayer de prévoir l'imprévisible même si fatalement il se produira des évènements. Ne jamais oublier que la nature est impitoyable, aussi magnifique soit elle.

Pour ces raisons, le retour d'expérience est indispensable, chaque jour est différent, mais aussi chaque domaine. Ce qu'on appelle le « REX » dans le milieu du ski fait écho à ce Vade-mecum, en complément d'outils structurels, c'est une aide à la décision précieuse.
Une commission nationale [1] œuvre en arrière-plan afin d'enrichir ce REX, elle analyse l'ensemble des évènements survenus en vue d'y apporter des mesures correctives adaptées.

[1] https://www.domaines-skiables.fr/qui-sommes-nous/les-commissions/

L'esprit « montagne » règne en maitre entre ses membres, pas de tabou lorsqu'il s'agit de s'améliorer.
D'ailleurs, invité à lire le Vade-mecum de la SRA Grand Est 2022 l'automne dernier, j'ai pris conscience des difficultés similaires rencontrées.
Comme chaque automne, des questions plein la tête : qu'allons-nous vivre cet hiver ? la neige sera-t-elle présente en quantité ? Est-ce que les CHU seront capables de supporter un flux de blessés important si la saison démarre fort ?
Les interrogations d'une profession tout entière, entretenues par des conversations au détour d'une commission de sécurité, avec le SMUR, les ambulanciers, le peloton de Gendarmerie de Haute Montagne (PGHM) ou des collègues d'autres massifs ou stations…
Bref, « on en parle », comme à chaque automne, le doute rentre en résonance avec les hivers passés. Heureusement, il y a l'expérience, la sienne et celle des collègues, le REX.
Et de nos propres exemples en souvenir, je me souviens du pisteur qui est passé à côté de quelque chose, d'un second trauma faute de plaintes ou provoqué par une douleur trop intense, inhibant probablement les signes. Je lui dirais aujourd'hui : « prends le temps d'observer, j'ai connu ça aussi tu sais, si tu es à nouveau confronté à cette situation tu sauras à présent y remédier ». Ce qui compte véritablement, c'est « la remise en question ».

Lire un vade-mecum, discuter d'expériences marquantes ou suivre un recyclage de secourisme, ce n'est pas tellement différent, ce qui importe c'est l'enseignement apporté. L'important est d'en parler, de profiter de ces moments pour échanger, rappeler l'importance du travail en équipe et du bien-fondé des procédures et techniques enseignées. Faire l'effort de s'écouter sans préjugé, ne rien négliger.
La voici notre récompense, l'accomplissement d'un travail exécuté dans les meilleures conditions possibles, avec le sentiment d'être en phase avec sa conscience.

Jérôme DIDIER
Responsable Sécurité des Pistes Gérardmer Stations
Membre DSF commission Pistes
Représentant ADSP Vosges Association Nationale des Directeurs de Pistes et de la Sécurité de Stations de Sports d'Hiver



PARTIE 1

LA GESTION RÉGIONALE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS)

CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

La lutte contre la survenue des Évènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) est un enjeu majeur pour les structures de soins françaises, renforcée par la parution du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des Évènements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGS) et aux Structures Régionales d'Appui (SRA) à la qualité et à la sécurité des soins [1].

Ce décret a introduit un nouveau dispositif de signalement et d'analyse des EIAS définis comme « graves » et rend leur signalement obligatoire dans l'ensemble du système de soins. Un EIGS est défini comme suit :

« Un évènement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale » [2].

Ils doivent être signalés par tout professionnel de Santé qui en est témoin, quelque soit son secteur, sanitaire, médico-social ou soin de ville, par le biais d'un portail numérique de signalement des évènements sanitaires indésirables.

Ce dispositif engage les professionnels de Santé à analyser les évènements et à en tirer les enseignements en termes de sécurisation des prises en charge. Les évènements analysés localement sont ensuite colligés de manière anonyme au niveau régional, puis national, afin d'identifier des axes d'amélioration des pratiques aux différents niveaux de traitement et de pouvoir capitaliser ces enseignements à toutes les échelles.

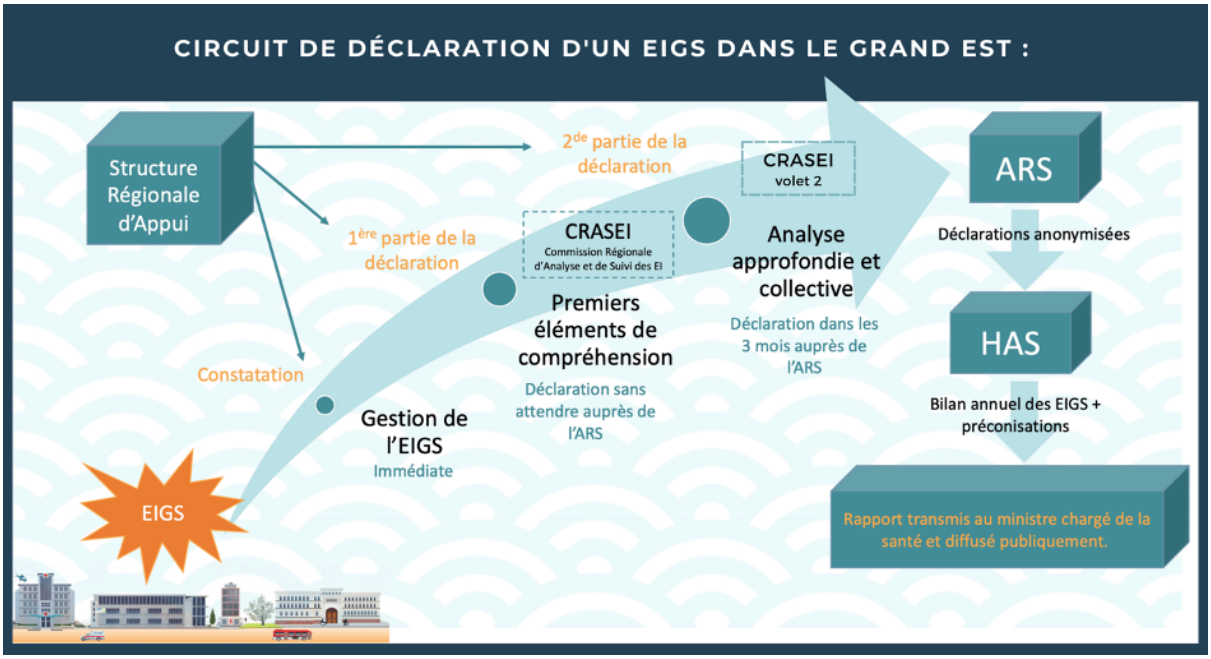
L'actuelle feuille de route nationale 2023-2025 « Améliorer la sécurité des patients et des résidents » du ministère de la Santé et de la Prévention [3], **suite des précédents Programmes Nationaux pour la Sécurité des Patients (PNSP), découle notamment de ces signalements issus du terrain.**

[1] République française. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des Évènements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGS) et aux Structures Régionales d'Appui (SRA) à la qualité et à la sécurité des soins. JO du 27 novembre 2016

[2] Haute Autorité de Santé. Déclarer les évènements indésirables graves (EIGS). Article HAS. Paris ; septembre 2020.
Disponible sur www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/declarer-les-evenements-indesirables-graves-eigs

[3] Ministère de la Santé et de la Prévention. Feuille de route nationale 2023-2025 « Améliorer la sécurité des patients et des résidents ». Paris ; novembre 2023.
Disponible sur https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/ameliorer-la-securite-des-patients-et-des-residents-la-1ere-feuille-de-route

CIRCUIT DE TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS D'EIGS



Lors de la constatation d'un évènement indésirable, les équipes de soins mettent en place des actions immédiates d'atténuation des conséquences de l'évènement et de sécurisation des patients. Après vérification de la nature associée aux soins et de la gravité de l'évènement, l'EIGS doit être signalé sans délai sur le portail national des évènements sanitaires indésirables : https://signalement.social-sante.gouv.fr

Cette première partie de déclaration, appelée volet 1, est envoyée à l'ARS Grand Est où elle est traitée en Commission Régionale d'Analyse et de Suivi des EIGS (CRASEI). Au cours de cette commission, les signalements reçus sont confirmés comme EIGS et dirigés vers les interlocuteurs concernés. Les besoins d'accompagnement des équipes par les Structures Régionales de Vigilance et d'Appui (SRVA) sont aussi identifiés. Depuis 2019, à travers cette CRASEI, mais aussi des sollicitations directes, la SRA Grand Est remplit ainsi sa mission de gestion des EIGS auprès des professionnels de Santé de la région.

Les équipes ont ensuite un délai de 3 mois pour réaliser l'analyse approfondie des causes de l'EIGS et la saisir à nouveau sur le portail national de signalement des évènements sanitaires indésirables, sous la forme d'un volet 2. Une partie de ces volets 2 est revue au cours d'une CRASEI mensuelle dite « Volet 2 », où la qualité des analyses est confirmée. Les dossiers ainsi complétés sont clôturés par l'ARS Grand Est, anonymisés et envoyés à la HAS pour alimenter une base pédagogique nationale. Ces signalements permettent à la HAS de dresser un bilan annuel national des EIGS et d'en tirer des préconisations et des axes de travail pour améliorer la sécurité du patient en France.

L'ÉQUIPE DE LA SRA GRAND EST

Dans le cadre du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016, la SRA Grand Est a été désignée Structure Régionale d'Appui (SRA) à la qualité des soins et à la sécurité des patients par l'ARS Grand Est en mai 2019. Cette désignation lui confère la mission d'accompagner les professionnels de Santé au signalement et à l'analyse des EIGS. La SRA Grand Est apporte aussi ses compétences méthodologiques dans le dispositif régional de traitement des signalements d'EIGS au sein du Réseau Régional de Vigilances et d'Appui (RREVA), animé par l'ARS Grand Est.

Du signalement à l'analyse, la SRA Grand Est est donc à vos côtés dans chacune des étapes de la gestion de vos EIGS. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, des professionnels sont spécifiquement dédiés à cette mission :



Dr Olivier MARTIN
MÉDECIN COORDONNATEUR

Le Docteur Olivier MARTIN, docteur en médecine et praticien hospitalier, dispose d'une expérience solide en qualité et gestion des risques depuis plus de 10 ans. Au cours de son parcours professionnel, il a également assuré les missions de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il exerce actuellement comme praticien hospitalier de médecine polyvalente et est expert EIGS au sein de la HAS. Le Docteur Olivier MARTIN a rejoint la SRA Grand Est en tant que coordonnateur médical en février 2019.

medecincoordonnateur@sragrandest.org



Emilie STEINFELD
CHARGÉE DE MISSION INFIRMIÈRE

Infirmière Diplômée d'État depuis 2008, Émilie STEINFELD a travaillé pendant 12 ans en services de soins dans le secteur privé. Elle a rejoint la SRA Grand Est en novembre 2020 en tant que chargée de mission.

infirmier.nancy@sragrandest.org



Dr Lucie CAZET
MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE

Docteur en médecine spécialisée en Santé Publique et médecine sociale, le Docteur Lucie CAZET s'est tournée vers le domaine de la qualité et sécurité des soins en intégrant d'abord l'équipe transversale de gestion des risques d'un établissement de santé avant de rejoindre la Structure Régionale d'Appui de sa région, les Pays de la Loire. Ces expériences lui ont permis de travailler à différents niveaux, territorial, régional et national et sur l'ensemble des secteurs du système de soins, tant sanitaire, que médico-social et ambulatoire. Elle a rejoint la SRA Grand Est en septembre 2021 et est présente sur l'antenne de Strasbourg.

medecin.strasbourg@sragrandest.org

Au-delà de l'accompagnement individuel lors d'un signalement, la SRA Grand Est mène plusieurs actions pour promouvoir l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accompagnements :

- **Sensibilisation et formation des professionnels de Santé,**
- **Construction et diffusion d'outils,**
- **Accompagnement et renforcement des dynamiques internes de qualité et sécurité des soins et accompagnements,**
- **Développement des coopérations locales, régionales et nationales avec différentes instances et organisations dans son champ d'intervention.**

COMMENT SOLLICITER LA SRA GRAND EST ?



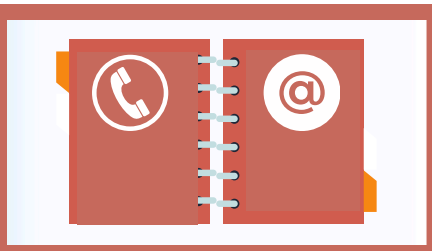
SRA Grand Est
1 rue du Vivarais,
54500 Vandoeuvre-lès-Nancy
03 83 40 85 11
contact@sragrandest.org

Les outils, travaux et offres de formation de la SRA Grand Est sont à consulter sur le site internet : www.sragrandest.org. Un formulaire de contact est aussi disponible sur le site.

Pour vous accompagner spécifiquement dans la gestion de vos EIGS :



Via notre **site internet** grâce au formulaire « contact »



Directement par mail ou téléphone à la SRA ou aux professionnels de l'équipe EIGS (contacts ci-dessus)



Lors de votre déclaration sur le portail national de signalement en cochant « Oui » pour disposer d'une expertise externe et réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS

BILAN D'ACTIVITÉ 2023

L'analyse des EIGS accompagnés par la SRA se fait selon la méthode ALARM-E, préconisée par le HAS [1]. Cette méthode permet une analyse systémique et méthodique des circonstances de l'EIGS afin de produire un plan d'actions d'amélioration pertinent et efficace pour diminuer le risque de répétition de l'EIGS. Les items du portail national de signalement correspondent aux étapes de cette méthode ALARM-E [2].

Depuis 2019, la SRA Grand Est a accompagné de nombreuses analyses approfondies des causes, toutes thématiques et tous secteurs confondus. Ces appuis sont adaptés aux organisations et à leurs contextes, et répondent aux principes de confiance et de confidentialité nécessaires à ces démarches. Chaque année, un bilan annuel des accompagnements réalisés est consolidé afin d'alimenter le programme de travail de la SRA Grand Est au plus près du besoin des équipes de soin et d'accompagnement.

Au cours des analyses réalisées, il est possible de conclure que l'EIGS signalé ne soit finalement pas un véritable EIGS au sens du décret, soit parce que les critères de gravité ne sont pas remplis, soit parce que le lien avec les soins semble plutôt ténu. Ces analyses d'EIAS (évènements indésirables associés aux soins NON-graves), bien qu'elles ne soient pas attendues sur le portail national des évènements sanitaires indésirables, n'en sont pas moins riches d'enseignements pour les équipes concernées.

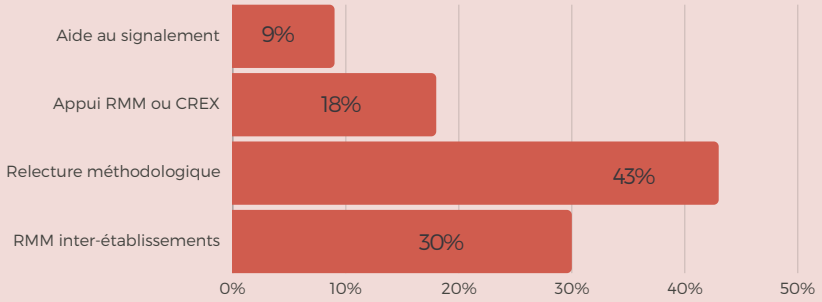
La nouveauté 2023 de notre Vade-mecum est d'intégrer ces analyses d'EIAS afin de partager ces enseignements et d'aider les équipes de la région à sélectionner les évènements pertinents à signaler sur le portail national des évènements sanitaires indésirables.

Nous attirons votre attention sur le fait que ces analyses appartiennent aux établissements. Elles ont été réalisées en lien avec le contexte interne de la structure et dans des circonstances propres.

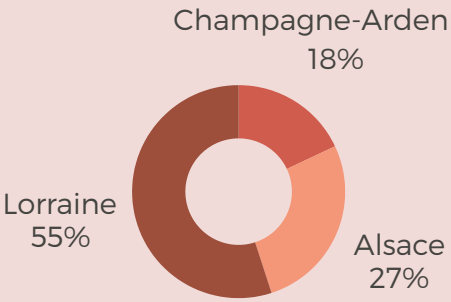
[1] Haute Autorité de Santé. L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021.

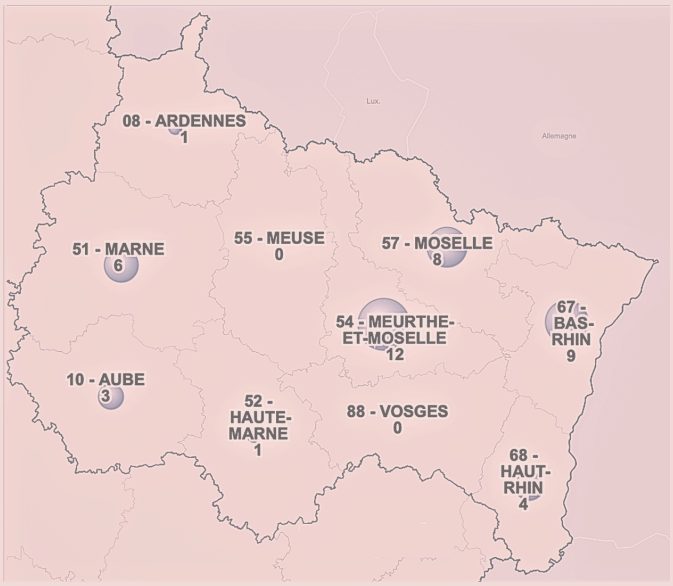
[2] Haute Autorité de Santé. Comprendre les évènements indésirables graves (EIGS). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs

Type d'accompagnement EIGS effectué par la SRA :

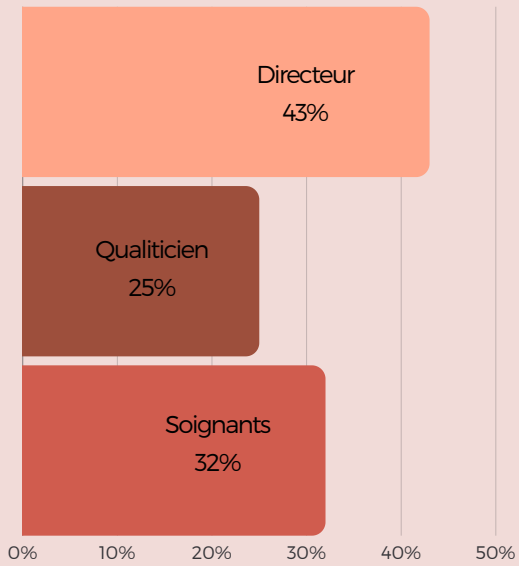


Territoire d'origine des EIGS accompagnés :

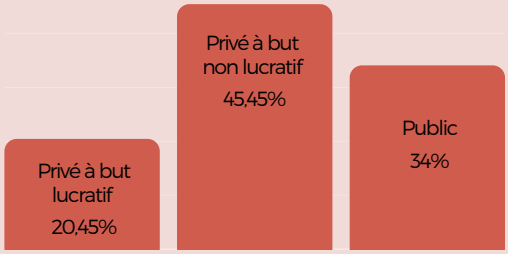




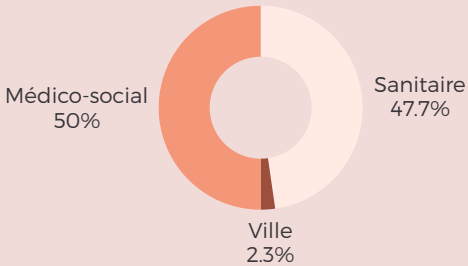
Professionnel déclarant :



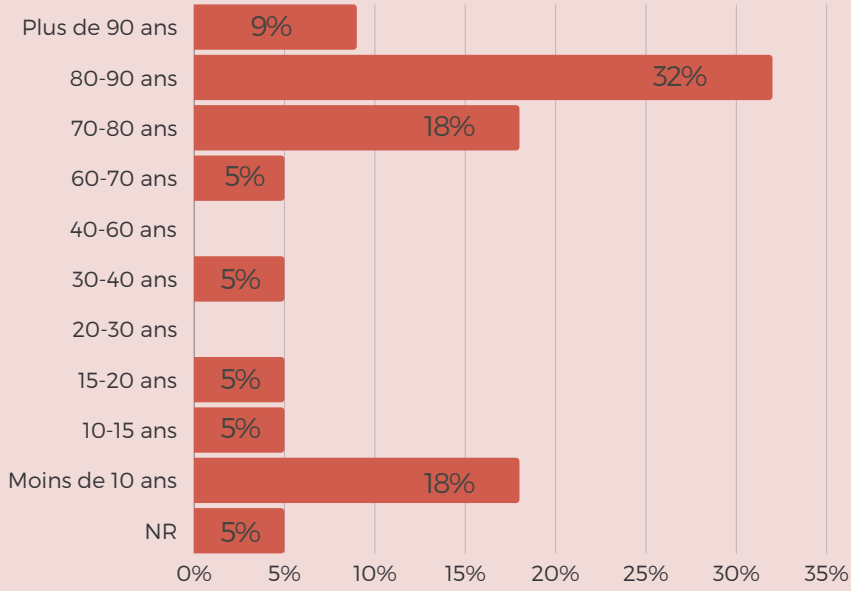
Statut de l'établissement :

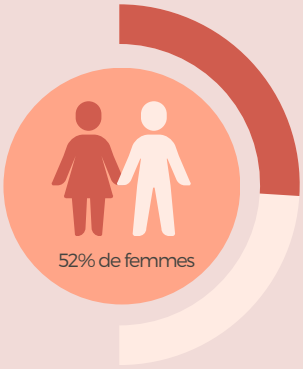


Secteur d'activité :

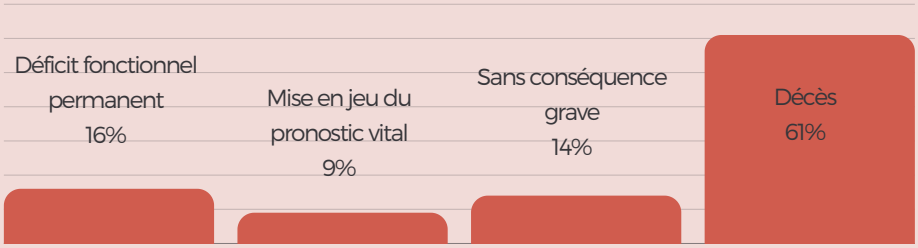


Public concerné :





Conséquence pour le patient :



Nature du risque selon le référencement HAS :	%
Défaut de diagnostic - Retard de PEC	23
Chute du patient	14
Défaut de coordination d'équipe	14
Défaillance des soins	9
Suicide du patient	5
Erreur médicamenteuse	5
Défaut de surveillance	5
Découverte fortuite du décès	2

LE SIGNALEMENT NOUS PERMET À TOUS DE TIRER LES ENSEIGNEMENTS DE CES ÉVÈNEMENTS,
SACHONS CAPITALISER ENSEMBLE !



PARTIE 2

RÉCITS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS) ACCOMPAGNÉS EN 2023

A Signalements du secteur sanitaire

Surdosage morphinique en HAD

N°1

EIAS EIGS FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Hospitalisation à Domicile (HAD)

Gravité déclarée : Mise en jeu du pronostic vital

Résumé de la chronologie des faits

Dans le cadre d'une prise en charge en HAD, une patiente présentant un cancer du sein multi-métastatique bénéficie d'un traitement morphinique par voie orale qu'elle gère seule (auto-administration).

Lors d'un passage quotidien au domicile de la patiente vers midi, l'infirmier (IDE) retrouve la patiente allongée dans le canapé, inconsciente et non réveillable. Les constantes de la patiente sont stables mais sa fréquence respiratoire est diminuée à 8 cycles par minute ce qui laisse penser à un surdosage en morphinique. Selon les dires de son époux, la patiente n'est pas réveillable depuis environ 4h.

L'IDE regarde dans le semainier que la patiente a préparé et il ne semble pas y avoir d'erreur de prise, les traitements du matin sont encore dans le pilulier du jour. La patiente est réinstallée en position latérale de sécurité par les aides-soignantes de l'HAD qui ont rejoint l'IDE. En parallèle, l'IDE appelle le Centre 15 pour connaitre la conduite à tenir. Devant l'état général de la patiente, le médecin du Centre 15 pense également à un surdosage en morphinique par erreur de prise et/ou dysfonctionnement de l'élimination rénale au regard de la récente chimiothérapie.

La patiente est transférée aux urgences du centre hospitalier le plus proche pour l'administration de l'antidote de la morphine et une surveillance clinique pendant 24h. L'IDE appelle le médecin coordonnateur de l'HAD d'astreinte pour information.

Cause(s) immédiate(s)

- Surdosage en morphinique dans un contexte de modification récente de posologie

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Patiente prise en charge pour cancer métastatique avec pronostic vital engagé à court terme
- Trouble bipolaire avec psychose maniaco-dépressive et éthylisme chronique sevré
- Traitement morphinique per os avec un changement récent de posologie à la demande de la patiente qui souhaitait un traitement antalgique plus efficace

=> Liées aux tâches à accomplir :

- L'auto-gestion médicamenteuse n'est pas protocolisée. La responsabilité de la gestion médicamenteuse est définie à l'entrée et inscrite dans une transmission ciblée
- Un manque d'information entre le programme personnalisé de soins (PPS) et les transmissions est à souligner. En effet, dans le PPS de cette patiente, aucun responsable n'est désigné pour la gestion du traitement médicamenteux de la patiente. Cependant, les transmissions soignantes indiquent que la patiente a la charge de son traitement. Un formulaire papier a également été remis à la patiente sur son engagement à la gestion de son traitement personnel

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- La patiente préparait en autonomie son semainier (sans les blisters), il est donc impossible pour l'équipe de vérifier l'administration des médicaments de façon exhaustive et efficace
- La trousse IDE pour le quotidien et la trousse IDE d'astreinte est différente. En effet, la trousse IDE classique ne dispose pas d'antidote de la morphine (Naloxone)
- Les IDE disposent du plan de soins papier au domicile du patient et non informatique

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

N°1

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Appel des secours et transfert vers les urgences pour prise en charge de la patiente

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Formaliser une procédure sur l'auto-administration médicamenteuse
- Évaluer de façon formelle la pertinence de l'auto-administration médicamenteuse et réévaluer à fréquence définie sa poursuite ou non
- Mettre à disposition au domicile du patient l'ordonnance initiale du traitement
- Sécuriser les modifications de traitement en préparant le traitement avec la patiente
- Réaliser une évaluation concernant la prise par l'IDE
- Changement de logiciel pour le dossier patient

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Dans cette analyse, la gestion de l'auto-administration médicamenteuse de la patiente a été défaillante et a conduit à la mise en jeu de son pronostic vital. L'analyse a permis d'identifier les dysfonctionnements qui pourront ainsi être sécurisés. L'évènement est donc bien lié aux soins, inattendu au vu de l'état de santé et de la pathologie de la patiente et a eu des conséquences graves selon les termes du décret des EIGS.

Défaut de communication de résultats biologiques ayant entrainé un retard de prise en charge d'une anémie

N°2

EIAS ☑ EIGS ☑ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : SMR

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente est prise en charge pour une coxarthrose très évoluée à droite nécessitant la mise en place d'une prothèse de hanche droite par voie antérieure. Dans ses antécédents, on note une arythmie complète par fibrillation auriculaire paroxystique emboligène suivie par un cardiologue et traitée par antivitamine K, et un accident ischémique transitoire en 2020.

Une indication de pose de prothèse totale de hanche est programmée en ambulatoire. Un bilan sanguin réalisé lors de la consultation de pré-anesthésie retrouve une hémoglobine inférieure à 13g/dl, d'où une prescription de supplémentation en fer et de 3 injections d'érythropoïétine à réaliser avant sa prise en charge en chirurgie.

L'intervention se déroule sans particularité. Une admission en SMR est demandée en post-opératoire car la patiente vit seule, ne conduit pas et ses enfants vivent à 12km. Le transfert est accepté le lendemain de sa demande en commission d'admission.

Un contrôle radiographique est réalisé à J1 post-opératoire, ainsi qu'un contrôle biologique (hémoglobine à 11,8g/dl). A J2 post-opératoire, la patiente bénéficie d'un nouveau contrôle biologique (hémoglobine à 10g/dl), aucun saignement n'est constaté au niveau du pansement. La patiente est non algique. Le transfert en SMR est prévu le lendemain à J3 post-opératoire avec un dernier contrôle de son hémoglobine.

A J3 post-opératoire, la patiente est transférée en SMR avant le retour de son résultat d'hémoglobine. A son arrivée au SMR, un bilan médical initial est réalisé avec un ECG et une prise des constantes de la patiente qui est sans particularité. Le résultat d'hémoglobine prélevé avant le transfert de la patiente et dont le résultat arrive informatiquement après le départ de la patiente est à 7,1g/dl et n'est pas communiqué au médecin du SMR.

En fin de matinée, la patiente présente un vomissement alimentaire signalé au médecin qui fait le lien avec le traitement morphinique, Il prescrit un antiémétique et conserve le traitement morphinique car la patiente présente une douleur à 6/10. L'après-midi et la nuit suivant son admission, la douleur de la patiente diminue et la surveillance infirmière est sans particularité.

Le lendemain matin, un agent de restauration, lors de la distribution du petit-déjeuner, constate une pâleur et des difficultés d'expression chez la patiente. Il alerte l'équipe qui arrive rapidement en chambre avec le chariot d'urgence et débute les mesures d'urgence vitale. Un ECG est réalisé qui objective un sous-décalage ST, la patiente passe en arrêt cardio-respiratoire. Le SAMU est alerté, et poursuit les manœuvres de réanimation à son arrivée.

La patiente décède malgré la mise en œuvre des soins d'urgence.

Cause(s) immédiate(s)

- Retard de prise en charge d'une anémie

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Arythmie complète par fibrillation auriculaire paroxystique emboligène
- Antécédents thromboemboliques
- Traitement anticoagulant à adapter à l'arythmie de la patiente

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Absence de transmission des derniers résultats biologiques en aval du séjour de la patiente

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Absence de transmission des derniers résultats biologiques en aval du séjour de la patiente

=> Liées à l'équipe :

- Défaut de communication

=> Liées à l'environnement de travail :

- Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

N°2

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

- Barrière de récupération : Mesures d'urgence vitale
- Barrière de prévention : Appel du laboratoire en cas de résultats anormaux

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Mise en place d'une validation finale de chaque ordonnance de sortie par le chirurgien référent de chaque patient
- Dispositif de traitement des résultats d'examens reçus en aval des séjours des patients
- Procédure pour une coordination des équipes des 2 établissements en cas de nouvelle situation de ce type

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car un dysfonctionnement dans la coordination des deux équipes a été identifié au cours de cette prise en charge. L'évènement est donc bien lié aux soins, inattendu au vu de l'état de santé et de la pathologie de la patiente et a eu des conséquences graves selon les termes du décret des EIGS.

Difficultés de coordination inter-départements dans le cadre d'un transfert héliporté d'un enfant présentant une insuffisance respiratoire aiguë liée au COVID

N°3

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Pédiatrie

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Un enfant de moins de 5 ans est admis dans un service d'urgences pour douleurs abdominales évoluant depuis la veille et résistant au paracétamol, sans fièvre. Dans ses antécédents, on note une drépanocytose, une anémie chronique avec multiples transfusions. Devant ce tableau clinique (douleur, abdomen distendu, et tympanique), il est hospitalisé en service de pédiatrie pour hydratation et prise en charge de sa douleur.

Rapidement, une fièvre à 39°C avec blockpnée et geignement apparaîssent. Malgré l'administration de paracétamol, la fièvre persiste ainsi qu'une mauvaise tolérance sur le plan respiratoire, ce qui justifie un transfert en unité de soins continus (USC). Une oxygénothérapie avec lunettes à haut débit est débutée, ainsi qu'une prise en charge de sa douleur avec de la morphine. Un test PCR revient positif au COVID.

Son état va continuer à se dégrader sur le plan respiratoire, nécessitant la mise en place d'une ventilation non invasive (VNI). Le médecin de l'USC va alors contacter le médecin d'un service de réanimation d'un autre hôpital pour obtenir des conseils sur la VNI. Un transfert est évoqué entre les 2 équipes de 2 départements différents qui décident de temporiser le transfert le temps de voir si la VNI améliore l'état du patient.

Deux heures et demie après le premier appel pour avis, il est décidé de transférer l'enfant devant une poursuite de la dégradation de son état respiratoire. L'équipe d'USC de pédiatrie contacte le SAMU pour une demande de transfert. L'hélicoptère est déjà en mission et le transfert par la route n'est pas envisageable. L'hélicoptère de l'autre département est alors sollicité pour réaliser le transfert, cependant il existe une procédure pour le transport de patient COVID qui doit être vérifiée par le pilote. En effet, l'hélicoptère de l'autre département dépend de la sécurité civile et les procédures sont donc différentes de l'HéliSMUR. Après vérification, le pilote annonce qu'il ne peut pas effectuer le transfert, le patient étant COVID positif depuis moins de 21 jours et n'étant pas intubé.

Le transfert du patient est donc finalement réalisé par le SMUR terrestre sous VNI. A son arrivée, le patient est en hypoxémie profonde avec troubles de la conscience. Il présente un brusque épisode de vomissements entrainant une bradycardie puis un arrêt cardiaque en asystolie. Le patient est immédiatement intubé et les manœuvres de réanimation entreprises. Le décès est prononcé après 45 minutes de réanimation.

Cause(s) immédiate(s)

- Délai de transfert inter-établissements long au cours de la prise en charge d'un patient

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédent de drépanocytose avec multiples transfusions
- Patient COVID positif

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : protocole de transfert par hélicoptère qui répond à des exigences réglementaires en cas de COVID positif (le patient doit être intubé pour être transporté en cas de COVID positif de moins de 21 jours ce qui était le cas ici)
- Aides à la décision : décision de transfert par la route peut être tardive au vu de la complexité par voie aérienne
- Critères nécessaires pour décider de l'intubation imprécis

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Facteurs de stress : personnel en sous-effectif (samedi, de nuit)

=> Liées à l'équipe :

- Répartition des tâches : personnel en sous-effectif (samedi, de nuit)

=> Liées à l'environnement de travail :

- Déplacements, transferts de patient : difficultés de transfert du patient que ce soit par la route ou par voie aérienne, problème de coordination entre SAMU
- Fournitures ou équipements : HéliSMUR indisponible
- Retards, délais : retard de transfert du patient, décision longue concernant les modalités de transfert

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé publique régionale : dotation SMUR d'où un héliSMUR indisponible, protocole hélicoptère en cas de COVID positif



Analyse des barrières de sécurité

- Aucune barrière de sécurité n'a été identifiée dans cette analyse



Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Discussion enregistrée via la plateforme du SAMU entre le régulateur et les différents médecins impliqués afin de caractériser au plus près la situation et de prioriser le degré d'urgence du transfert avec une répétition régulière de ces échanges
- Échange de compétences et de pratiques entre les différents services (SMUR, réanimation, unité de court séjour pédiatrique…)
- Nombre de lignes de SMUR disponibles à discuter dans le cadre du SROS au niveau national et régional
- Diffusion et/ou rappel des coordonnées téléphoniques du médecin réanimateur joignable de manière directe
- Réflexion sur un mode dégradé avec médicalisation d'un personnel non-SMUR pour un transfert non réalisable lors d'un manque d'effectif

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu sur ce type de prise en charge et a pour conséquence le décès du patient.

Coordination des acteurs sur une filière de permanence des soins en urologie

N°4

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Urgences

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Un patient de plus de 75 ans est admis en Unité de Soins Continus (USC) de cardiologie dans un centre hospitalier pour une endocardite infectieuse sévère, compliquée d'une insuffisance aortique sévère avec présence d'emboles septiques multiples. Une indication de chirurgie aortique est posée mais refusée par le patient qui a déjà vécu une opération similaire. Devant ce refus, un traitement médical par antibiotiques est décidé avec information du patient et de la famille des faibles chances de survie en l'absence de traitement chirurgical.

Le patient est porteur d'une sonde urinaire avec réalisation de lavages vésicaux. Celle-ci a été posée au service d'accueil des urgences et repositionnée une première fois dans la nuit qui a suivi son admission. Le patient se plaint de douleurs abdominales et une discordance entre la quantité de liquide de lavage injecté et celle recueillie est constatée. Devant ce tableau, une échographie et un scanner sont réalisés qui retrouvent un épanchement péritonéal sans permettre d'identifier de brèche au niveau des voies urinaires. Devant son inefficacité, la sonde urinaire est retirée et une tentative de repose se solde par un nouvel échec, ce qui motive une consultation auprès d'un urologue pour remise en place d'une sonde et exploration du tractus urinaire.

La permanence des soins en urologie (PDSES) est assurée dans une clinique de proximité. Le patient est transféré en ambulance non médicalisée sans information préalable des anesthésistes de la clinique. Une sonde urinaire est posée sous cystoscopie, aucune lésion vésicale n'est identifiée. Le patient est retransféré en USC. A son retour, le patient présente toujours une douleur abdominale contrôlée par des antalgiques de pallier 3. Quelques heures après, devant une majoration des douleurs et l'apparition d'une défense abdominale, un scanner est de nouveau réalisé avec constat d'une sonde urinaire déplacée. Après concertation avec l'urologue et devant l'état stable du patient, il est décidé de transférer à nouveau le patient.

Le second transfert est réalisé en ambulance non médicalisée et sans dossier médical. Le patient est pris en charge en service ambulatoire dans l'attente d'un passage au bloc opératoire sous anesthésie locale. Un échec de pose de sonde urinaire sur guide justifie une pose sous anesthésie générale. Dans un premier temps, l'anesthésiste refuse en l'absence d'éléments médicaux.

L'état du patient va se dégrader rapidement avec l'apparition d'une instabilité hémodynamique, des marbrures, une confusion et une arythmie cardiaque. L'anesthésiste de garde va appeler le centre hospitalier afin de récupérer le dossier médical et les bilans lui permettant de réaliser une consultation d'anesthésie. Un cystocath échoguidé est réalisé dans l'attente et objective un uro-péritoine avec une rupture vésicale. Une laparotomie exploratrice est réalisée en urgence avec accord de la famille. Le patient est alors en état de choc septique, marbré, hypotendu et instable sur le plan hémodynamique. Un traitement par noradrénaline est débuté.

A l'issue de l'intervention, le SMUR est appelé pour transférer le patient vers la réanimation. Le patient est intubé et sous noradrénaline. Le lendemain, le patient fait un arrêt cardiaque et décède malgré les manœuvres de réanimation.

Cause(s) immédiate(s)

- Difficultés d'organisation et de coordination des acteurs dans le cadre de la permanence des soins en établissement de santé sur la filière urologie

Causes profondes

=> Liées au patient :

- État de santé : pathologie exceptionnelle à diagnostic difficile (rupture de vessie spontanée sur pose de sonde urinaire)
- Antécédents : comorbidités cardiaques et oncologiques

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Transfert non médicalisé d'un patient de réanimation vers une clinique sans activité réanimatoire car la clinique est l'établissement de recours pour l'urologie

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Information tardive des anesthésistes de la clinique des transferts de ce patient
- Second transfert de ce patient sans dossier médical

=> Liées à l'environnement de travail :

- Absence de matériel de chirurgie urologique au centre hospitalier ne permettant pas le déplacement du chirurgien
- Absence de service de réanimation à la clinique
- Horaires de la permanence des soins urologiques limités avec un afflux de plus en plus important de patients
- Effectifs des médecins anesthésistes réanimateurs et des infirmières anesthésistes limités sur la clinique pour les différentes activités concernées

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- La clinique est le seul établissement de santé à réaliser la PDSES en urologie pour tout le territoire de santé concerné



Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :

- Convention territoriale pour la PDSES en urologie

=> Barrière d'atténuation qui n'a pas fonctionné :

- Mesures d'urgence vitale



Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- **Clinique** : réaliser une concertation pluridisciplinaire (urologue, anesthésistes et médecin adresseur) avant de prendre en charge un patient venant d'un service de réanimation
- **Clinique et centre hospitalier** : Revoir les indications et modalités des transferts des patients issus de l'USC et/ou de la réanimation. Organiser des RMM régulières entre les deux établissements pour évaluer ces transferts. S'informer mutuellement lors de la déclaration externe d'EIGS sur des parcours concernant les deux établissements
- **Territoire** : continuer de travailler les accords conventionnels sur la PDSES en urologie

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu sur ce type de prise en charge et a pour conséquence le décès du patient.

Prise en charge d'un hématome rétro-placentaire à domicile

N°5

○ EIAS ○ EIGS ☑ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Obstétrique

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Une parturiente, dont le terme est prévu dans un peu plus d'un mois, est suivie en ville par un cabinet libéral incluant des sages-femmes et un gynécologue obstétricien. Son suivi est régulier et elle ne présente aucun signe particulier d'alerte ni de facteur de risque d'hématome rétro-placentaire.

Deux jours après sa dernière consultation programmée avec son gynécologue-obstétricien, le mari de la parturiente appelle les pompiers pour métrorragies, douleurs abdominales en continu et diminution des mouvements actifs fœtaux. L'appel est transféré au médecin régulateur urgentiste du SAMU-Centre 15 après déclenchement réflexe d'un véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV). À la suite de son évaluation clinique téléphonique, le médecin régulateur déclenche l'envoi d'un véhicule médical léger en plus du VSAV afin qu'un médecin puisse se rendre au chevet de la parturiente. Après évaluation clinique sur place, l'hypothèse d'un hématome rétro-placentaire est évoqué. Il est décidé d'orienter la parturiente vers la salle de naissance la mieux équipée la plus proche, qui est informée de son arrivée dans les minutes suivant la décision.

A son arrivée en salle de naissance, la parturiente présente des métrorragies. Elle est monitorée et l'échographie met en évidence une bradycardie fœtale. L'obstétricien de garde est appelé et une décision de césarienne code rouge est posée. En 14 minutes, un enfant est extrait en état de mort apparente. La décision d'arrêt de réanimation du nouveau-né sera prise à 13 minutes de vie devant l'inefficacité des soins entrepris.

L'ensemble de l'évènement, depuis l'appel aux pompiers, aura duré environ 2h. A l'examen du placenta, un hématome rétro-placentaire massif est objectivé.

Cause(s) immédiate(s)

- Hématome rétro-placentaire massif chez une patiente sans facteur de risque

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Patiente au suivi de grossesse régulier, sans signe d'alerte ni facteur de risque d'hématome rétro-placentaire.
- Rareté de ce type d'évènement

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Professionnels de la chaine d'urgence non experts en obstétrique
- Intervention de nuit
- Médecin régulateur urgentiste en poste depuis 7h30 du matin

=> Liées à l'équipe :

- Pas d'élément concernant la première grossesse et le suivi de la grossesse actuelle à l'arrivée en salle de naissance

=> Liées à l'environnement de travail :

- Évènement survenu en nuit profonde

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui ont fonctionné :

- Contexte socio-familial de la patiente
- Suivi de la grossesse
- Équipes au complet, qualifiées, avec une composition adaptée à la situation

=> Barrières de récupération qui ont fonctionné :

- Chaîne d'urgence SDIS – Centre 15 – SMUR de 2 secteurs – Maternité efficace
- Évaluation obstétricale
- Communication inter-équipes et usagers efficaces
- Orientation vers une maternité de niveau adapté
- Déclenchement d'une césarienne code rouge avec respect des délais d'extraction

N°5

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

Avec les équipes intervenues dans la prise en charge :

- Informer les patientes de venir aux urgences obstétricales dès qu'un évènement inhabituel les inquiète (saignement vaginal, contractions, diminution des mouvements actifs du fœtus ressentis) par leur propre moyen si possible ou après appel au centre 15 si nécessaire
- Si la situation le permet, adresser sans délai la patiente prise en charge par le SAMU-Centre 15 vers la maternité adaptée à l'âge de la grossesse
- Un obstétricien, ou une sage-femme, peut être appelé en renfort par le 15 si la situation clinique le nécessite (accouchement siège, grossesse gémellaire…)

En lien avec le réseau de périnatalité du territoire :

- Organiser des temps de rencontre entre les équipes du Centre 15, des SAMU, et des équipes obstétricales.

Pourquoi ne s'agit-il pas d'un EIGS ?

Après analyse, cet évènement ne relève pas d'une classification en EIAS ou EIGS et peut être considéré comme un aléa thérapeutique. En effet, aucun dysfonctionnement de prise en charge n'a été identifié. La survenue de cet hématome rétro-placentaire n'est pas lié à un risque non-détecté ou à un dysfonctionnement de la prise en charge de cette parturiente. Aucun retard non plus n'est à noter dans cette prise en charge. L'évènement n'est donc pas lié aux soins délivrés.

Défaut de prise en charge d'une fausse route entrainant le décès de la patiente

N°6

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente de plus de 80 ans est prise en charge pour dénutrition dans un contexte de diarrhées chroniques avec chute à domicile depuis 3 mois. Elle est hospitalisée en service de médecine gériatrique.

A son admission, la patiente est cachectique, présente un indice de masse corporelle inférieure à 15 ainsi qu'une sarcopénie (perte de poids de plus de 25 % en 3 mois), une dénutrition et une déshydratation. Avec l'avis de la diététicienne, une adaptation des repas est prescrite avec majoration de l'apport en protéines et une introduction de compléments nutritionnels oraux. 7 jours après son admission, il est constaté une prise de poids de 2kg par rapport au poids initial d'entrée. 3 semaines après son admission, un résultat de marqueurs carcinologiques digestifs et de parasitose reviennent positifs. Il est également constaté une hypokaliémie majeure motivant une majoration du traitement par potassium et un enrichissement de son alimentation. Un avis gastro-entérologique est également demandé en urgence.

Une semaine après le constat de l'hypokaliémie, un nouveau bilan sanguin est réalisé et il est constaté une persistance de l'hypokaliémie motivant une nouvelle majoration du traitement médicamenteux et de l'enrichissement alimentaire. Un rendez-vous avec scanner est positionné 3 mois plus tard avec un nouveau hépato-gastro-entérologue à la demande de la patiente. Celle-ci en avait consulté un premier avant son hospitalisation qu'elle ne souhaitait pas revoir. Un traitement par FLAGYL est débuté au vu des résultats positifs de parasitose intestinale.

4 jours après l'instauration du FLAGYL, il est constaté une hypotension et une altération de l'état général de la patiente ainsi qu'une persistance des diarrhées. La patiente va présenter quelques jours après un épisode de rectorragie, décrite comme « traces » dans les transmissions, cependant il n'est pas retrouvé d'appel au médecin pour l'en avertir. Il est à noter que la journée était particulièrement chargée au niveau médical avec la gestion d'une situation d'urgence, 3 entrées et 1 sortie. De plus le médecin présent n'était pas un titulaire mais un remplaçant.

N°6

La nuit suivant cet épisode de rectorragie, la patiente présente une toux qui l'empêche de dormir. Le lendemain, lors de l'installation au moment de la toilette, l'aide-soignante constate la présence d'une biscotte dans la bouche de la patiente. Elle la fait boire. 5 minutes plus tard, une infirmière vient pour la réalisation d'un pansement au niveau du bras et constate un « graillonnement ». Elle s'absente pour aller chercher le matériel d'aspiration et prévient sa collègue dans la chambre à côté de celle de la patiente. Dans le même temps, l'AS s'absente pour prévenir sa collègue. La patiente reste alors seule en chambre.

5 minutes plus tard, l'infirmière qui a été prévenue par sa collègue vient prendre les paramètres de la patiente. Elle la retrouve aréactive, et décide de réaliser un ECG. Elle constate un tracé plat. L'aide-soignante propose à l'IDE présente de faire un MCE (massage cardiaque externe), celle-ci réponds alors par la négative.

45 minutes plus tard, le médecin est prévenu à son arrivée de l'évènement et rédige le constat de décès. Il est à noter que le médecin n'était pas présent au moment des faits mais n'a pas été contacté par téléphone.

Cause(s) immédiate(s)

- Absence de réanimation cardio-pulmonaire

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédents : cachexie, sarcopénie, diarrhées depuis plus de trois mois, découverte de marqueurs tumoraux, hypothyroïdie iatrogène
- État de santé : plutôt complexe, la patiente n'a pas donné suite au premier rendez-vous avec le premier hépato-gastro-entérologue. Hypokaliémie, dénutrition, altération de l'état général et parasitose
- Épuisement de son époux

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : non-utilisation de la procédure d'arrêt cardio-respiratoire
- Aide à la décision : défaut d'évaluation clinique
- Définition des tâches : manque de précision dans la traçabilité des observations (prescription médicale des biologies, transmissions médicales et paramédicales)

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Facteurs de stress : erreur d'appréciation des professionnels

=> Liées à l'équipe :

- Informations écrites : manque de clarté au niveau du projet de vie de la patiente (pas de directive anticipée)
- Composition de l'équipe : médecin remplaçant avec forte activité médicale le jour de l'évènement

=> Liées à l'environnement de travail :

- Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune



Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

- Prévention : formation AFGSU
- Atténuation : mesures d'urgence vitale



Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Rappel du protocole arrêt cardio-pulmonaire et mise en application
- Procédure à formaliser en cas d'absence du médecin référent (limitation du nombre d'entrées et de transferts…)
- Rappel sur l'importance de la traçabilité des données médicales et paramédicales
- Préciser pour les patients précaires si une réanimation doit être réalisée (à noter au niveau médical) et/ou directives anticipées claires

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu au vu de la prise en charge débutée pour la patiente et les mesures d'urgence vitale n'ont pas été mises en œuvre par l'équipe soignante.

Complication d'une virose chez un nourrisson ayant entraîné son décès malgré la régulation médicale

N°7

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Pédiatrie

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Un bébé de 3 mois est vu par son médecin traitant le matin de l'évènement pour une fièvre dans un contexte de virose familiale depuis une dizaine de jours.

La maman passe un premier appel au SAMU-Centre 15 d'une durée de 10 minutes en début de nuit car elle n'arrive pas à faire baisser la fièvre de son enfant depuis l'après-midi. Le bébé présente de nombreuses diarrhées liées à son allaitement et ne garde pas les suppositoires de paracétamol. La maman a tenté lors de l'allaitement de glisser une pipette de paracétamol en sirop, mais cela a entrainé un épisode de vomissements. Il est donné pour conseil à la maman de rafraichir son enfant, de lui redonner une demi-dose de paracétamol, de revoir le médecin traitant le lendemain matin et de rappeler le SAMU-Centre 15 en cas d'apparition d'autres symptômes au cours de la nuit. La maman a peur de surdoser son bébé.

Le lendemain tôt le matin, la maman passe un nouvel appel au SAMU-Centre 15 d'une durée de 10 minutes car son bébé n'a quasiment pas dormi de la nuit. Il a présenté plusieurs épisodes de vomissements et des selles profuses, il n'a plus de fièvre lors de l'appel. Il est demandé à la maman d'emmener son enfant au service d'accueil des urgences dans l'heure pour une évaluation médicale devant le risque important de déshydratation. La maman pleure car elle n'a pas de solution de garde pour ses aînés. Le papa travaille de nuit et elle ne souhaite pas le rappeler, elle souhaite attendre de voir son médecin traitant le lendemain matin.

La maman se rend au service d'accueil des urgences le plus proche de son domicile 1h plus tard où l'enfant est pris en charge immédiatement. Il est alors en état de choc, avec une tension imprenable et la fontanelle creusée. Quelques minutes après le début de la prise en charge, s'ensuit un arrêt cardio-respiratoire pris en charge par une équipe de SMUR intra-muros, un anesthésiste et une pédiatre.

2 heures plus tard, un appel est passé au SAMU-Centre 15 pour une demande de prise en charge dans le cadre d'un transfert vers le service de réanimation néonatale d'un autre centre hospitalier. L'appel est directement transféré au réanimateur pédiatrique. Le transfert est accepté avec le déclenchement du SMUR pédiatrique qui va chercher l'enfant.

N°7

L'équipe du SMUR pédiatrique arrive pour prendre l'enfant en charge 2h après l'appel avec poursuite de la réanimation devant un nouvel arrêt cardio-respiratoire. Il est à noter qu'aucune reprise d'activité cérébrale n'a eu lieu depuis le premier arrêt cardio-respiratoire.

1h15 après l'arrivée de l'équipe du SMUR, l'état de l'enfant permet son transfert. Le départ a lieu dans les 15 minutes. Une dégradation rapide de l'état de l'enfant survient avec une tension qui devient imprenable et une saturation en oxygène qui ne dépasse pas les 50% malgré les thérapeutiques en cours. L'enfant arrive en réanimation 1h30 après son départ. Il présente une instabilité hémodynamique, il est intubé et ventilé avec un score de Glasgow à 3 sans sédation. Une décision collégiale de limitation des thérapeutiques est prise après l'arrivée des parents devant un tableau de défaillance multiviscérale et neurologique. Le décès est constaté dans la soirée.

Cause(s) immédiate(s)

- Volvulus de l'intestin grêle par malrotation congénitale au décours d'une virose découverte grâce à l'autopsie de l'enfant

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Mode de vie : contexte familial de virose depuis une dizaine de jours, 3ème enfant né à terme
- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : difficultés pour amener l'enfant aux urgences rapidement car la maman n'a pas de solution de garde pour les ainés et refuse de rappeler le papa qui travaille de nuit. Épuisement maternel

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Aide à la décision : défaut d'aide à la décision pour les médecins du SAMU face à une fièvre chez un enfant de cet âge
- Définition des tâches : défaut de définition ou d'anticipation de solutions dégradées (possibilité de transfert par un autre SMUR que celui qui a réalisé le transfert)

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- Déplacements, transferts de patients : problématique de transport secondaire
- Fournitures ou équipements : matériel manquant car n'avait pas été rangé à sa place habituelle d'où une panique lors de la réanimation
- Charge de travail, temps de travail : période de nuit, lendemain de certification pour un des centres hospitaliers concerné par l'évènement d'où un épuisement des équipes
- Retards, délais : prise en charge dépassée

=> Liées à l'organisation et au management :

- Gestion de la sous-traitance : sous-traitement du transport SMUR pédiatrique non adapté aux prises en charge gravissimes

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune



Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

- Prévention : régulation d'urgence pédiatrique pour les nourrissons
- Récupération : demande de transport secondaire
- Atténuation : mise en œuvre en continu des manœuvres de réanimation



Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Formaliser un protocole d'aide à la décision pour les médecins du SAMU devant une fièvre chez un enfant de moins de 6 mois (score de gravité pour l'évaluation clinique)
- Privilégier un appel direct des réanimateurs avec soutien des pédiatres face à ces prises en charge spécifiques
- Formaliser un parcours patient entre les établissements avec une organisation définie dans le cas d'enfants en détresse respiratoire (salle de déchoquage dédiée avec une gestion conjointe)

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car, bien que le décès soit lié à une malformation congénitale, des délais inadaptés à la gravité de l'état clinique de ce nourrisson ont été constatés dans la prise en charge.

Arrêt cardio-respiratoire brutal et inattendu d'un patient quelques heures après son admission

N°8

○ EIAS ○ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : SMR

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits :

Un patient est admis en soins médicaux et de réadaptation (SMR) suite à une prothèse inversée d'épaule à gauche, opéré deux jours avant son transfert dans une clinique privée. Dans ses antécédents médicaux, on note une hypertension artérielle, une cardiomyopathie dilatée, un épisode d'embolie pulmonaire ainsi qu'une insuffisance rénale chronique. Le patient bénéficie d'un suivi régulier par un cardiologue.

Le jour de l'évènement, son entrée administrative est réalisée en milieu de matinée par l'hôtesse d'accueil. Son accueil est ensuite fait en chambre une demi-heure plus tard par une aide-soignante et une infirmière qui réalisent la prise des constantes ainsi qu'une évaluation de la douleur, un recueil de ses besoins et une évaluation du risque d'escarres. L'entretien se poursuit durant 1h. Ses constantes au moment de l'admission sont stables, le patient est apyrétique. Son échelle numérique de la douleur est évaluée à 4/10.

Il est vu par le médecin du service en début d'après-midi qui réalise un examen clinique d'entrée : score de Glasgow à 15, patient orienté, en bon état général avec une surcharge pondérale. L'auscultation se révèle sans particularité. Il est à noter que lors de l'auscultation le patient porte une écharpe coude au corps à gauche ce qui a complexifié l'examen. Le patient est habituellement traité par Xarelto qui a été suspendu en accord avec son cardiologue pour l'intervention et relayé par une héparine de bas poids moléculaire jusqu'à 7 jours post-opératoire. Le traitement antalgique du patient est revu avec une prescription d'antalgique de pallier 2 en ajout du paracétamol.

L'IDE réalise un ECG comme prévu dans la procédure d'entrée 1h30 après l'examen clinique du médecin. 10 minutes plus tard, le patient présente un arrêt cardio-respiratoire brutal avec perte de connaissance et d'urine. La réanimation est immédiatement débutée, avec 8 chocs délivrés par le défibrillateur semi-automatique et injections d'adrénaline. Malgré les manœuvres de réanimation, le décès est prononcé en présence du médecin du SAMU et des pompiers au bout de 40 minutes, devant l'absence de reprise de ventilation spontanée ainsi qu'une mydriase bilatérale.

La famille du patient a été informée dans les minutes qui suivent le décès par le médecin du service.

N°8

Cause(s) immédiate(s)

- Arrêt cardio-respiratoire brutal et inattendu

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédents : HTA, embolie pulmonaire, insuffisance rénale chronique
- État de santé : obésité grade 2, post-opératoire récent J+2
- Traitements : arrêt Xarelto en préopératoire, relais HBPM en post-opératoire

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières qui ont fonctionné :

- Prévention : dossier d'admission complet
- Récupération : constantes, examen médical et ECG réalisés juste avant le malaise

=> Barrières qui n'ont pas fonctionné :

- Atténuation : réactivité immédiate de l'équipe avec démarrage immédiat des manœuvres de réanimation et application du protocole d'urgence vitale

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Aucune

Pourquoi ne s'agit-il pas d'un EIGS ?

Après analyse, cet évènement ne relève pas d'une classification en EIGS et peut être considéré comme un aléa thérapeutique. En effet, aucun dysfonctionnement de prise en charge n'a été identifié, le risque pour ce patient était identifié et des mesures barrières avaient été mises en place pour limiter ce risque. De plus à l'issue de l'analyse, les causes profondes identifiées sont uniquement liées au patient.

Retard d'une prise en charge d'un infarctus dans un contexte de douleurs pariétales

N°9

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : SMR

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne une patiente de plus de 80 ans, prise en charge pendant 1 mois en service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) à la suite d'une chute à domicile ayant occasionné des fractures costales. Dans ses antécédents médicaux, on note une hypertension sévère, un diabète de type 2 ainsi qu'une obésité.

Le jour de son admission, la patiente bénéficie d'un examen médical d'entrée avec la réalisation d'un ECG systématique à chaque admission. L'ECG est noté comme anormal dans le dossier médical. Le compte-rendu de sa dernière consultation auprès de sa cardiologue habituelle, datant d'une semaine avant son admission, est récupéré. Il fait état d'un bilan cardiovasculaire satisfaisant. Elle bénéficie d'une évaluation de son autonomie, d'un bilan en kinésithérapie et en ergothérapie et son échelle numérique de la douleur est évaluée à 2/10.

La patiente se plaint dans les jours suivant son admission de douleurs au niveau des côtes fracturées nécessitant une adaptation de son traitement antalgique. Une semaine après son admission, on note une nette amélioration de son état général, il est demandé l'intervention d'une assistante sociale pour anticiper un éventuel retour à domicile. 15 jours après son admission, il est noté la poursuite de l'amélioration de son état général.

Deux épisodes de chute sans gravité surviennent à 3 jours d'intervalle. A la suite de la seconde chute, la patiente se plaint de douleurs à l'épaule gauche ainsi que de remontées gastriques. La mobilité du bras est conservée. Le médecin de garde est avisé, qui prescrit un antalgique de pallier 2, un inhibiteur de la pompe à protons et un traitement antiacide. 3 heures après l'administration des traitements, la patiente est toujours douloureuse au niveau de l'épaule droite et en région épigastrique mais refuse de prendre un nouvel antalgique de pallier 2 car elle est nauséeuse.

N°9

Le lendemain matin, la patiente présente encore des douleurs au niveau des épaules et de la partie supérieure du thorax. Le médecin indique sur son dossier une poussée arthrosique probable mais ne note rien d'anormal au niveau de l'auscultation. 4 jours après l'examen médical, la patiente présente un épisode de détresse respiratoire avec tirage. La saturation en oxygène est alors à 73% en air ambiant, la patiente est raccompagnée en chambre et mise sous oxygène 4L aux lunettes puis 5L au masque avec une saturation qui remonte à 89%.

Un appel au SAMU est passé qui décide d'un transfert aux urgences. 3 heures après son arrivée aux urgences, la patiente est transférée en réanimation pour infarctus du myocarde. 2 jours après son transfert, la patiente présente un œdème pulmonaire sur lésion ischémique. Une scintigraphie est programmée pour évaluer une possible revascularisation, mais la patiente décèdera 2 jours plus tard.

Cause(s) immédiate(s)

- Suspicion de développement d'un infarctus dans un contexte de douleurs thoraciques pariétales d'origine traumatique

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédents : diabète, troubles cognitifs et mnésiques légers
- État de santé : fractures costales douloureuses, douleurs articulaires, chute d'allure mécanique
- Traitements : traitements antalgiques pouvant masquer les douleurs angineuses
- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : difficulté d'observance et d'adhérence aux traitements proposés. Propos contradictoires de la patiente selon l'interlocuteur sur sa prise en charge. Lors des visites et auscultations, la patiente ne verbalisait pas ses douleurs et évènements au médecin

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Informations écrites (dossier patient) : malgré une évaluation numérique régulière de la douleur, description de la douleur non présente systématiquement
- Transmissions et alertes : deux transmissions dans le dossier par une IDE intérimaire non ciblées au médecin

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune



Analyse des barrières de sécurité

- Aucune barrière de sécurité identifiée lors de l'analyse



Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Transmissions ciblées du personnel intérimaire sur outil numérique : douleurs thoraciques systématiquement ciblées au médecin
- Initier un groupe de travail pour optimiser l'évaluation de la douleur en ajoutant une description précise aux évaluations numériques de la douleur
- Ne pas recopier la conclusion ECG du logiciel – tracer seulement l'analyse

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car le retard diagnostic de l'infarctus du myocarde empêche sa prise en charge précoce et entraîne des conséquences graves pour la patiente.

Mise en jeu du pronostic vital chez un enfant par manque de coordination des établissements de santé

N°10

EIAS ○ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Pédiatrie

Gravité déclarée : Mise en jeu du pronostic vital

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne un enfant de moins de 5 ans, hospitalisé en secteur de chirurgie générale d'une clinique pour une adéno-amygdalectomie avec contrôle des tympans. L'intervention est programmée devant un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil modéré, hypertrophie amygdalienne de grade 3, hypertrophie adénoïdienne découverte à la radio du cavum, accompagnées d'otites séro-muqueuses.

L'enfant est opéré le matin d'une adéno-amygdalectomie sous anesthésie générale. L'otoscopie bilatérale est normale. En milieu de matinée, l'enfant est transféré en salle de réveil : il est profondément endormi à son arrivée, sans saignement actif visible. En fin de matinée, il est calme et réveillé, non algique, en demande de sa maman. Il ne présente pas de nausée ni de vomissement et a quelques crachats sanglants. Il est transféré en service de chirurgie. Sur le temps du déjeuner en service de chirurgie, l'enfant vomit une petite quantité de sang rouge foncé. La visite du chirurgien ne relève pas de signe inquiétant, il prévoit de repasser le voir avant sa sortie. Le lendemain, l'enfant est sortant du service d'hospitalisation. Un contrôle post-opératoire est prévu dans 10 jours.

6 jours après sa sortie à domicile, l'enfant est amené par son père au service d'accueil des urgences pour vomissements de sang à J7 de son opération. Le papa rapporte 2 épisodes de vomissements de sang rouge et sang noirâtre dans la nuit. L'examen clinique réalisé aux urgences ne relève pas de signe de gravité. Son hémodynamique est stable, il n'y a pas de saignement actif ni de marbrure. Il est vu par le chirurgien ORL dès son arrivée qui préconise une hospitalisation de 24h en chirurgie pour surveillance et contrôle biologique et laisse pour consigne que l'enfant reste à jeun pendant 4h. Le bilan biologique retrouve une hémoglobine à 11,5g/dl. L'enfant sort le lendemain avec conseil de poursuivre le régime alimentaire encore 10 jours et de revoir le chirurgien référent comme prévu à 10 jours post-opératoire.

N°10

4 jours après sa sortie d'hospitalisation, les parents constatent vers minuit la présence de saignements sur l'oreiller et se rendent par leur propre moyen au service d'accueil des urgences de la clinique sans prévenir de leur arrivée. L'enfant est admis par l'infirmière d'accueil et d'orientation pour suspicion d'hémorragie post-opératoire. 10 minutes après son admission, il est examiné par un médecin qui constate une hémorragie active sans signe de choc. Devant ce tableau d'urgence ORL chez l'enfant, il est réorienté sans attendre dans le service d'urgence pédiatrique le plus proche par moyens personnels, jugés plus rapide que le SAMU dans cette situation. Lors du transfert par ses parents, l'enfant présente un épisode d'hématémèse évalué à 1 verre pendant le trajet.

40 minutes plus tard, l'enfant est admis au service d'accueil des urgences pédiatrique avec une hémodynamique stable, il est pâle et son hémocue est à 9,2g/dl. Un avis ORL est demandé. 1 heure après son arrivée, le chirurgien ORL prend une décision de reprise chirurgicale pour cautérisation. L'enfant présente une hémoglobine à 9,9g/dl sans saignement actif ni trouble de l'hémostase. Une heure après le passage du chirurgien ORL, la cautérisation au bloc est réalisée et une antibiothérapie intraveineuse est débutée. Le chirurgien ORL ayant pris en charge initialement le patient appelle pour prendre des nouvelles.

Le lendemain, l'enfant est apyrétique, ne présente pas de récidive de saignement. Une alimentation orale est reprise et un relais de l'antibiothérapie est fait par voie orale. La sortie de l'enfant à son domicile se fait le jour même, avec consultation prévue en externe auprès de son chirurgien ORL à la clinique.

Cause(s) immédiate(s)

- Risque de retard de prise en charge d'une urgence vitale chez un enfant par défaut de transmission inter-établissements.

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Enfant de moins de 5 ans : critère de gravité en cas d'urgence ORL

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Programmation, planification : arrivée du patient sans appel préalable à la clinique

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : service des urgences du centre hospitalier non prévenu du transfert de l'enfant et pas de sollicitation du chirurgien ORL d'astreinte de la clinique
- Transmissions et alertes : difficulté d'identification de l'interlocuteur le plus adapté pour délivrer les informations lors d'un transfert
- Composition de l'équipe : ORL d'astreinte à la clinique différent de l'ORL référent de l'enfant

=> Liées à l'environnement de travail :

- Fournitures ou équipements : arrêt de l'activité pédiatrique à la clinique, les enfants sont hospitalisés en secteur adulte
- Charge de travail, temps de travail : tension de lits dans les deux établissements

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune



Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de sécurité qui a fonctionné :

- Atténuation : Prise en charge chirurgicale en urgence

=> Barrière de sécurité qui n'a pas fonctionné :

- Récupération : Astreinte ORL à la clinique



Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Dans les consignes de sortie à transmettre aux parents, ajouter l'appel préventif à la clinique en cas de venue aux urgences pour saignement post-opératoire
- Recommuniquer sur l'astreinte ORL de la clinique à informer dans ces situations
- Rencontre entre les chirurgiens ORL des deux établissements pour fluidifier ce parcours (organisation du préhospitalier, contacts à activer, informations à délivrer, délais…)

Pourquoi ne s'agit-il pas d'un EIGS ?

Il ne s'agit pas d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'évènement n'a pas eu de conséquence grave (décès, mise en jeu du pronostic vital, risque de déficit fonctionnel permanent) pour cet enfant selon les termes du décret du 25 novembre 2016. Il s'agit donc d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS).

Dégradation clinique dans le cadre d'une prise en charge médico-chirurgicale

N°11

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Pédiatrie

Gravité déclarée : Probable déficit fonctionnel permanent

Résumé de la chronologie des faits

Un enfant consulte son médecin traitant devant des signes évocateurs de COVID-19. A l'auscultation, une asymétrie amène le médecin à prescrire une radiographie pulmonaire qui sera réalisée le lendemain. Le test COVID-19 revient positif 48h plus tard. 11 jours après cette consultation, le père de l'enfant appelle le SAMU–Centre 15 car son enfant a des paupières enflées. Il explique au médecin régulateur libéral (MRL) que son fils est positif au COVID-19, qu'il a dû appliquer des linges mouillés à cause de la fièvre et se demande si ce n'est pas lié à ça. Le MRL demande s'il a les yeux rouges et s'il a vu un médecin. Le père confirme qu'il a vu un médecin il y a 4 jours. Le MRL insiste pour que l'enfant consulte rapidement un pédiatre. Il lui propose un traitement ophtalmique à récupérer en pharmacie et à mettre pendant 2 jours. Il précise de ne pas donner d'anti-inflammatoire. Le MRL explique que c'est autour du 8ème jour que le COVID-19 est le plus dangereux et lui donne pour conseil de rappeler en cas de difficultés respiratoires.

Le lendemain, l'enfant est admis en milieu de matinée aux urgences pédiatriques pour fièvre depuis 9 jours avec pics à 41°C, dégradation progressive de l'état général et apparition de douleurs frontales depuis la veille. L'examen médical est sans signe de gravité. L'enfant est hospitalisé en service de pédiatrie et ausculté par le médecin sénior de garde 3h30 après son admission : au vu du syndrome inflammatoire biologique important et des signes cliniques de douleurs à la pression des sinus frontaux et maxillaires et d'œdème palpébral droit, une hypothèse diagnostique de sinusite frontale, cellulite orbitaire et pan-sinusite est posée. Une antibiothérapie en intra-veineuse est prescrite.

Le lendemain matin (J1 en hospitalisation), l'enfant est asthénique et fébrile, mais ne présente pas de raideur de nuque. A l'issue de l'examen médical, une demande de scanner à réaliser en urgence pour éliminer une thrombophlébite cérébrale est faite ainsi qu'une modification du traitement antibiotique et prescription d'une héparine de bas poids moléculaire en sous-cutanée 1 fois par jour à titre préventif. A J2, un nouveau bilan sanguin retrouve une protéine C réactive élevée mais stable. Le scanner cérébral avec injection est réalisé en fin de matinée. Un nouvel examen clinique par le médecin sénior objective l'apparition d'une raideur de nuque avec réflexes des membres inférieurs vifs et une asthénie.

N°11

En début d'après-midi, le résultat du scanner est disponible et lu par le médecin sénior qui conclue à une pan-sinusite droite compliquée avec un empyème sous dural, un abcès du toit de l'orbite droit responsable d'une exophtalmie, une thrombose veineuse cérébrale extensive des sinus sagittaux, transverse et sigmoïde gauche. Le père de l'enfant est mis au courant de la situation. Un appel auprès des neurochirurgiens de l'établissement préconise une orientation vers une équipe spécialisée en neurochirurgie pédiatrique d'un autre établissement. L'avis est demandé dans la foulée à l'équipe spécialisée, l'appel est décroché par l'interne de garde qui demande la transmission des images du scanner, de la dernière biologie et recommande de prendre un avis ORL. Au vu de la dégradation neurologique, il demande un transfert le plus rapidement possible pour une IRM et une prise en charge neurochirurgicale. Il demande un transfert par hélicoptère pensant que celui-ci sera plus rapide que par la route.

En fin d'après-midi, après échange avec son sénior sur le dossier du patient, les deux neurochirurgiens pédiatriques rappellent le sénior de pédiatrie prenant en charge actuellement l'enfant et demandent que celui-ci soit mis sous traitement antiépileptique. Le pédiatre, lui-même spécialisé en neuropédiatrie, propose que le traitement soit mis en place à l'arrivée de l'enfant car il n'en voit pas l'indication au vu de l'absence de symptomatologie épileptique.

Le SAMU–Centre 15 est contacté pour le transfert secondaire de cet enfant du service des grands enfants vers le service de réanimation pédiatrique par hélicoptère avec la précision d'un « transfert le plus rapidement possible » auprès de l'assistant de régulation médicale. L'appel est transféré au médecin régulateur urgentiste (MRU) pour des précisions sur la situation clinique de l'enfant, le conditionnement nécessaire et les risques de complication. Le requérant explique le risque de crise convulsive ou de troubles de la conscience. Le MRU explique que les deux SMUR sont déjà en intervention et la demande de transfert en hélicoptère est réitérée. Le MRU précise qu'il rappellera pour donner les horaires pour le transfert. 40 minutes après l'appel, un nouvel examen clinique de l'enfant met en évidence une raideur de nuque, un signe de Babinski à gauche et une parésie du membre supérieur gauche. L'enfant est somnolent mais réveillable. Le pédiatre sénior rappelle le SAMU 1h30 après le premier appel en constatant que le patient n'a pas encore été transféré. Afin de trouver plus rapidement un vecteur de transport adapté, le SAMU–Centre 15 fait appel à son homologue du département où doit être transféré l'enfant pour demande de transfert secondaire avec l'hélicoptère de la sécurité civile car il n'a pas les moyens d'effectuer le transfert. Le transfert n'est pas possible car il vient d'être mobilisé pour une intervention primaire. Une équipe de SMUR pédiatrique est réservée pour le transport de cet enfant et arrive 3h40 après la demande initiale.

N°11

A l'arrivée du patient en réanimation pédiatrique, 1h après le départ du SMUR, l'anesthésiste et le réanimateur constatent que les bilans préopératoires n'ont pas été réalisés, et que le patient n'est pas sous traitement antiépileptique. Ils réalisent les bilans en urgence. Le neurochirurgien demande que les résultats lui soient faxés en urgence, et demande la réalisation d'une IRM dans le même temps. A son entrée au bloc opératoire, l'enfant présente une dilatation pupillaire bilatérale avec un Glasgow à 9/15. Une craniotomie décompressive est réalisée 3h après son arrivée dans l'établissement en raison de l'hypertension intracrânienne et de la diffusion encéphalique de l'empyème. L'état clinique de l'enfant va très progressivement s'améliorer dans la semaine suivant l'intervention, permettant sa sortie de réanimation à J5 post-opératoire.

Cause(s) immédiate(s)

- Délai long de prise en charge et de transfert d'un patient dans le cadre d'un transfert inter-établissements pour une urgence neurochirurgicale

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Aucune

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Résultats d'examens : difficulté d'accès et de médicalisation pour la réalisation des actes d'imagerie en urgence pour les services de pédiatrie
- Délai et canal de réception des résultats d'imagerie non-adaptés à l'urgence de la situation clinique

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : pas de communication directe entre médecins séniors des deux hôpitaux
- Transmissions et alertes : transmission des images sur un canal non-adapté, communication d'urgence non-efficace, pas de transmission de l'urgence entre le neurochirurgien et le MRU

=> Liées à l'environnement de travail :

- Locaux : les transferts héliportés nécessitent un premier transfert des patients en ambulance vers l'héliport. Pour le trajet concerné, les délais deviennent donc équivalents entre la route et les airs
- Effectifs : disponibilité des médecins radiologues, indisponibilité des 2 équipes SMUR, 1 équipe SMUR doit rester disponible pour les interventions primaires (patient sans ressource médicale autour de lui), transfert de l'enfant qualifié en intervention secondaire sans extrême urgence (type urgence vasculaire)
- Charge de travail, temps de travail : charge de travail importante au SAMU (170 dossiers sur la tranche horaire concernée)

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé régionale : dotation SMUR du département où s'est passé l'évènement



Analyse des barrières de sécurité

- Aucune



Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Mettre en place un dialogue direct entre médecins séniors en conférence téléphonique avec l'ensemble des professionnels concernés
- Réflexion autour du délai de récupération des résultats d'imagerie en fonction du degré d'urgence
- REX de l'évènement auprès du service d'imagerie
- Réfléchir à un canal adapté de transfert des images

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement a mis en jeu le pronostic vital de l'enfant.

Décès d'un nouveau-né à terme en salle de naissance

N°12

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Obstétrique

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne la prise en charge d'une parturiente à terme pour son premier accouchement en maison de naissance et transférée en urgence en maternité de niveau 1 pour un ralentissement du rythme cardiaque fœtal nécessitant une césarienne code rouge.

Un premier appel a été passé par la parturiente très tôt dans la matinée pour des contractions régulières depuis 2h et qui s'intensifient depuis une demi-heure. Un second appel a été passé par la patiente 2h plus tard devant des contractions plus douloureuses et régulières motivant son admission. Elle est admise en maison de naissance et prise en charge par la sage-femme qui a effectué son suivi de grossesse. Elle n'a pas d'antécédent particulier, pas de vulnérabilité. La maternité la plus proche est prévenue de l'admission 1h plus tard comme le prévoit le protocole entre les deux établissements.

A partir de son admission, la parturiente va débuter un travail normal, suivant les étapes d'un accouchement physiologique normal. Elle est monitorée par un enregistrement cardiotocographique par intermittence, tel que l'autorisent les recommandations de la HAS. L'équipe est concentrée sur le bien-être de la maman, qui bénéficie d'un bain après une rupture des membranes constatée 4h30 après son admission. 45 minutes après sa sortie du bain, un premier ralentissement du rythme cardio-fœtal à 90bpm est constaté lors d'une poussée spontanée alors que la parturiente est en décubitus latéral gauche sur le lit. La bradycardie est résolutive, le rythme reste oscillant et le toucher vaginal constate une dilatation complète avec une présentation céphalique. Un nouvel épisode de bradycardie fœtale prolongée à 80bpm 5 minutes plus tard va motiver une décision de transfert à la maternité. L'appel à la salle de naissance est passé dans le quart d'heure qui suit pour prévenir d'une bradycardie fœtale sévère et de l'arrivée en urgence avec la patiente. Lors du départ de la maison de naissance, la récupération de la bradycardie est effective avec un rythme cardio-fœtal à 140bpm oscillant.

N°12

La parturiente arrive en salle de naissance 10 minutes après l'appel. La bradycardie fœtale est immédiatement constatée et une naissance instrumentale par voie basse est décidée. 45 minutes après son arrivée, un garçon nait en état de mort apparente. Les mesures de réanimation néonatales sont immédiatement mises en œuvre, mais le décès sera déclaré un quart d'heure plus tard. L'examen anatomopathologique du placenta mettra en évidence un infarctus.

Cause(s) immédiate(s)

- Risque de retard de prise en charge d'une urgence vitale chez un enfant par défaut de transmission inter-établissements

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédents : pas d'antécédent particulier, nullipare
- État de santé : 30 ans, en bonne santé, pas de vulnérabilité, infarctus du placenta
- Traitements : pas de traitement
- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : patiente suivie par la sage-femme qui l'a prise en charge pour son accouchement
- Relations conflictuelles : stress maternel lié au transfert dans un contexte d'urgence

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Aides à la décision : contractions utérines non enregistrées, pas de partogramme en maison de naissance
- Définition des tâches : pas d'accord d'équipe sur le déclenchement du code couleur, qui le déclenche et qui le valide
- Programmation, planification : dossier médical patiente accessible uniquement si la consultation d'anesthésie est réalisée à la maternité

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Facteurs de stress physiques ou psychologiques : focalisation sur le bien-être de la patiente en accouchement physiologique

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : feuille de surveillance du travail non transmise au centre hospitalier lors du transfert, transmission orale par appel téléphonique non efficace.
- Informations écrites : absence de partogramme en maison de naissance, TA et pouls maternel non tracés sur la feuille de surveillance, sauf à l'admission.
- Transmissions et alertes : pas de code couleur énoncé à l'appel téléphonique

=> Liées à l'environnement de travail :

- Locaux : difficultés de diffusion des réseaux téléphoniques

=> Liées à l'organisation et au management :

- Structure hiérarchique : pas de hiérarchie entre la maison de naissance et la maternité de l'hôpital
- Politique de formation continue : pas de formation commune sur la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales
- Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement : protocoles entre les 2 équipes à revoir (2018), pas de protocole spécifique pour la prise en charge d'une bradycardie fœtale

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune



Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de sécurité qui a fonctionné :

- Prévention : suivi de la grossesse sans alerte particulière, communication de l'admission de la parturiente à la maternité, application des recommandations HAS « Accouchement normal, accompagnement de la physiologie et interventions médicales », 2017, description des phases de travail conforme, algorithme de réanimation néonatale ILCOR 2020 affiché en salle de réa bébé, équipes complètes et qualification des professionnels intervenus dans cette prise en charge
- Atténuation : Prise en charge chirurgicale en urgence

=> Barrière de sécurité qui n'a pas fonctionné :

- Prévention : Surveillance clinique et paraclinique (partogramme), convention de fonctionnement entre les deux structures
- Récupération : déclenchement d'un code rouge, extraction instrumentale
- Atténuation : mesures d'urgence vitale selon les procédures prévues par les deux structures

N°12

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Travailler en équipe la surveillance du travail à la maison de naissance : utilisation d'un partogramme, réalisation d'un cardiotocogramme de référence au début de la phase active, rôle de la 2ème sage-femme lors du travail
- Réactualiser les protocoles et les procédures
- Améliorer la communication inter-équipes et définir les degrés d'urgence
- Étudier la faisabilité d'une procédure d'appel centralisé en cas d'urgence en salle de naissance de la maternité
- Systématiser des rencontres entre les 2 équipes de manière régulière (au moins hebdomadaire et à chaque nouvelle recrue sage-femme et médecin)
- Organiser des formations communes : lecture du rythme cardiaque fœtal, urgences obstétricales par simulation…
- Organiser des RETEX après chaque transfert
- Mettre à jour la convention entre les deux établissements

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car, bien que le décès soit probablement lié à l'infarctus du placenta qui est une pathologie silencieuse de la périnatalité, la prise en charge globale souffre de délais inadaptés à la gravité de la situation clinique.



PARTIE 2

RÉCITS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS) ACCOMPAGNÉS EN 2023

B Signalements du secteur médico-social

Fausse route d'un résident suivie d'un arrêt cardio-respiratoire

N°13

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Un résident d'EHPAD bénéficie d'une consultation d'orthophonie en raison de fausses routes répétées. Les conclusions de cette consultation aboutissent à la mise en place d'un régime en texture hachée qui n'est pas disponible par le prestataire repas de l'EHPAD et qui est remplacé par une texture mixée.

La texture mixée étant refusée par le résident, il bénéficie donc d'un repas normal lors du déjeuner suivant, entrainant une fausse route. Les aides-soignants sont alors alertés par la voisine de table du résident. Il est pris en charge par les équipes et le médecin de garde est alerté.

Malgré les gestes de premiers secours, une aspiration et une réanimation cardio-respiratoire, le résident décède. Le décès est constaté après 30 minutes de réanimation par le médecin de garde. L'annonce du dommage associé aux soins est faite à la famille par le médecin et l'infirmière.

Cause(s) immédiate(s)

- Inhalation d'un corps étranger lors d'un repas

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédents de fausses routes
- Altération des fonctions cognitives supérieures et troubles de la déglutition
- Refus de la texture mixée

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Sous-estimation des facteurs de risque
- Service des repas à l'assiette et non sur plateau, sans fiche individuelle récapitulative du régime, de la texture et des éventuelles allergies
- Inadéquation entre la texture proposée par le logiciel de repas (mixée) et celle préconisée par l'orthophoniste (hachée fin)

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Méconnaissance des textures alimentaires et des troubles alimentaires associés

=> Liées à l'équipe :

- Communication orale insuffisante et imprécise
- Utilisation d'un jargon professionnel difficilement compréhensible par les nouveaux arrivants ou les stagiaires
- Incompréhension entre l'équipe et l'entourage du résident (celui-ci souhaitait respecter les habitudes du résident malgré le risque de fausse route)

=> Liées à l'environnement de travail :

- Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Inadéquation entre les recommandations de l'orthophoniste et la texture proposée par le prestataire de repas

=> Liées au contexte institutionnel :

- Manque d'information sur les changements d'organisation des prises en charge consécutives à la mise en place de groupements

Analyse des barrières de sécurité :

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :

- Consultation avec l'orthophoniste

=> Barrière d'atténuation qui n'a pas fonctionné :

- Manoeuvres de réanimation cardio-respiratoire

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Rédiger une procédure d'évaluation et de conduite à tenir en cas de troubles de la déglutition
- Établir une convention entre la structure, le prestataire de repas et l'orthophoniste pour permettre une uniformisation des pratiques
- Réévaluer la prescription des textures alimentaires de manière régulière
- Former les soignants sur les troubles de la déglutition et les textures de repas adaptés

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Dans cette analyse, des causes immédiates et des causes profondes ont été identifiées en lien avec un risque qui avait été identifié. L'évènement est donc bien inattendu au vu de l'état de santé et de la pathologie du résident et a eu des conséquences graves selon les termes du décret des EIGS.

Intoxication à l'oxygène chez un résident insuffisant respiratoire chronique

N°14

EIAS ✓ EIGS ✓ FICHE RETEX

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Mise en jeu du pronostic vital

Résumé de la chronologie des faits :

Un résident insuffisant respiratoire chronique et souffrant d'une démence vasculaire bénéficie d'un traitement par oxygénothérapie en continu à 2L.

Le jour de l'évènement, le médecin traitant est venu voir le résident en fin de matinée. Il présente un encombrement bronchique conduisant à la mise en place d'un traitement antibiotique et la prescription de kinésithérapie respiratoire, sans modifier la prescription initiale de l'oxygène.

Le résident va, dans l'après-midi suivant le passage du médecin, présenter une désaturation sévère à 64% avec teint gris et extrémités bleues. Après observation, l'IDE constate que les lunettes sont déconnectées de l'oxygène. Elle prend la décision de mettre en place un masque concentrateur au lieu des lunettes prescrites.

Un quart d'heure plus tard, la saturation remonte à 85%. L'IDE décide alors de majorer l'oxygène à 5L mais ne prévient pas le médecin traitant du résident. La saturation remonte ensuite à 91%. L'IDE quitte son poste le soir en laissant pour consigne à l'équipe de nuit de maintenir l'oxygène à 5L et de mettre de nouveau le masque à haute concentration qu'elle a préparé en cas de désaturation.

Dans la nuit, le résident présente des troubles cognitifs attribué à sa démence vasculaire, retire son masque et désature de nouveau. L'équipe de nuit applique les consignes laissées par l'IDE et remet en place le masque à haute concentration.

Le matin, l'équipe de nuit alerte l'IDE que le résident désature toujours. Elle prévient alors le SAMU-Centre 15, et le résident est hospitalisé avec transport par le SMUR et les pompiers. Un diagnostic de carbonarcose (perte de conscience par hypoxie chez l'insuffisant respiratoire) est établi par le centre hospitalier qui a pris en charge le résident.

Le résident est de retour 7 jours après son hospitalisation sous oxygène et confus.

Cause(s) immédiate(s) :

- Absence de demande d'avis médical à la suite de la première désaturation et prescription d'une oxygénothérapie non adaptée

N°14

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Résident très âgé
- Antécédents : troubles cognitifs, insuffisance respiratoire chronique sous oxygène
- Personnalité : difficultés de compréhension liées à une démence vasculaire avec maintien difficile du masque à oxygène

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Non-utilisation du protocole en cas de situations d'urgence par absence d'adhésion au protocole
- Non-utilisation des outils d'aide à la décision par absence de protocole
- Erreur d'évaluation clinique
- Défaut de prescription

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Dépassement du rôle propre de compétences infirmières

=> Liées à l'équipe :

- Défaut d'alerte par l'équipe de nuit qui n'a pas passé d'appel au médecin ni au SAMU

=> Liées à l'environnement de travail :

- Retard dans la prise en charge de ce résident

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières d'atténuation qui a fonctionné :

- Appel du SAMU

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Réviser les protocoles d'urgences existants
- Rappeler les compétences infirmières et aides-soignantes
- Revoir le circuit du médicament sur la prescription de l'oxygène

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Dans cet évènement, l'absence d'alerte d'un professionnel compétent sur l'oxygénothérapie a entraîné une prise en charge inadaptée pour ce résident et la mise en jeu de son pronostic vital. L'évènement est donc bien lié aux soins, inattendu au vu de l'état de santé et de la pathologie du résident et a eu des conséquences graves selon les termes du décret des EIGS.

Fracture humérale chez une résidente à la suite d'un déplacement en fauteuil

N°15

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Probable déficit fonctionnel permanent

Résumé de la chronologie des faits

Une résidente est prise en charge en EHPAD à sa demande pour aggravation de sa dépendance en lien avec une sclérose en plaques. Dans ses antécédents, on note également une hémiplégie gauche séquellaire d'un AVC, une ostéoporose post-cortisonique et une insuffisance respiratoire chronique avec administration d'oxygène 16h/24h. Son autonomie est évaluée GIR 2 avec une dépendance fonctionnelle quasi-totale.

Un après-midi, la résidente est installée en fauteuil-coquille à l'aide d'un lève-malade. Une étudiante aide-soignante vient la chercher pour la conduire en salle d'animations. Le bras gauche de la résidente heurte l'encadrement de la porte en passant le seuil de celle-ci. L'étudiante remarque le choc et alerte l'aide médico-psychologique. La résidente se plaint de douleurs, l'étudiante alerte l'IDE qui va administrer un antalgique et réaliser un pansement d'alcool dilué.

En fin de journée devant la persistance des douleurs, l'IDE appelle SOS Médecins. Le médecin constate une douleur à la mobilisation, il prescrit un antalgique de pallier 2. Le lendemain, devant la persistance des douleurs, le médecin coordonnateur prescrit une radiographie du coude et de l'épaule gauche. Une fracture humérale est diagnostiquée nécessitant une prise en charge en orthopédie.

Cause(s) immédiate(s)

- Défaut de vigilance lors de l'accompagnement de la résidente face à la taille du fauteuil

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Résidente GIR 2, souffrant d'une sclérose en plaques diminuant son autonomie
- Traitements : traitement corticoïde au long cours ayant favorisé l'apparition d'une ostéoporose
- Personnalité : syndrome dépressif et troubles cognitifs légers

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Définition des tâches : mobilisation et transport complexes, pas de contrôle de l'installation de la résidente par un autre soignant

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Qualifications, compétences : soin réalisé par une étudiante aide-soignante seule

=> Liées à l'équipe :

- Informations écrites : défaut de prise de connaissance du dossier de la résidente en amont de la prise en charge
- Encadrement, supervision : manque d'encadrement de l'étudiante aide-soignante sur ce soin d'accompagnement complexe

=> Liées à l'environnement de travail :

- Locaux : salle d'animation encombrée de matériel rendant le passage difficile
- Fournitures ou équipements : fauteuil coquille lourd et difficile à manœuvrer, extracteur d'oxygène à mobiliser en même temps que le fauteuil

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune



Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :

- Porte de l'atrium conforme aux normes PMR

=> Barrière d'atténuation qui n'a pas fonctionné :

- Portage de l'alerte de la douleur par l'étudiante aide-soignante auprès de l'aide médico-psychologique
- Examen clinique médical par le médecin

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Appel à SOS médecins

N°15

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse :

- Sensibiliser l'équipe sur la sécurisation des transferts
- Sensibiliser l'équipe sur l'encadrement des étudiants
- Réaliser les aménagement PMR / identification des difficultés lors des transferts et déplacements de la résidente
- Continuer la sensibilisation des soignants sur la fragilité osseuse liée aux pathologies et traitements de la résidente (sensibilisation régulière déjà établie)

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

La sclérose en plaques dont souffre la résidente laisse craindre une dégradation de son autonomie à la suite de ce type d'évènement. Il s'agit donc d'un risque de déficit fonctionnel permanent qui fait bien partie de la définition de la gravité d'un évènement selon les termes du décret du 25 novembre 2016.

Chute d'un résident désorienté malgré le matériel de contention en place

N°16

EIAS ☑ EIGS ☑ FICHE RETEX

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Un résident de plus de 90 ans est admis en EHPAD 7 ans auparavant pour syndrome démentiel rendant son maintien à domicile impossible. Il est veuf, sans famille proche et son fils unique est décédé. Dans ses antécédents, on peut noter des angoisses à prédominance nocturnes, des hallucinations auditives et visuelles. Il ne marche plus et se déplace en fauteuil.

Durant les premières années de prise en charge, le résident présente plusieurs épisodes de chutes sans gravité. A la suite d'une première chute avec critère de gravité, une décision de contention ventrale au fauteuil et au lit avec barrières est prise après concertation pluridisciplinaire 3 ans après son entrée. Le résident présente des épisodes d'agitation et de désorientation temporo-spatiale surtout la nuit. Il arrive à sortir seul de sa contention et il est souvent retrouvé par les aides-soignantes (AS) les jambes entre les barrières du lit. Il secoue les barrières et s'y agrippe avec beaucoup de force. Devant cet état d'agitation associé à des insomnies, et après discussion en équipe, une décision de traitement médicamenteux par Zopiclone ½ comprimé au coucher est prise 2 ans après la prescription de contention physique. Les états d'agitation nocturnes se poursuivent justifiant l'augmentation du passage des soignants la nuit et le renouvellement de la contention au fauteuil et au lit.

Le jour de l'évènement, au premier passage des soignants, le résident est dans son lit allongé sur le dos avec les deux barrières relevées. Lors du second passage, le résident est retrouvé par l'AS au-dessus de la barrière, la tête au sol et la contention retournée. Il est encore attaché.

Le résident est détaché et le décès est constaté. Le SAMU–Centre 15 est appelé pour connaître la conduite à tenir conformément à la procédure de l'établissement. La consigne donnée est d'attendre le matin pour faire constater le décès par le médecin traitant. Le SAMU–Centre 15 ne fait pas le lien avec les services de gendarmerie.

Cause(s) immédiate(s)

- Fréquence de réévaluation du dispositif de contention inadaptée à l'état clinique du patient

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédents : syndrome démentiel non étiqueté, rendant impossible le maintien à domicile
- État de santé : angoisses nocturnes, hallucinations auditives et visuelles, désorientation temporo-spatiale, comportement frontal avec mises en danger régulières
- Facteurs sociaux ou familiaux : résident isolé, veuf et ayant perdu son fils unique

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : absence de procédure sur la gestion des contentions au sein de l'EHPAD (avec mention de la surveillance et de la fréquence de réévaluation de la contention)
- Résultats d'examens : pas de bilan mémoire pour documenter la démence du patient et consultation mémoire difficile à obtenir

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Communication : communication peu fluide avec le médecin traitant sur le sujet de la contention, communication difficile avec le patient en lien avec sa pathologie

=> Liées à l'environnement de travail :

- Fournitures ou équipements : barrière de lit d'un seul tenant mais non pleine
- Effectifs : nombre d'AS variant en fonction des congés et des arrêts avec un remplacement difficile, effectifs de nuit limités à 1 AS et 1 ASL
- Charge de travail : à 2, il faut en moyenne 2h30 pour voir l'ensemble des résidents qui le nécessite

=> Liées à l'organisation et au management :

- Politique de formation continue : absence de politique de formation des professionnels à la gestion des contentions dans l'établissement

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé publique régionale : pas de recours à une expertise externe (ex : équipe de psycho-gériatrie) dans les pratiques de l'EHPAD, peu d'unité d'hébergement renforcée disponible sur le territoire

N°16

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :

- Procédure de gestion des contentions
- Travail d'équipe efficace

=> Barrières de récupération qui n'ont pas fonctionné :

- Augmentation des rondes de nuit
- Dispositif de contention du résident

=> Barrières d'atténuation qui n'ont pas fonctionné :

- Appel au SAMU–Centre 15 selon la procédure de l'EHPAD

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Renforcer les rondes de nuit chez les résidents ayant une contention
- Faire des formations régulières sur l'utilisation des contentions (1 fois par an et à chaque nouvel arrivant)
- Réévaluer les contentions quotidiennement lors des transmissions d'équipe
- Réfléchir à un document de prescription spécifique des dispositifs de contention à proposer aux médecins traitants pour faciliter la réévaluation
- Recenser les expertises disponibles sur le territoire pouvant être mobilisées pour l'EHPAD sur les cas complexes

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est lié à une situation de contention mécanique et a entraîné le décès du résident.

Chute du 2ème étage d'un balcon d'un résident qui souhaitait rentrer à son domicile

N°17

○ EIAS ☑ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Mise en jeu du pronostic vital

Résumé de la chronologie des faits

Un résident est tombé du balcon du 2ème étage de l'EHPAD. Un visiteur a signalé la chute au bureau des entrées de l'EHPAD qui est intervenu immédiatement : identification du résident, appel des infirmiers de l'EHPAD et appel des pompiers. Le médecin coordonnateur était également présent. Le résident a verbalisé à plusieurs reprises qu'il souhaitait aller voir son épouse à son domicile. Il s'est rendu sur le balcon de son unité de vie, et s'est servi d'une chaise pour escalader le garde-corps.

Le résident était suivi régulièrement par l'équipe pluridisciplinaire depuis son entrée au sein de la structure afin d'adapter sa prise en charge. Il avait plusieurs fois émis le souhait de rentrer à domicile, avait fait l'objet de plusieurs sorties inopinées et un essai de transfert en unité de vie protégée avait été réalisé, mais les conditions n'avaient pas été favorables lors de l'essai. Il bénéficiait d'un accompagnement en animation renforcé.

Le résident a été transféré au centre hospitalier le plus proche pour la prise en charge de ses blessures.

Cause(s) immédiate(s)

- Résident voulant rentrer à domicile qui a trouvé une porte-fenêtre en pensant que c'était la porte de sortie de l'établissement

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédent : maladie d'Alzheimer
- État de santé : le résident présente des idées noires, a déjà mentionné le fait de vouloir passer par la fenêtre. grande tristesse, anxiété, sentiment d'inutilité. Il passait des nuits sans dormir

- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : le résident est grand et athlétique ce qui lui a permis d'escalader la chaise sur le balcon. Le résident rencontre des difficultés à s'exprimer et à se faire comprendre. La situation géographique de l'EHPAD est très proche du domicile du résident, ce qui provoque chez lui l'envie d'y rentrer. Son épouse venait le voir avec sa fille car elle n'était pas véhiculée, cependant sa fille étant malade, elle ne pouvait pas venir autant qu'elle l'aurait souhaité, d'où un sentiment de culpabilité par rapport à cette situation

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : un risque de récidive de fugue a été identifié. Il n'existe pas de protocole risque de chute. Les troubles du résident augmentaient en fin de journée, d'où la mise en place d'une vigilance particulière en fin de journée par l'équipe pour tenter de l'apaiser. Le projet d'accompagnement personnalisé ne mentionnait pas les différents risques identifiés par l'équipe
- Aide à la décision : un essai en Unité de Vie Protégée (UVP) avait été réalisé mais un autre résident aux troubles plus avancés a finalement été choisi
- Définition des tâches : l'équipe était en transmissions à l'étage du dessus à l'heure de l'évènement. L'équipe restant à l'étage a aperçu le résident qui était calme ce qui était le cas en début d'après-midi

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Facteurs de stress : la cadre du service était en arrêt depuis plusieurs mois

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : aucun temps de transmissions n'est formalisé entre l'équipe de l'EHPAD et l'équipe de gérontopsychiatrie
- Communication vers le résident et son entourage : d'après l'équipe, le résident s'est exprimé à plusieurs reprises sur son sentiment d'inutilité
- Informations écrites : les idées noires du résident sont tracées mais il y a eu un défaut de communication dans l'équipe d'où la perte de cette information
- Transmissions et alertes : au moment de l'évènement, le personnel demande une couverture de survie pour réchauffer le résident qui n'est pas disponible. Le médecin coordonnateur a demandé le sac d'urgence qui n'avait pas été apporté par l'équipe, la dotation (composition et quantité) est à revoir
- Répartition des tâches : lors des préadmissions certains risques peuvent être détectés, cependant il n'y a pas d'évaluation des risques à l'admission. Aucune formalisation n'existe sur cette thématique
- Encadrement, supervision : l'équipe d'encadrement n'était pas au complet puisqu'une cadre était en arrêt maladie

- Demande de soutien : l'équipe est en manque de soutien, a interpellé à plusieurs reprises les cadres sur le comportement du résident. De nombreuses solutions ont été envisagées, mais sans issue. Plusieurs réunions ont été réalisées au sujet du résident, avec une adaptation des occupations et animations. Un signalement de l'équipe de gérontopsychiatrie a été réalisé sur le fait que le résident ne dormait plus la nuit

=> Liées à l'environnement de travail :

- Locaux : la porte coulissante donnant sur le balcon est accessible au résident. Le balcon a été condamné. En fonction des unités, des verrous peuvent être mis sur les portes. La porte de l'UVP est vitrée ce qui laisse le champ visuel qui donne sur la sortie. De plus, l'intégration du résident à l'UVP n'a pas été réussie car l'espace pour déambuler n'est pas suffisant
- Fournitures ou équipements : il y a une cour juste derrière les cuisines et la porte doit en être systématiquement refermée après les livraisons pour éviter les fugues mais le portillon extérieur dysfonctionne
- Du mobilier de jardin est disposé sur les balcons des unités, cependant du mobilier type chaise de salle à manger (plus haute que le mobilier de jardin) a été disposé sur le balcon par le personnel de l'EHPAD
- Informatique : le logiciel utilisé pour la traçabilité des transmissions, des soins et actes, ne permet pas facilement de trouver les transmissions antérieures des collègues. Il se décline dans l'ordre chronologique et non en vigilance
- Effectifs : le médecin coordonnateur recruté est à 40 %, or le besoin identifié est de 90%

=> Liées à l'organisation et au management :

- Politique de formation continue : pas de formation récente sur la gestion non médicamenteuse des troubles du comportement. Les formations AFGSU sont en cours de mises à jour

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

N°17

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :

- Le résident était suivi par l'équipe mobile de gérontopsychiatrie, dont 1 fois tous les 15 jours par le psychiatre et 1 fois par semaine par une IDE. Le traitement du résident est adapté régulièrement pour les troubles du comportement. La traçabilité est réalisée par l'équipe mobile dans le logiciel dossier du résident
- Des transmissions sont réalisées une fois par semaine en staff pluriprofessionnel notamment pour une discussion autour des projets personnalisés d'accompagnements
- Manque de préparation et d'accompagnement lors du test en unité de vie protégée

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Optimiser le parcours du résident en formalisant l'évaluation des risques à l'entrée, notamment le risque suicidaire, en organisant un temps formel de transmissions entre l'équipe d'EHPAD et l'équipe de gérontopsychiatrie
- Garder une place en UVP pour le retour du résident
- Sécuriser les locaux en menant une réflexion sur la sécurisation des fenêtres des unités, en formant les agents à la fermeture de la porte du jardin
- Acheter un stickers trompe-l'œil pour la porte de l'UVP

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car, bien que le risque de fugue ait bien été identifié, l'évènement a permis de mettre en évidence une optimisation possible de la surveillance de ce type de résident.

Suicide par défenestration

N°18

○ EIAS ○ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne une résidente admise à l'EHPAD pour prise en charge de sa santé mentale, évaluation et réévaluation du risque suicidaire. Elle est suivie par un psychiatre en cabinet libéral. 2 jours avant l'évènement, elle consulte son psychiatre qui modifie son traitement et qui décale les prises habituelles du matin à 1 prise le soir et au coucher. Sur le trajet du retour, elle explique à sa fille qui l'attendait dans la voiture que le psychiatre a fait des changements dans ses traitements. Au retour à l'EHPAD, la résidente donne la prescription à l'infirmière en poste qui note dans les transmissions que la résidente lui a remis une nouvelle ordonnance et dit qu'il fallait arrêter l'antidépresseur. L'arrêt n'étant pas spécifié sur l'ordonnance, l'infirmière note qu'il faut recontacter le psychiatre à ce sujet.

Le lendemain, la résidente vient à plusieurs reprises voir les infirmiers en poste, la responsable des soins et le directeur pour signaler qu'elle n'a pas reçu son traitement. Tout le monde lui explique qu'il y a eu une modification de son traitement à la suite de sa visite de la veille chez le psychiatre. Dans l'après-midi, l'infirmier contacte le cabinet du psychiatre pour l'antidépresseur, celui-ci est en congés. La secrétaire du cabinet regarde dans le dossier de la patiente où il est noté comme transmissions un arrêt de la benzodiazépine et une augmentation de son antipsychotique. Devant la discordance avec l'ordonnance qui mentionne encore la benzodiazépine, l'infirmier contacte le médecin traitant qui passe dans l'après-midi refaire une nouvelle ordonnance envoyée à la pharmacie.

Le lendemain, la résidente appelle son gendre, qui est aussi le directeur de l'EHPAD, pour lui exprimer son mécontentement au niveau de ses traitements. Il contacte alors la responsable des soins pour éclaircir le sujet. Celle-ci contacte immédiatement les infirmiers en poste pour comprendre ce qu'il se passe avec les traitements de la résidente. L'infirmier lui explique les changements et lui lit les dernières prescriptions médicales. La résidente arrive au même moment dans l'infirmerie. La responsable des soins demande à l'infirmier de ne pas raccrocher afin qu'elle entende l'échange avec la résidente. L'infirmier explique de nouveau de manière claire les changements réalisés par le psychiatre. La résidente était en colère et le verbalise. Elle est ensuite retournée dans sa chambre située au 2ème étage.

A son retour dans la chambre, la résidente appelle son gendre pendant 15 minutes, il lui dit qu'il vient la voir à l'EHPAD. A son arrivée, il entend une personne gémir. Il court en direction de ce bruit et voit la résidente au sol qui vient de se défenestrer. Il demande à l'agent d'accueil d'appeler les secours et court à l'infirmerie pour solliciter de l'aide. Pendant ce temps, une aide-soignante sort pour donner les meilleurs renseignements possibles aux secours. Un infirmier revient rapidement sur les lieux, accompagné par le directeur. La lingère a entendu un bruit sourd lors de l'arrêt de ses machines, lorsqu'elle se retourne elle voit l'infirmier et le directeur courir. Elle voit ensuite la résidente allongée au sol, propose son aide, et apporte une couverture. Le SMUR arrive rapidement et transfère la résidente au centre hospitalier le plus proche où elle décède une heure après. Le décès est annoncé aux équipes présentes ce jour-là par l'adjointe de direction. Un soutien aux équipes est réalisé par l'adjointe de direction, l'encadrement et deux psychologues.

Cause(s) immédiate(s)

- Troubles du comportement de la résidente liés à un refus d'accepter les changements de son traitement psychiatrique

Causes profondes

=> Liées au patient :

- État de santé : la résidente avait fait une tentative de suicide il y a une trentaine d'année en réponse à un évènement personnel spécifique. Elle présentait des troubles dépressifs qui étaient évalués à chaque entretien psychologique
- Depuis l'annonce du changement de traitement par son psychiatre, la résidente a développé un état anxieux générant des ruminations car elle n'était plus en capacité psychique de comprendre la situation

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

- Prévention : suivi de la résidente par un psychiatre externe depuis de nombreux mois
- Atténuation : soins immédiats et appel des secours

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse

- Proposer une chambre au premier étage pour les résidents présentant des tentatives de suicide dans leurs antécédents au moment de l'admission (pas de RDC car plus proche de la sortie et une rivière est proche de l'établissement)
- Informer la psychologue en cas de signes d'alerte ou de discours suspect et retrait de la poignée de la porte-fenêtre de la chambre. S'assurer pour les autres fenêtres qu'elles ne s'ouvrent qu'en oscillo-battant
- Expliquer et discuter lors des réunions de synthèse des projets de vie avec les familles ou tuteurs des résidents le besoin de condamner une fenêtre afin de les inclure dans la décision

Pourquoi ne s'agit-il pas d'un EIGS ?

Après analyse, cet évènement ne relève pas d'une classification en EIGS et peut être considéré comme un aléa. En effet, aucun dysfonctionnement de prise en charge n'a été identifié, le risque pour cette résidente était identifié et des mesures barrières avaient été mises en place pour limiter ce risque. De plus, à l'issue de l'analyse, les causes profondes identifiées sont uniquement liées au patient. L'analyse de la récupération permet malgré tout à l'EHPAD d'identifier des mesures d'amélioration pour continuer à sécuriser ce risque.

Suicide par étouffement

N°19

○ EIAS ○ EIGS ○ FICHE RETEX

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Décès

Résumé de la chronologie des faits

Un résident est retrouvé par une agent de service hospitalier (ASH) distribuant le petit-déjeuner, allongé dans son lit avec un sac poubelle sur la tête et une ceinture autour du cou, le visage tourné vers la baie vitrée. Les veilleurs de la nuit n'ont rien remarqué d'inhabituel, cependant, le résident étant autonome, ils n'étaient pas passés en chambre pour voir le résident. Habituellement, celui-ci attendait devant sa porte le passage de l'ASH, ce qui l'a alertée et motivée l'ouverture de la porte fermée à clé. Elle s'approche du résident et le voit probablement décédé. Un mot, son contrat obsèques et des vêtements sont déposés sur la table à proximité.

Elle prévient immédiatement l'infirmier et l'aide-soignant (AS) en poste, qui appellent l'astreinte médicale pour une intervention. Le décès est constaté par le médecin d'astreinte. Celui-ci appelle la gendarmerie qui ne souhaite pas se déplacer car il s'agit pour eux d'un suicide sans obstacle médico-légal. L'astreinte administrative est prévenue par le médecin. Finalement, la gendarmerie se déplace et demande de ne pas toucher le corps avant le constat du suicide. La gendarmerie et l'astreinte administrative arrivent sur site au même moment. Le certificat de décès est établi par le médecin. Le défunt est pris en charge par l'AS et l'ASH selon la procédure en place.

2 jours après le décès, le service des admissions appelle l'opérateur funéraire choisi par le résident. Celui-ci interpelle sur le défaut de prise en charge, le décès datant de plus de 48 heures.

.

Cause(s) immédiate(s)

- Aucune

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Patient schizophrène suivi par un psychiatre, autonome et en suivi psychiatrique libre. Ne verbalise aucune idéation suicidaire
- Traitement : refus de son traitement pour dormir (anxiolytiques), arrêté en conséquence par le médecin de l'EHPAD

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :

- Suivi psychiatrique régulier avec le centre hospitalier spécialisé du territoire
- Risque suicidaire identifié et mesures de prévention mises en œuvre

N°19

Actions d'amélioration décidées à la suite de l'analyse :

- Resensibiliser les agents sur l'évaluation du risque suicidaire
- Revoir la procédure en cas de décès ainsi que le droit de retrait des agents en cas de décès violent
- Instaurer une cellule d'aide psychologique pour les agents et les résidents en cas de décès violent
- Proposer des temps d'échange sur la gestion des traitements psychiatriques en collaboration avec les psychiatres du centre hospitalier spécialisé

Pourquoi ne s'agit-il pas d'un EIGS ?

Après analyse, cet évènement ne relève pas d'une classification en EIGS et peut être considéré comme un aléa. En effet, aucun dysfonctionnement de prise en charge n'a été identifié, le risque pour ce résident était identifié et des mesures barrières avaient été mises en place pour limiter ce risque. De plus, à l'issue de l'analyse, les causes profondes identifiées sont uniquement liées au résident. L'analyse de la récupération permet malgré tout à l'EHPAD d'identifier des mesures d'amélioration pour continuer à sécuriser ce risque.



PARTIE 3

ENSEIGNEMENTS DU BILAN DE CES ACCOMPAGNEMENTS



5

ACTIONS NATIONALES EN PARTENARIAT AVEC LA FORAP [1]

11

ACTIONS MAJEURES AU NIVEAU REGIONAL

[1] FORAP (Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé) : Fédération nationale de l'ensemble des Structures Régionales d'Appui des régions de France

AU NIVEAU NATIONAL, AU TRAVERS DES GROUPES DE TRAVAIL DE LA FORAP ET DE LA HAS :

- Participation du médecin coordonnateur de la SRA au groupe national d'experts sur les EIGS nationaux,
- Co-pilotage du groupe de travail national FORAP sur les EIGS,
- 3ème édition du Challenge FORAP « Ensemble, agissons pour la sécurité des patients et des personnes accompagnées »,
- Partage national des fiches de retour d'expérience publiées en région,
- Publication de retours d'expérience inter-régionaux en partageant les récits communs entre régions.

AU NIVEAU RÉGIONAL, POUR LA SRA GRAND EST :

- **Plus de 30 nouvelles ressources partagées en 2023 :**
  - Mise en place d'un webinaire de présentation du kit EIGS de la SRA Grand Est,
  - Publication du bilan EIGS 2022 en capsule vidéo,
  - Publication du Vade-mecum 2022 des accompagnements,
  - Nouveau mémo : « EIGS ou aléa thérapeutique ? »,
  - Nouveaux tomes de la bande dessinée sur les EIGS en collaboration avec un vulgarisateur scientifique :
    - Tome 2 : « Le circuit de signalement des évènements indésirables graves associés aux soins »,
    - Tome 3 : « Comment votre SRA vous accompagne dans la déclaration et l'analyse de vos EIGS »,
  - 10 nouvelles fiches régionales de retour d'expérience (Fiches RETEX), dont 2 en facilitation graphique et 4 en collaboration avec les partenaires du RREVA,
  - Campagne « 1 jour, 1 action » lors de la Semaine de Sécurité des Patients et participation au jury du concours de l'ARS Grand Est.

- **Travaux des groupes régionaux sur les EIGS :**
  - Sanitaire et médico-social : travaux sur les barrières de sécurité en identitovigilance,
  - Soins de ville : outil de sensibilisation des professionnels libéraux aux EIGS et choix d'une méthode d'analyse adaptée aux soins de ville.

- **Offre de formation en région sur les EIGS :**
  - 1 session de sensibilisation à la culture positive de l'erreur et acculturation à la gestion des risques,
  - 4 sessions de formation à la déclaration des EIGS pour les secteurs sanitaire et médico-social,
  - 2 sessions de formation à la démarche de retour d'expérience et aux méthodes d'analyse systémique des EIAS.
- Campagnes eFORAP de mesure régionale et inter-régionale de la Culture de Sécurité.
- Participation à la Journée Régionale Qualité et Sécurité des Soins de l'ARS Grand Est.

Structure Régionale d'Appui
Grand Est

1, rue du Vivarais
54 500 Vandoeuvre-lès-Nancy
03 83 40 95 11
contact@sragrandest.org
www.sragrandest.org

Structure Régionale d'Appui

Grand Est