

VADE-MECUM 2024 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

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

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

65 **Glossaire**

PRÉFACE

Qui ignore la locution latine attribuée à Sénèque « errare humanum est, perseverare diabolicum » ?

Personne, j'espère, dans notre monde sanitaire, médico-social et soins de ville ! Depuis près de 20 ans, les pouvoirs publics, dont le ministère de la santé, ont développé une politique de gestion des risques au bénéfice des usagers mais aussi des professionnels participant à leur prise en charge. Car c'est bien en ce sens qu'il faut comprendre la gestion de ces « évènements indésirables graves liés aux soins (EIGS) » dont l'objectif et d'éviter que des erreurs, si humaines qu'elles soient, ne se répètent mettant en danger les usagers comme les professionnels. Les enjeux sont, déjà, très importants mais continuent à se développer avec l'intégration des nouvelles technologies dans le monde de la Santé dont, bien sûr, l'intégration de l'intelligence artificielle.
Le temps de « l'omerta » est heureusement révolu, comme le temps où l'on cherchait systématiquement un coupable là où l'erreur est le plus souvent liée à une succession de dysfonctionnements qu'il convient d'analyser.

Reconnaître, lors de la prise en charge d'un usager, cet évènement inattendu au regard de son état de santé et de sa pathologie qui a ou peut avoir des conséquences graves sur sa santé est la première étape, indispensable, de cette politique d'amélioration de la qualité. Elle dépend quasi exclusivement des professionnels participant à leur prise en charge, de leur vigilance et de leur acceptation de la démarche d'amélioration de la qualité qui n'est en rien une démarche de délation. La forte augmentation des déclarations d'EIGS ces dernières années (+ 12% entre 2023 et 2024 avec 4574 déclarations en 2024[1]) témoigne plus de l'acceptation de la démarche par les professionnels que de l'augmentation « brute » de ces EIGS même si, selon la HAS, leur sous-déclaration reste importante.

Comprendre les évènements qui ont aboutis à cet EIGS constitue la deuxième étape de la démarche. En 2024, les EIGS relèvent, notamment, à 38 % d'erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (hors obstétrique), à 19 % d'actions de l'usager contre lui-même, à 11 % d'erreurs médicamenteuses et à 11 % d'erreurs liées à une procédure interventionnelle (opératoire ou anesthésique). En 2024, la moitié des EIGS est considérée par les déclarants comme « évitables » (996 déclarations) ou « probablement évitables » (1 283 déclarations).

Agir pour mettre en place des mesures correctives, collectives et/ou individuelles, organisationnelles et/ou professionnelles, afin de réduire les risques de nouveaux EIGS marque la troisième étape de ce processus d'amélioration continue de la qualité. Étape essentielle, elle doit être réalisée en toute transparence afin que les professionnels puissent s'approprier les changements et solutions proposées.

Partager, enfin, l'analyse faite et la démarche entreprise permet de lever le voile sur des dysfonctionnements qui, très certainement, touchent d'autres établissements, structures et professionnels. L'expérience des uns doit profiter à tous, aux usagers et aux professionnels, afin d'éviter que des évènements semblables se reproduisent.

[1] Données HAS (haute autorité de santé). https://www.has-sante.fr/jcms/p_3538526/fr/visualisation-des-donnees-sur-les-declarations-d-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-recues-a-la-has#toc_1_1_3

Le vade-mecum annuel de la Structure Régionale d'Appui Grand Est s'inscrit pleinement au sein de la démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et des prises en charges médico-sociales de la région. Par ses formations, son aide méthodologique et l'analyse des EIGS, elle répond aux quatre étapes de la démarche, en soutien des professionnels concernés, pour le plus grand bien des usagers.

L'amélioration de la qualité, de la pertinence, de la sécurité des Soins et des prises en charge sont bien sûr une priorité, mais dans un contexte financier difficile pour le secteur de la Santé, il est aussi important de considérer la qualité comme un facteur d'économie. Dans son récent rapport sur les dépenses de santé[2], la Cour des Comptes estime que l'amélioration de la qualité des Soins réduira les EIGS permettant, d'ici 2029 et en réduisant d'un tiers les EIGS, de réaliser une économie atteignant 1Md€ par an !

Des Soins de qualité, plus pertinents et permettant des économies de santé, tels sont n'en doutons pas, des enjeux primordiaux pour la pérennité de notre système de Santé.

Docteur François BRAUN
Praticien Hospitalier Urgentiste
Conseiller auprès du directeur général
CHR Metz-Thionville
Ancien ministre de la Santé et de la prévention

[2] Cour des comptes : note de synthèse. L'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) : maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins. Avril 2025



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 considérés 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, quel que soit son secteur, sanitaire, médico-social ou soins 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 sur 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.**

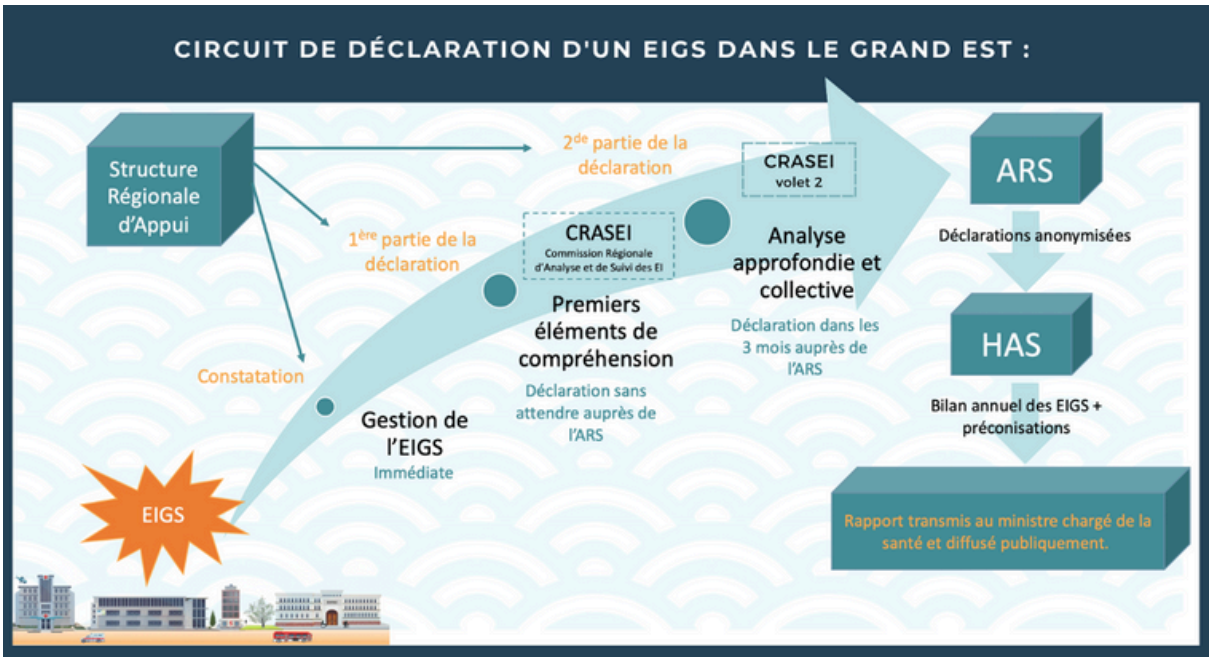
---

[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 associés aux soins (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 et de l'accompagnement mettent en place des actions immédiates d'atténuation des conséquences de l'évènement et de sécurisation des usagers. 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 des usagers 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.

De la constatation 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 ?



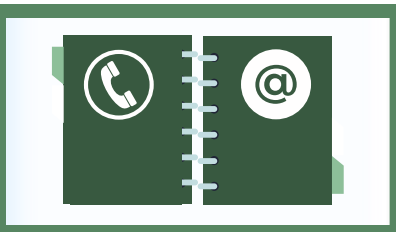
SRA Grand Est
Siège à Vandoeuvre-lès-Nancy
03 83 40 85 11
contact@sragrandest.org

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 2024

L'analyse des EIGS accompagnés par la SRA Grand Est se fait selon la méthode ALARM-E préconisée par la 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 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 de signalement des évènements sanitaires indésirables, n'en sont pas moins riches d'enseignements pour les équipes concernées.

Sur chaque situation présentée, il vous sera également précisé si la SRA Grand Est a réalisé une Fiche Retour d'Expérience (RETEX) sur cet évènement. L'ensemble des fiches RETEX réalisé par la SRA Grand Est est accessible sur notre site à la page Ressources.

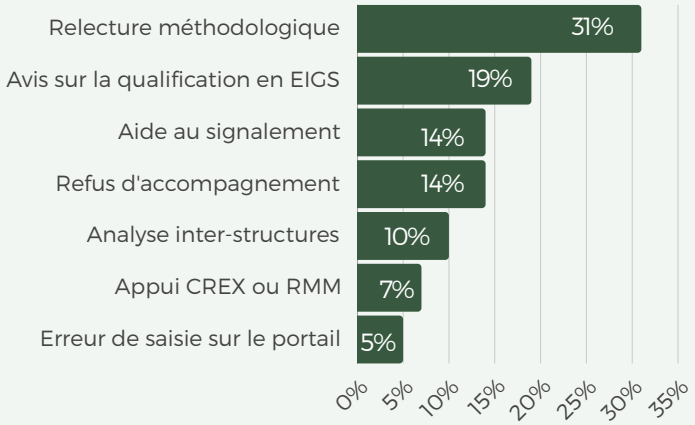


Nous attirons votre attention sur le fait que ces analyses appartiennent aux établissements. Elles ont été réalisées en lien avec le contexte interne de la structure et dans des circonstances propres.

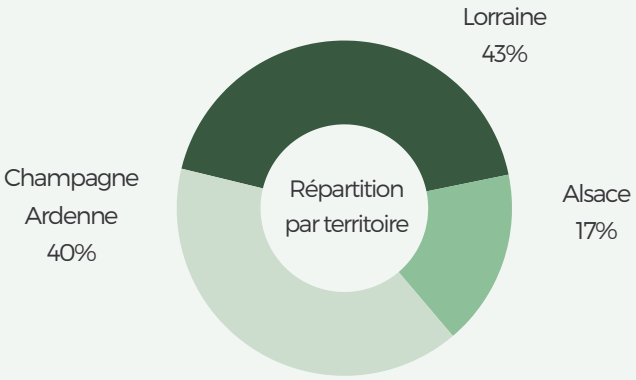
[1]Haute Autorité de Santé. L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021.

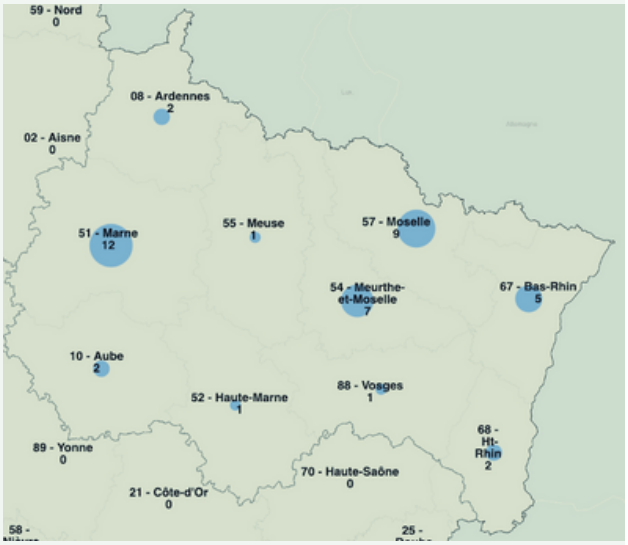
[2] Haute Autorité de Santé. Comprendre les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs

Type d'accompagnement EIGS effectué par la SRA :

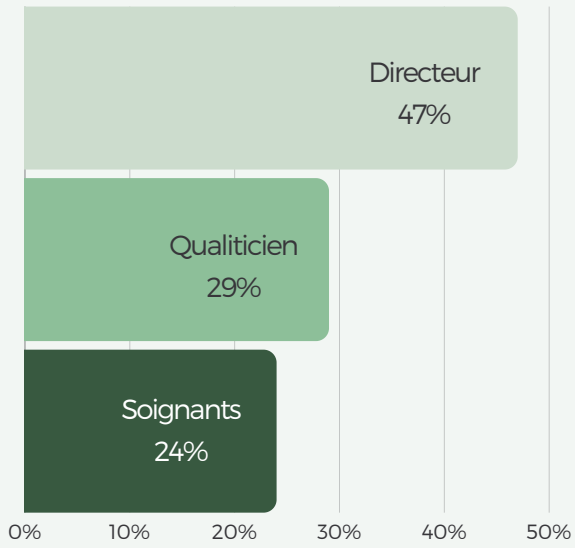


Territoire d'origine des EIGS accompagnés :





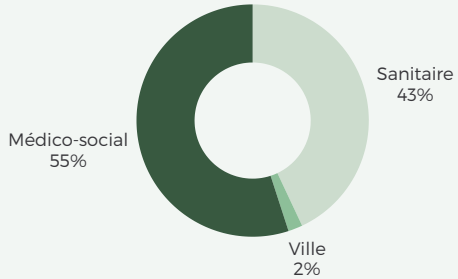
Professionnel déclarant :



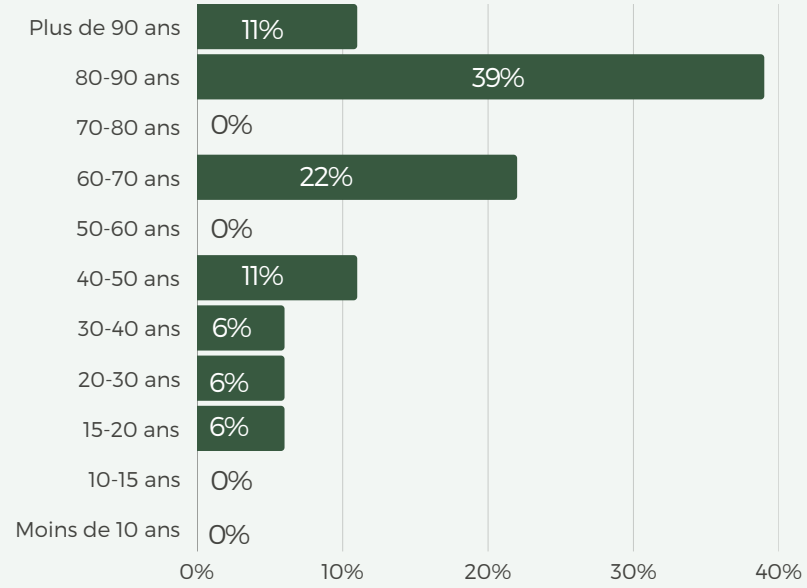
Statut de l'établissement :

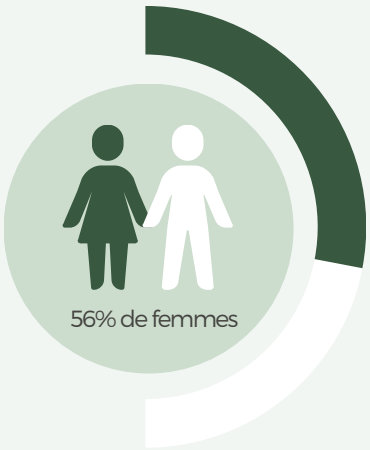


Secteur d'activité :



Public concerné :





Conséquence pour le patient :



Nature HAS de l'EI	%
Défaut de coordination d'équipe	28
Chute de l'usager	22
Défaut de diagnostic - Retard de PEC	22
Erreur médicamenteuse	11
Défaillance des soins	6
Fausse route	6
Suicide de l'usager	6

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 2024

A Signalements du secteur sanitaire

Décès par pendaison d'une patiente suite à un raptus suicidaire

N°1

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Psychiatrie

Gravité déclarée : Décès

Classification après analyse : ○ EIAS ○ EIGS ☑ Aléa ○ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente est prise en charge à la suite d'une tentative de suicide par IMV (intoxication médicamenteuse volontaire).
Dans ses antécédents, on note une première tentative de suicide par IMV suivie d'une hospitalisation. Lors de son entretien d'admission avec la psychiatre du service, celle-ci présente des idées suicidaires, avec ruminations anxieuses d'où une décision de surveillance renforcée.
Cette surveillance renforcée se matérialise par un passage en chambre des soignants toutes les deux heures de manière aléatoire jour et nuit, une fermeture à clé de l'armoire de la patiente, ainsi qu'une évaluation quotidienne du risque suicidaire. L'examen somatique d'entrée est sans particularité.

Les jours suivants son admission, la surveillance renforcée est maintenue. La patiente participe quotidiennement à des activités thérapeutiques et à des entretiens d'évaluation avec les infirmières, le médecin psychiatre référent ou une psychologue.

Son humeur reste stable jusqu'au matin de son décès où elle exprime une majoration de son anxiété liée à des problèmes familiaux et une déception amoureuse. Elle est vue en entretien par la psychologue dans l'après-midi à sa demande car elle dit avoir des hallucinations auditives et visuelles, sans idée suicidaire. Une concertation a lieu à la suite de cet entretien entre la psychologue et le psychiatre référent sans décision de modification de traitement ou de surveillance. A 18h, la patiente est aperçue dans le couloir souriante par une IDE et retourne dans sa chambre.

A 18h25, une IDE va chercher la patiente pour le repas et la retrouve pendue avec un drap accroché à la fenêtre. L'IDE sonne en urgence pour donner l'alerte. Elle essaie de couper le drap sans succès, puis ouvre la fenêtre pour faire glisser la patiente au sol. L'IDE constate un arrêt cardio-respiratoire et débute la réanimation cardio-respiratoire. Une autre IDE arrive avec le chariot d'urgence. Dans le même temps, le médecin généraliste de garde arrive sur place et un appel est passé au 15.
10 minutes plus tard, le SAMU prend le relai de la réanimation avec poursuite du massage cardiaque, intubation et injections de stimulants cardiaques pendant 45 minutes.
Malgré les mesures mises en oeuvre, le décès est déclaré par le médecin du SAMU.
La famille et la police sont prévenues par le médecin du SAMU. Aucun obstacle à la levée du corps n'est posé.

N°1

Cause(s) immédiate(s) :

Raptus suicidaire

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Antécédents : dépression et tentatives de suicide antérieures
- Contexte familial conflictuel notamment avec son père

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Surveillance adaptée et évaluation du risque suicidaire quotidienne

=> 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 n'a été identifiée lors de l'analyse

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

- Évaluer la pertinence de la mise en place d'activités thérapeutiques à partir de 17h
- S'assurer que l'ensemble des salariés soit sensibilisé à la prévention du risque suicidaire
- Assurer des sensibilisations aux gestes de premiers secours
- S'assurer que les soignants soumis à l'AFGSU soient à jour
- Effectuer des mises en situation avec RETEX pour l'ensemble du personnel

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. Les causes profondes retrouvées sont uniquement liées au patient. L'évènement n'est donc pas lié aux soins délivrés.

Défaut de communication d'une bradycardie chez un patient admis pour un bilan de chute

N°2

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Médecine

Gravité déclarée : Mise en jeu du pronostic vital

Classification après analyse : ☑ EIAS ○ EIGS ○ Aléa ☑ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Dans un service de médecine, le médecin remplaçant est appelé par l'infirmier car un des patients présente une bradycardie à 37 pulsations/min. Le patient est un homme de plus de 80 ans, adressé pour un bilan de chute à domicile. Il aurait fait un malaise la nuit en se levant pour aller aux toilettes. Dans ses antécédents, on note une hypertension, un syndrome dépressif, une prothèse totale de genou gauche et une hypertrophie bénigne de la prostate. Au cours de son hospitalisation, il a été pris en charge par les kinésithérapeutes pour un bilan et a bénéficié d'une antibiothérapie pour une infection pulmonaire.

Le médecin remplaçant prescrit un électrocardiogramme (ECG) qui est immédiatement réalisé et contacte le SAMU-Centre 15. Le médecin souhaite que le patient soit admis dans un service d'accueil des urgences. Au vu des éléments cliniques recueillis et d'une forte activité, le médecin régulateur préconise que le patient reste hospitalisé en médecine et il organise un rendez-vous chez le cardiologue du centre hospitalier le lendemain. En traçant ces informations dans le dossier informatisé, le médecin remplaçant se rend compte que le patient présentait des épisodes de bradycardie depuis son arrivée 5 jours auparavant et déjà lors de son admission aux urgences. En effet, l'ECG réalisé aux urgences montrait une bradycardie à 47 pulsations/min. Il bénéficie d'une surveillance sous scope : la fréquence cardiaque se normalise autour de 75 pulsations/min. Dans la lettre de liaison, la bradycardie n'est pas relatée.

A son arrivée, le patient avait présenté un premier épisode de bradycardie très bien toléré en présence du médecin du service lors de la visite. Depuis, les constantes cliniques ont été réalisées 2 fois/jour avec une fréquence cardiaque variable et des épisodes de bradycardie. Il n'y avait pas eu de transmission à ce sujet, mais l'anomalie apparaît en rouge dans le dossier informatisé.

Le lendemain, le patient est vu en consultation de cardiologie. Le cardiologue décide de suspendre le traitement bêtabloquant et programme la pose d'un pacemaker dans 2 mois à distance de l'épisode infectieux. Le patient sort à domicile une semaine plus tard, il n'a pas chuté durant son séjour et les pulsations se sont normalisées. Le patient refuse pour le moment la mise en place du pacemaker.

Cause(s) immédiate(s) :

Absence de communication au médecin des épisodes de bradycardie rencontrés par le patient.

N°2

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Bonne tolérance de la bradycardie par le patient
- Pas de récidive de chute dans le service

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Premier épisode de bradycardie dans le service en présence du médecin jugé comme non-inquiétant

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Soignants nouvellement diplômés dans l'équipe

=> Liées à l'équipe : Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :
- Manque de visibilité des paramètres anormaux sur l'interface médicale du dossier patient informatisé

=> Liées à l'organisation et au management : Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :
- Nouvelle lettre de sortie du service d'accueil des urgences moins informative que le dossier de liaison des urgences précédemment employé sur ce type de parcours : il y manque fréquemment le bilan des examens réalisés

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :
- Barrières de prévention : la bradycardie est identifiée comme signe d'alerte dans les protocoles du service dans un bilan de chute, cependant le 1er épisode en présence du médecin et d'un soignant nouvellement diplômé a été jugé comme non-inquiétant.
- Quand la fréquence cardiaque est inférieure à 50, elle apparait en rouge dans le dossier de soins informatisé. Or, le médecin ne voit pas cet environnement de prime abord.

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

- Sensibiliser à la communication en équipe : rappel aux IDE d'alerter le médecin du service en cas de paramètres anormaux, y compris en dehors de ses heures de présence
- Rendre plus visible une anomalie sur le dossier informatisé pour les médecins : alerte dans le tableau de bord pour paramètres anormaux dès la connexion
- Travailler la transmission des informations sur le parcours avec le service d'accueil des urgences

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 ou survenue d'un déficit fonctionnel permanent) pour le patient selon les termes du décret du 25 novembre 2016. Il s'agit donc d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS).

Retard d'orientation d'une patiente vers un service de soins adapté par une mauvaise lecture d'un examen radiologique

N°3

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Urgences

Gravité déclarée : Mise en jeu du pronostic vital

Classification après analyse : ○ EIAS ☑ EIGS ○ Aléa ○ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Une femme de moins de 30 ans, ceinturée dans son véhicule, est victime d'un accident de la voie publique à haute célérité tôt dans la matinée. Elle est transportée par un SMUR au service d'accueil des urgences le plus proche.
L'accident compte 4 victimes, toutes prises en charge par les mêmes moyens et vecteurs.

L'examen de tomodensitométrie corps entier indiqué dans ces situations de traumatismes violents est demandé dès l'admission par l'urgentiste et est réalisé par le radiologue d'astreinte. L'examen objective une fracture de l'humérus, une contusion pulmonaire bilatérale et une infiltration du mésentère abdominal.

La patiente est hémodynamiquement stable et présente des douleurs abdominales intenses sans défense à la palpation. Compte-tenu du tableau clinique abdominal douloureux, l'urgentiste rappelle le radiologue pour discuter des images abdominales. Malgré la discordance radio-clinique, les conclusions initiales sont maintenues. Il est décidé d'orienter la patiente vers un service de chirurgie orthopédique. Faute de place, la patiente est transférée avec présence médicale dans un autre centre hospitalier du groupement hospitalier de territoire.

Dans le service de soins continus qui prend le relai dans la prise en charge de la patiente, l'urgentiste qui l'accompagne sollicite une FAST (Focused Assessement by Sonography for Trauma Patient) échographie dès son arrivée. La patiente est hyperalgique au niveau abdominal avec présence cette fois-ci d'une défense à la palpation, elle est toujours hémodynamiquement stable. La FAST échographie met en évidence un hémopéritoine.

Une relecture du scanner initial est demandée en télé-radiologie à une société de radiologie extérieure. Cette relecture confirme les fractures, indique que les contusions pulmonaires basales témoignent d'un pneumothorax, précise que l'infiltration du mésentère abdominal provient d'une dissection de l'aorte sous-rénale, et objective un hémopéritoine de moyenne abondance.

Les lésions vasculaires graves ainsi mises en évidence nécessitent le transfert de la patiente au plateau de chirurgie vasculaire du CHU le plus proche où elle sera prise en charge avec succès.

Cause(s) immédiate(s) :

Difficultés de lever de doute sur une discordance entre la clinique et le scanner réalisé dans le cadre du bilan lésionnel

N°3

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Cas complexe et grave du fait de l'AVP à haute célérité

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Présence d'artéfacts liés aux mouvements de la patiente et à la présence de sa montre (le protocole de préparation de l'examen n'a pas été totalement respecté)
- Le compte-rendu du scanner n'est pas exhaustif

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Facteurs de stress : réalisation des 4 scanners corps entiers en même temps

=> Liées à l'équipe :
- Communication : avis divergent entre l'urgentiste et le radiologue ce qui n'a pas rendu l'orientation de la patiente pertinente

=> 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 ont fonctionné :
- Prise en charge SMUR assurée dans les temps : la patiente est identifiée comme prioritaire parmi les autres victimes

=> Barrières d'atténuation qui ont fonctionné :
- Réalisation d'une FAST échographie devant la discordance clinique et radiologique
- Relecture du scanner corps entier initial par une plateforme de télé radiologie

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

- Respecter les bonnes pratiques de préparation du patient au scanner
- Intégrer dans la mise à jour des procédures la conduite à tenir en cas de discordance clinique/imagerie
- Réaliser un compte-rendu standardisé du scanner corps entier répondant aux bonnes pratiques d'imagerie
- Développer la communication inter-professionnelle en faveur du patient

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 la mise en jeu du pronostic vital chez cette patiente.

Décès d'une patiente suite à une difficulté à trouver un transport

N°4

Secteur : Sanitaire

Spécialité : SMR

Gravité déclarée : Décès

Classification après analyse : ○ EIAS ☑ EIGS ○ Aléa ○ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente de plus de 80 ans est admise en SMR à J+3 post-opératoire pour rééducation d'une prothèse totale de hanche gauche sur coxarthrose. La lettre de sortie détaille les suites orthopédiques, sans préciser la reprise alimentaire ni mentionner de symptôme lié à des nausées ou une absence de selle. Un traitement de la constipation est prescrit de manière systématique. Le courrier mentionne aussi un taux de protéine C réactive à 91 mg/L, ce qui est cohérent avec un contexte post-opératoire.

A J+7 post-opératoire, dans la matinée la patiente présente quelques nausées. Elle dit avoir eu des selles la veille. Il est donné comme consigne médicale de lever la patiente au maximum pour limiter les points d'appuis. Dans l'après-midi, les nausées persistent ce qui rend impossible la prise de médicaments per-os et la prise alimentaire. Le médecin prescrit un antiémétique ainsi qu'une hydratation par voie intraveineuse et donne pour consigne de favoriser la voie orale dès que possible. A l'auscultation, on retrouve un abdomen tendu et douloureux à la palpation. Le médecin donne pour consigne de donner le laxatif en systématique. A J+8 post-opératoire, il est noté dans le dossier de la patiente qu'elle a eu des selles.

A J+9 post-opératoire vers 10h, lors de la visite médicale la patiente présente une hyperthermie à 38.5 °C, des marbrures au niveau des membres inférieurs, un abdomen ballonné et contracté, une oligo-anurie sur sonde et une saturation à 90%. Il est décidé de l'hospitaliser pour un bilan et une prise en charge d'un syndrome infectieux. La fille de la patiente est informée de cette décision de transfert vers le centre hospitalier. Les ambulanciers sont contactés par la secrétaire pour faire le transfert. La secrétaire prévient le médecin qu'aucune ambulance n'est disponible avant la fin de matinée. Compte tenu de l'état général stable de la patiente, il est décidé d'attendre la fin de matinée pour attendre le transfert. Dans l'attente, une biologie sanguine avec des hémocultures est prescrite en urgence, avec administration de paracétamol IV et d'oxygène à 2l/minute. A 11h20, une surveillance des paramètres est effectuée, la saturation de la patiente est stable à 90 %, les pulsations à 80 bpm/minute. A 12h, le bilan biologique réalisé plus tôt dans la matinée est ininterprétable car il a été prélevé en amont de la perfusion. Il est décidé de ne pas prélever de nouveau bilan ni de débuter une antibiothérapie pour ne pas retarder le transfert de la patiente. Un bilan neuropsychologique programmé est réalisé, la patiente y répond sans difficulté, elle est stable et ne présente aucun signe d'alerte. A 12h10, la secrétaire médicale prévient le médecin qu'aucune ambulance ne sera disponible avant le début d'après-midi. A 15h, la secrétaire rappelle le médecin pour prévenir que l'ambulance est à nouveau retardée en fin d'après-midi. Le médecin décide alors d'appeler le Samu-Centre 15 pour obtenir un transport médicalisé dans les plus brefs délais. Lors de l'appel au SAMU, l'infirmière du service l'informe du décès de la patiente.

N°4

Cause(s) immédiate(s) :

- Indisponibilité du transporteur
- Décision longue de recherche d'une alternative à la carence de transport

Causes profondes

=> Liées au patient :
- État de santé : stabilité de l'état clinique de la patiente

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocoles : non connaissance d'un protocole de transport médicalisé urgent la journée

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Manque de connaissances du protocole de transport médicalisé

=> Liées à l'équipe :
- Manque de communication entre professionnels

=> Liées à l'environnement de travail :
- Indisponibilité du transporteur qui a le monopole des transports sur le secteur

=> Liées à l'organisation et au management :
- Pas de travail commun de priorisation des demandes de transport

=> Liées au contexte institutionnel :
- 2 transporteurs sanitaires privés sur le territoire dont une société qui absorbe 90 % du marché et couvre 3 départements

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières qui ont fonctionné : Aucune

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

- Mettre à jour la procédure interne sur les transports médicalisés
- Valider l'actualisation du protocole en CODIR et en CME

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.

Décès inattendu d'une patiente en UHCD

N°5

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Urgences

Gravité déclarée : Décès

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente de plus de 60 ans est admise aux urgences vers 13h puis transférée en UHCD vers 17h30 pour récidive de fibrillation auriculaire liée à une déshydratation.

A son arrivée en UHCD, prescription et mise en place de 300mg de Cordarone. L'état neurologique de la patiente se dégrade vers 18h. Cette dégradation est constatée par une infirmière. Un avis est pris auprès de l'unité de soins intensifs en neuro-vasculaire qui recommande la réalisation d'un scanner cérébral ainsi qu'un angioscanner des troncs supra-aortiques. A 19h, pendant le réalisation du scanner, la patiente se dégrade sur le plan clinique (teint gris, pas de possibilité de s'allonger car décompensation respiratoire, état d'agitation). Le médecin urgentiste est appelé et prescrit du Midazolam 1 mg à administrer par voie nasale. Le cardiologue est appelé et diagnostique un choc cardiogénique. Les examens d'imagerie mettent en évidence une hypodensité aérique sur le trajet de la veine jugulaire droite, soit une probable embolie gazeuse.

Vers 19h30 : L'état de santé de la patiente se dégrade avec une hypotension à 86-50 ainsi qu'un état d'agitation et la présence de marbrures. Le médecin urgentiste prescrit un remplissage de NaCl, ainsi qu'une antibiothérapie par Rocéphine 1g et Flagyl 500mg. La prescription est directement exécutée par l'IDE de l'UHCD. L'IDE accélère la perfusion (500mL sur 1h ou ½) et la tension remonte à 105-60.

A 20h40 : Arrivée du médecin des urgences qui demande à l'IDE de majorer le remplissage, prescription de Noradrénaline 0,5mg/h. Pose d'une sonde urinaire par l'IDE de nuit. Après appel du SMUR du CHU : demande de réaliser une radio au lit car dégradation +++, défaillance respiratoire. La tension de la patiente chute à 54 de systole quand elle est mobilisée pour la radio (50% de saturation avec 100% O2). Selon l'équipe médicale, la patiente a besoin d'un caisson hyperbare, cependant il n'y a pas de permanence assurée pour le caisson au CHU. L'équipe contact le CHU d'une autre ville à 200 km qui accepte la prise en charge (contrainte supplémentaire, l'hélicoptère ne peut pas voler car temps orageux).

Vers 21h : La patiente est stabilisée pendant environ 1h30. L'IDE de nuit et AS de nuit, qui assistent le MAR, intubent la patiente. L'IDE de l'UHCD prépare les papiers administratifs et prépare un pousse-seringue électrique (PSE) de Fentanyl 500mg /10ml x2 ampoules, à la demande du MAR suite de l'intubation. A 00h : malgré les soins entrepris, la patiente décède.

Cause(s) immédiate(s) :

Embolie gazeuse

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Antécédents : Fibrillation auriculaire connue avec traitement déjà en place à dose curative. Néoplasie du sein, embolie pulmonaire, suspicion de Foramen ovale perméable, anévrysme du septum inter-auriculaire, tabagisme actif.
- État de santé : bonnes constantes mais un peu déshydratée et un peu tachycarde, avis demandé auprès d'un cardiologue. Fibrillation auriculaire mal tolérée sur déshydratation. Présence de marbrures aux jambes, habituelles selon la patiente.
- Traitements : Mise en place d'un garde veine à son arrivée aux urgences, prescription médicale d'1 ampoule de Valium par le médecin sénior. Prescription médicale (PM) d'un traitement bêta-bloquant sur avis du cardiologue. PM de cordarone à son arrivée en UHCD. Patiente anxieuse au scanner : administration en urgence de 1mg de Midazolam par voie nasale.
- Personnalité : patiente très anxieuse par rapport aux soins, rassurée par l'IDE des urgences qui lui explique les soins. A pu joindre sa fille car l'IDE lui a prêté son portable personnel pour l'appeler ce qui a permis de diminuer son angoisse.
- Relations conflictuelles : influence négative liée à une hospitalisation antérieure. Ne voulait pas être hospitalisée. Patiente très anxieuse par rapport à une hospitalisation de son mari.

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : l'IDE remarque que la tubulure est fermée, l'IDE réouvre la tubulure. Non respect des bonnes pratiques du circuit du médicament : PSE de Fentanyl 500 microgrammes/ 10 ml x 2 ampoules préparé par l'IDE et administré par une autre.
- Résultats d'examens complémentaires : le résultat de scanner mentionne une probable embolie gazeuse.
- Aide à la décision : l'AS de l'UHCD va chercher le médecin car la patiente présente des symptômes évocateurs d'un AVC (déviation de la bouche, a du mal à parler)

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Facteur de stress : le service est particulièrement chargé ce jour-là, une sortie SMUR est réalisée en parallèle par le médecin ayant pris en charge initialement la patiente.

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : la patiente est descendue par une AS seule au scanner car elle n'arrive pas à joindre le service des urgences. L'interne d'imagerie appelle pour communiquer les résultats du scanner au médecin prescripteur mais celui-ci est parti en intervention SMUR (le dossier a été repris par un autre urgentiste).

=> Liées à l'environnement de travail :

- Locaux : le service d'UHCD se trouve assez éloigné du service des urgences
- Informatique : impossibilité de joindre les urgentistes par téléphone depuis le service d'UHCD

=> Liées à l'organisation et au management : Aucune

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune

N°5

Analyse des barrières de sécurité

Aucune barrière de sécurité n'a été identifiée au cours de cette analyse

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

- Prévoir d'intégrer l'UHCD au sein du service des urgences dans le projet de restructuration immobilière
- Avoir un téléphone dédié en interne pour les médecins des urgences
- Mettre à jour la procédure interne de transports des patients
- Communiquer sur l'impossibilité d'utiliser le caisson hyperbare
- Limiter la présence d'agents seuls dans les services en s'interrogeant sur l'organisation des paramédicaux
- Rappeler que celui qui prépare est celui qui administre et trace les soins (circuit du médicament)

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

L'analyse a permis d'identifier des dysfonctionnements au niveau de la prise en charge 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.

Carence de transport inter-établissement sur une filière AVC

N°6

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Urgences

Gravité déclarée : Probable déficit fonctionnel permanent

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente de plus de 60 ans est adressée au service d'accueil des urgences d'un centre hospitalier pour une filière AVC. Son état clinique nécessite une thrombolyse puis une thrombectomie dans un second temps.

La patiente est prise en charge pour sa thrombolyse à 19h au service des urgences.
Une demande de transport est faite dans les suites immédiates pour effectuer le transport vers l'établissement support du secteur, cependant aucun transport n'est disponible de manière immédiate.

L'ambulance arrive à 20h30 au service d'accueil des urgences. Après échange avec le neuroradiologue de l'établissement support, la thrombectomie ne pourra pas avoir lieu car le délai pour intervenir est dépassé.

La patiente est finalement transférée en service de neurologie à 21h30 pour la suite de la prise en charge.

Cause(s) immédiate(s) :

Carence de transports inter-établissements

Causes profondes

=> Liées au patient : Aucune

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Résultats d'examens complémentaires : le médecin urgentiste / d'orientation et d'accueil (MOA) ne prescrit pas le bilan biologique

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe :
- Communication entre professionnels : le médecin urgentiste / MOA ne transmet pas l'information de l'AVC au second médecin des urgences.

=> Liées à l'environnement de travail : Aucune

=> Liées à l'organisation et au management : Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé publique régionale : le protocole indique la nécessité d'un transport médicalisé, dans ce cas l'attente a été délétère à la prise en charge. Un transport en ambulance privée aurait pu être réalisé mais en dehors du protocole.



Analyse des barrières de sécurité

Aucune barrière n'a été identifiée au cours de cette analyse



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

- Réviser le protocole AVC et filière AVC
- Définir des pathologies pour lesquelles la prise en charge doit se faire dans le secteur du médecin MOA (exemple : détresse respiratoire, douleur thoracique avec anomalie de l'ECG, filière AVC avec possible thrombolyse, etc...)
- Revoir régionalement les modalités de transfert des patients thrombolysés (Ambulance privée possible en l'absence de troubles de la conscience ou score NIHSS > 15)
- Approfondir le projet télé-AVC

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est associé aux soins : le retard de prise en charge pour cette patiente a été délétère et a entrainé des conséquences graves (probable déficit fonctionnel permanent).

Tentative de suicide par ingestion de SHA

N°7

Secteur :

Sanitaire

Spécialité :

Urgences-Pneumologie

Gravité déclarée :

Mise en jeu du pronostic vital

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Un homme d'une quarantaine d'année est admis aux urgences pour pneumopathie d'inhalation. Dans ses antécédents, on note des troubles du comportement liés à une consommation régulière d'alcool associée à une toxicomanie sévère substituée par de la Méthadone. Le patient est connu et suivi par le CMP pour des épisodes dépressifs sévères avec une dizaine de passages à l'acte. Sa dernière tentative de suicide remonte à un an. Le patient est porteur d'une trachéotomie, amputé de certains de ses doigts, grand brûlé au niveau du visage avec une altération de l'estime de soi.

Il est ensuite hospitalisé en unité de soins de courte durée (UHCD) dans l'attente d'un lit en service de pneumologie. Le jour suivant son admission, il est retrouvé avec une alcoolémie à 1.74 g/L de sang, l'équipe a alors supposé que le patient avait ingéré de la solution hydroalcoolique (SHA) à l'origine d'une transmission ciblée dans le DPI. Le patient est alors contentionné pour sa protection, car il retirait le masque à oxygène positionné sur sa trachéotomie et se bouchait l'orifice en mentionnant à l'équipe « vouloir en finir ».

Le patient est transféré le lendemain en service de pneumologie. Les transmissions de sortie de l'UHCD mentionnent la nécessité d'une vigilance accrue sur le SHA, ainsi que sur ses idées suicidaires dans le DPI, cependant le médecin de pneumologie n'a pas été alerté du risque suicidaire.

A son arrivée dans le service, le patient est très encombré, désature ce qui majore son anxiété. Il est retrouvé peu de temps après son arrivée dans le service en coma avec Glasgow 3. Il a visiblement ingéré la totalité d'un flacon de SHA. Le SMUR intra est alors déclenché et le patient est transféré en réanimation vers le CH le plus proche.

Cause(s) immédiate(s) :

Transfert entre l'UHCD et le service de pneumologie sans avertir le médecin du service receveur des idées suicidaires

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : patients ayant des troubles mentaux, liés à une toxicomanie et une consommation régulière d'alcool. Difficultés de communication car le patient s'exprime uniquement avec son souffle.
- Pas de prescription médicale concernant les contentions mises en place en UHCD (après ingestion de SHA et tentative de boucher sa trachéotomie).
- Aides à la décision : la décision de transférer le patient est prononcée sans que le médecin du service receveur soit informé du risque suicidaire. De plus, le patient arrive très anxieux et désature. Le médecin s'interroge sur la capacité à le prendre en soins dans ces conditions et rappelle le médecin urgentiste pour envisager un retour mais celui-ci refuse un nouveau transfert. La SHA n'a pas été retirée en UHCD car le patient était contentionné. Cependant la SHA de sa chambre a été retrouvée dans le tiroir de la table de nuit.

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : pas de recueil de données réalisé pour ce patient en UHCD ; une macrocible d'entrée a été réalisée en UHCD avec un risque évalué à 0. Le lendemain, on retrouve une macrocible avec un risque suicidaire identifié, cependant il n'y a pas eu de demande de passage de l'équipe mobile de psychiatrie (EPSM) pour ce patient.

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Manque d'expérience pour les professionnels du service de pneumologie pour prendre en charge ce type de patients (patients dépressifs avec idées suicidaires)
- Stress des soignants

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : UHCD et cardio-pneumo : transmissions écrites et orales pour communiquer sur l'ingestion de SHA à l'arrivée dans le service, acceptation du patient dans le service par le médecin a été réalisée dans l'exhaustivité des informations.
- Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations avec l'équipe EPSM.
- Communication vers le patient ou son entourage : Pas de communication envers le patient suite à l'ingestion de SHA à l'arrivée à l'UHCD. Pas de contact avec l'entourage en UHCD.
- Informations écrites : pas de recueil de données réalisé mais identification à l'UHCD et en pneumologie du risque suicidaire.
- Transmissions et alerte : transmissions sur un tableau blanc et à l'oral sur la vigilance à avoir, cahier de transmissions dans le service. Pas de recherche de directives anticipées de ce patient ni en UHCD ni en pneumologie.
- Répartition des tâches : toutes les SHA ont été retirées du service au moment où l'information du risque suicidaire pour ce patient a été communiquée. Pas de recherche de directives anticipées.
- Encadrement / supervision : encadrement non présent lors de la découverte du patient au sol (week-end), cependant le médecin du service était présent. Défaut de coordination entre l'urgentiste et le médecin d'astreinte, en effet l'urgentiste a demandé à l'IDE d'appeler le médecin d'astreinte pour la gestion de l'urgence.

N°7

=> Liées à l'environnement de travail :

- Locaux : En pneumologie, la chambre du patient est très éloignée du poste de soins car plus de chambre disponible proche.
- Fournitures ou équipements : canule du patient non présente supposée être enlevée par les pompiers et très peu de canules sur l'hôpital. La canule n'a pas pu être remise au patient. L'équipe a passé beaucoup de temps à trouver le matériel de trachéotomie adapté. Le médecin ORL a vu le patient rapidement après l'évènement.
- Informatique : Les équipes de l'EPSM n'ont pas d'accès à notre logiciel patient pour tracer leur intervention.

=> Liées à l'organisation et au management : Aucune

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

- Atténuation : déclenchement du SMUR intra et transfert rapide du patient

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

- Réaliser une formation sur l'évaluation du risque suicidaire
- Permettre aux équipes de suivre l'équipe d'EPSM pendant une demi-journée
- Modifier le paramétrage du dossier patient informatisé pour permettre à l'EPSM de tracer ses observations
- Incorporer dans la dotation des dispositifs médicaux de pneumo plusieurs références de canules de trachéotomie
- Réaffirmer l'importance de la communication
- Sécuriser les fenêtres et les balcons
- Rappeler la nécessité de prescrire les contentions

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car il y a eu une mise en jeu du pronostic vital et des dysfonctionnements ont été relevés sur la prise en charge du risque suicidaire ainsi que la communication inter-équipes.

Défaut lié au matériel et à l'organisation ayant entrainé la perte d'un greffon rénal

N°8

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Médecine

Gravité déclarée : Mise en jeu du pronostic vital

Classification après analyse : ○ EIAS ☑ EIGS ○ Aléa ☑ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

L'IDE de la CHPOT (Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissu) est alertée qu'une MAP (Machine à Perfuser le greffon) sonne dans le service de néphrologie en raison d'une élévation de la température de conservation du greffon. La procédure dans ce cas nécessite le reconditionnement du greffon au bloc opératoire. L'IDE CHPOT se rend dans le service et constate que la MAP est en alerte car la température affichée est trop élevée. Le compartiment à glace ne contient quasiment que de l'eau. Par ailleurs, la greffe rénale n'est pas réalisable dans l'immédiat car le bloc opératoire n'est pas disponible (urgences en cours). L'IDE CHPOT explique alors les deux possibilités face à cette situation : soit apporter la MAP au bloc opératoire et reconditionner le greffon sur une nouvelle MAP, soit remettre de façon provisoire de la glace dans le compartiment en attente de la greffe. Le chirurgien confirme la seconde option. Le re-glaçage de la MAP est réalisé en conservant la moitié de l'eau pour éviter un refroidissement trop important.

L'IDE CHPOT transmet l'évènement à ses collègues, ainsi qu'au chirurgien et à la cadre du service. Celui-ci reçoit de nouveau un appel 2 heures plus tard car la température de la MAP continue à s'élever malgré le renouvellement de la glace. L'IDE du service s'inquiète du bon fonctionnement de la machine qui continue à dysfonctionner. L'IDE CHPOT propose de déconditionner le rein au bloc opératoire et de le reconditionner en MAP ou en statique (en glacière) selon le temps envisagé avant la greffe, mais il s'agit d'une décision médicale.

D'autre part, le chirurgien appelle dans la demi-heure l'IDE CHPOT pour l'informer qu'il n'y aura pas de greffe car le receveur initialement retenu est incompatible au cross-match (étude de compatibilité réalisée systématiquement pour prévenir le rejet de greffe hyperaigu) et qu'il n'y a aucun autre candidat à la greffe. L'IDE CHPOT explique que le rein va probablement être remis en répartition, et qu'il est donc nécessaire de poursuivre le reconditionnement (soit en MAP soit en statique). Les urologues appellent le PNRG (Pôle National de Répartition des Greffons) pour les prévenir. L'IDE CHPOT est rappelée dans les 10 minutes par le chirurgien urologue pour la prévenir que le rein va être reconditionné en statique et appelle de suite le PNRG pour avoir des précisions sur l'organisation du transport et le déclenchement de FTSO (France Transport Sang et Organe). Le PNRG indique alors ne pas être au courant de la mise en statique du greffon alors qu'ils ont proposé le greffon à une autre équipe de transplantation avec l'information d'un conditionnement sur MAP. Cette équipe a finalement refusé en apprenant le conditionnement en statique. Le greffon est proposé à d'autres centres qui ont tous refusé.

L'IDE CHPOT informe le néphrologue de la destruction du greffon et de l'envoi en anatomopathologie le lendemain.

N°8

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut de glaçage de la machine à perfuser les organes

Causes profondes

=> Liées au patient : Aucune

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocoles : défaut de procédure concernant la MAP (procédure non à jour et non diffusée)

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Qualifications, compétences : défaut de formation des IDE qui manipulent les MAP

=> Liées à l'équipe :
- Communication entre professionnels : pas de prise de renseignements sur la disponibilité du bloc opératoire dans un contexte non urgent
- Informations écrites : pas de sérum historique du receveur rendant impossible la réalisation d'un crossmatch virtuel
- Transmissions et alertes : pas de signalement de la non-réception du sérum du receveur ce qui a retardé l'identification de l'incompatibilité

=> Liées à l'environnement de travail :
- Fournitures ou équipements : dysfonctionnement de la MAP, défaut déjà signalé lors d'une précédente maintenance
- Autre : défaut de priorisation de la greffe rénale comme urgence au sein du bloc opératoire

=> 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 : réalisation de la maintenance de la MAP
- Récupération : alerte et prise de contact rapide avec l'IDE CHPOT, glaçage de la MAP
- Atténuation : contact avec le PNRG

N°8

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

- Actualiser la procédure concernant les MAP et la diffuser avec l'appui de la société (alarmes, transport, reglaçage etc…)
- Organiser une formation des IDE manipulant les MAP notamment sur le glaçage des machines et le repérage des anomalies éventuelles avec l'appui de la société
- Prévoir l'achat d'une machine à glace pour le conditionnement des MAP sur le site du CH préleveur
- Vérifier qu'il existe une maintenance annuelle des MAP
- Faciliter l'accessibilité aux données de courbes de température des MAP avec la mise à disposition d'un logiciel permettant de décoder les données
- Prioriser la greffe rénale comme une urgence pour accéder au bloc opératoire
- Réaliser une feuille de surveillance MAP ainsi qu'une check-list de fonctionnement pour les équipes de néphrologie
- Envisager une meilleure coordination informatique sur le suivi des sérums des receveurs pour la réalisation du crossmatch

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'évènement est associé aux soins, inattendu et cela a entrainé une réelle perte de chance pour le candidat à la greffe.

Erreur de retranscription d'une ordonnance de morphine en HAD

N°9

Secteur :
Sanitaire HAD

Spécialité :
Soins palliatifs

Gravité déclarée :
Mise en jeu du pronostic vital

Classification après analyse : ☑ EIAS ○ EIGS ○ Aléa ○ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Le traitement d'un patient en soins palliatifs pour cancer multi-métastatique et pris en charge en HAD est réévalué par le praticien qui le suit en Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC) en début de matinée. Afin de mettre en place le nouveau traitement, l'ordonnance réalisée par le praticien du CRLCC est imprimée et remise en mains propres au praticien de l'HAD. Ce dernier retranscrit les traitements sur le logiciel de prescription de l'HAD, imprime la nouvelle ordonnance et la remet à l'infirmière coordinatrice (IDEC) de l'HAD sans adjoindre l'ordonnance initiale. Ces traitements incluent de la morphine. L'IDEC effectue les calculs nécessaires à son administration et s'interroge sur les résultats obtenus en termes de concentration et de débit continu. Elle se déplace pour en échanger avec le praticien de l'HAD qui confirme l'ordonnance après échange téléphonique avec le prescripteur initial du CRLCC.

A midi, le pharmacien d'officine signale à l'HAD l'importante augmentation du débit basal de morphine et de la différence inhabituelle entre ce dosage et celui des bolus. L'IDEC confirme son interrogation à ce sujet et transfère son appel au praticien de l'HAD. En parallèle, elle modifie les plannings d'intervention pour prévoir le passage d'une IDE expérimentée pour la mise en place du traitement en début d'après-midi.

L'IDE expérimentée réalise à nouveau les calculs et obtient les mêmes résultats avant de préparer et de mettre en place la pompe au domicile du patient. Elle attendra d'être de retour à l'HAD avant de valider informatiquement l'administration contrairement aux procédures de l'HAD qui précisent de valider les administrations au lit du patient. Lors de cette validation, elle signale à nouveau à l'IDEC les incohérences déjà relevées. A deux, elles vérifient les deux prescriptions disponibles sur le logiciel informatique et mettent en évidence une discordance entre la prescription initiale du médecin du CRLCC et celle retranscrite du praticien de l'HAD. Elles appellent le médecin du CRLCC pour obtenir les bons dosages, informent le praticien de l'HAD de l'erreur et lui demandent l'autorisation de couper la pompe en cours.

La mère du patient est immédiatement appelée pour couper rapidement la pompe en cours. Une IDE se rend au domicile du patient en fin d'après-midi pour réaliser une évaluation clinique du patient et réajuster les posologies de la pompe à morphine. Le patient est trouvé somnolent, sans réel signe de surdosage. Son pronostic vital n'est pas engagé. L'ensemble de l'évènement s'est déroulé sur 8h.

Cause(s) immédiate(s) :

Erreur de retranscription d'une ordonnance de morphine

N°9

Causes profondes

=> Liées au patient : Aucune

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Retranscription d'une prescription
- Absence de vérification avec l'ordonnance initiale à plusieurs étapes du circuit

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe :
- Communication inefficace pour relever l'erreur avec le prescripteur du CRLCC le matin
- Traçabilité de l'administration réalisée au retour à l'HAD et non au lit du patient
- Double alerte inefficace du pharmacien et équipes auprès du médecin praticien HAD

=> Liées à l'environnement de travail :
- Prescription initiale en dehors du logiciel de l'HAD car prescripteur hors de la région

=> 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 :
- Protocole d'utilisation d'une pompe PCA existant, connu et suivi des équipes
- Doubles calculs cohérents entre IDE et IDEC

=> Barrière de récupération qui n'a pas fonctionné :
- Analyse pharmaceutique par le pharmacien de ville

=> Barrière de récupération qui a fonctionné :
- Vérification avec l'ordonnance de la veille grâce à la validation des soins qui donne accès aux ordonnances précédentes dans l'application de l'HAD

Actions d'amélioration décidées à l'issue de l'analyse

- Réaliser une double vérification médicale par un second praticien HAD en cas de signalement par un pharmacien de ville
- Rappeler l'importance de tracer l'administration des médicaments / des soins au lit du malade par les IDE
- Pour les changements d'ordonnances de stupéfiants, prévoir la relecture systématique par l'IDE de l'ordonnance originelle et de celle retranscrite par le médecin praticien HAD
- Réfléchir sur la sécurisation des prescriptions hors HAD pour éviter les retranscriptions

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

Il ne s'agit pas d'un EIGS car l'évènement n'a pas eu de conséquence grave telle que définie par le décret du 25 novembre 2016 (mise en jeu du pronostic vital, décès ou probable déficit fonctionnel permanent). Dans ce cas, il s'agit d'un EIAS.



PARTIE 2

RÉCITS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS) ACCOMPAGNÉS EN 2024

B Signalements du secteur médico-social

Retard dans la réalisation d'un ECBU ayant entrainé une septicémie

N°10

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Décès

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Suite à un résultat de bandelette urinaire revenu positif pour un résident, le médecin traitant prescrit la réalisation d'un ECBU (examen cytobactériologique des urines) ainsi qu'un traitement antibiotique à débuter une fois l'examen réalisé.
L'ordonnance est adressée par mail à la pharmacie puis rangée dans le dossier du résident. Une transmission écrite est réalisée par l'IDE en poste cependant l'ECBU n'a pas été planifié dans le plan de soins.

Le lendemain, on ne retrouve pas de transmission par rapport à la réalisation de cet examen. Une chute avec des constantes normales est signalée.
Le fils du résident est informé de la chute de la veille et d'une dégradation de l'état clinique de son père qui est très endormi. Ses constantes restent normales. L'absence d'urines dans la protection de l'après-midi a motivé la pose d'un étui pénien afin de quantifier les urines et réaliser l'ECBU. Un échange a lieu avec la famille (fils et épouse) autour de ce problème urinaire.

L'ECBU est réalisé la nuit grâce à la pose de l'étui pénien, soit 3 jours après sa prescription. A 18h, il est constaté par les soignants en poste que l'antibiotique n'a pas été réceptionné et ne peut pas être administré car la spécialité prescrite par le médecin n'est pas disponible dans la dotation en urgence.
La pharmacie qui est contactée affirme ne pas avoir reçu l'ordonnance envoyée par mail.
Lors de la nuit, le résident présente une respiration difficile et un oedème au niveau du cou. L'équipe de nuit contacte l'IDE de l'HAD (partenariat pour astreinte de nuit) pour avis qui conseille un appel au SAMU. Le médecin régulateur conseille de surveiller le résident et d'attendre le matin pour contacter le médecin traitant du résident.

A 8h, l'IDE constate une altération de l'état général avec tachycardie. Le résident est apyrétique et ses autres constantes sont dans la norme. Un nouvel appel est passé au médecin du SAMU avec décision de transfert vers le service d'urgences le plus proche. A 14h, le fils du résident appelle l'EHPAD pour informer qu'un diagnostic de septicémie a été posé par le service des urgences, avec un pronostic vital engagé.
Le résident décède 3 jours après son hospitalisation malgré une triple antibiothérapie mis en place à l'hôpital.

Cause(s) immédiate(s) :

Retard dans la réalisation de l'ECBU et dans l'administration du traitement antibiotique

N°10

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Résident grabataire avec troubles du comportements majeurs
- Résident incontinent créant une difficulté au recueil des urines

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Soin non planifié dans le plan de soins du dossier informatisé du résident ni dans l'agenda de l'équipe IDE

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe :
- Changement d'équipe IDE entre le soir de la transmission de l'ordonnance et le lendemain avec pertes d'informations car l'ordonnance a été rangée dans le dossier papier du résident
- IDE coordinatrice et médecin coordonnateur en préparation de la coupe PATHOS

=> Liées à l'environnement de travail : Aucune

=> Liées à l'organisation et au management :
- Manque de suivi de la réception du traitement antibiotique
- Manque de formalisation de l'organisation interne avec la pharmacie malgré une convention en place et signée

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :
- Mise à jour du plan de soins non réalisée
- Pas d'appel au médecin traitant devant la difficulté de recueillir des urines

=> Barrière d'atténuation qui n'a pas fonctionné :
- Transfert aux urgences du CH le plus proche

Actions d'amélioration décidées à l'issue de l'analyse

- Réaliser un retour d'expérience avec la pharmacie afin d'évoquer l'évènement et améliorer l'organisation
- Rédiger une procédure interne sur le circuit du médicament
- Sensibiliser les IDE et AS de jour et de nuit sur la traçabilité des soins (planification, réalisation)
- Sensibiliser les AS de nuit sur la conduite à tenir en cas d'urgence, ainsi que sur le classeur de fiches réflexes disponible à l'infirmerie

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Dans cette analyse, des causes immédiates et des causes profondes ont été identifiées. L'évènement est donc bien inattendu, associé aux soins et a eu des conséquences graves selon les termes du décret des EIGS.

Administration d'un traitement à une résidente par défaut d'identification

N°11

Secteur :
Médico-social
Handicap

Spécialité :
MAS

Gravité déclarée :
Décès

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne une résidente de plus de 40 ans prise en charge en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pour polyhandicap.

Lors de l'administration des médicaments du soir, elle reçoit par erreur les médicaments destinés à sa voisine de table. L'administration des médicaments est organisée en binôme constitué d'une infirmière (IDE) et d'une étudiante en soins infirmiers (ESI). L'ESI, en stage dans la structure depuis deux mois, a une bonne connaissance des résidents et confirme l'identité des résidents à l'IDE qui vient d'être embauchée. Plusieurs administrations sont réalisées de cette manière. Arrivées à la table de la résidente concernée, l'IDE demande confirmation de l'identité à l'ESI à deux reprises avant de préparer le traitement et de l'administrer. L'ESI qui était en train d'administrer un traitement à un autre résident se retourne alors et indique à l'IDE son erreur. L'IDE contacte immédiatement le SAMU-centre 15 qui transfère ensuite l'appel au Centre Antipoison (CAP). L'appel est décroché par un interne. Lors de l'échange, le faible poids de la résidente est précisé, son traitement habituel ainsi que le traitement administré. Il est indiqué qu'il n'y a pas de présence IDE la nuit. Un avis est demandé au médecin sénior par rapport au faible poids de la résidente.

A l'issue de l'échange, il est recommandé une surveillance neurologique et une surveillance de la saturation qui peuvent être réalisées par des aides-soignantes (AS). Un appel doit être passé au centre 15 si la résidente présente des signes de coma.

L'IDE retranscrit les consignes de surveillance du CAP dans les transmissions et informe l'astreinte administrative de l'évènement. La surveillance de la résidente est débutée immédiatement par l'IDE, et un visiophone est mis en place pour une surveillance à distance. L'état clinique de la résidente est stable jusqu'au départ de l'IDE. Le relais est pris par les AS de nuit avec une surveillance réalisée toutes les 30 minutes. L'état de la résidente se dégrade dans la nuit avec des difficultés respiratoires, une saturation à 75% et une pâleur. Un appel est passé immédiatement au centre 15. Au moment de raccrocher avec les secours, la résidente n'a plus de pouls. Le massage cardiaque est débuté immédiatement à l'aide du chariot d'urgence. Les pompiers arrivent très rapidement et prennent le relais des AS. Le médecin du SMUR à son arrivée, décide du transfert de la résidente vers l'hôpital le plus proche. La résidente décède le lendemain de son transfert.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut d'identification au moment de l'administration des médicaments

N°11

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Antécédent : polyhandicap
- État de santé : faible poids (35kg), 45 ans (processus de vieillissement)
- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : difficultés linguistiques et troubles sensoriels, absence de communication verbale (cris, gestes), handicap psychomoteur.

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocoles : identitovigilance et circuit du médicament
- Aide à la décision : consignes de surveillance données par le Centre Anti-Poison non adaptées aux AS pour la surveillance neurologique, ventilatoire et cardiaque à réaliser
- Définition des tâches : identification des résidents par un binôme stagiaire / IDE

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Facteurs de stress physique ou psychologique : arrivée récente de l'IDE dans le service et non connaissance des résidents
- Erreur lors de l'administration des traitements

=> Liées à l'équipe :
- Communication entre professionnels : défaillance avec une communication imprécise et incomplète. Incompréhension dans l'identification de la résidente
- Transmissions et alertes : défaut d'évaluation de la surveillance à mettre en oeuvre chez une personne naïve de ces traitements avec un faible poids

=> Liées à l'environnement de travail :
- Fournitures ou équipements : absence de tablette ou d'ordinateur sur le chariot de médicaments pour faciliter l'identification par une photo du résident et permettre la validation directe du traitement au moment de l'administration

=> Liées à l'organisation et au management :
- Manque de suivi de la réception du traitement antibiotique
- Manque de formalisation de l'organisation interne avec la pharmacie malgré une convention en place et signée

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de sécurité qui n'ont pas fonctionné :
- Barrière de prévention : protocole de circuit du médicament et identitovigilance
- Barrière de récupération : appel au SAMU et CAP pour conduite à tenir après identification de l'erreur
- Barrière d'atténuation : manoeuvres de réanimation, appel au SAMU et transfert au service d'urgences le plus proche

N°11

Actions d'amélioration décidées à l'issue de l'analyse

=> Pour la MAS :

- Réviser la procédure du circuit du médicament et d'identitovigilance avec la mise en place d'un trombinoscope
- Mettre en place une procédure pour les médicaments à risque
- Sensibiliser les AS à la prise des médicaments sur délégation IDE
- Mettre en place un logiciel permettant la validation des traitements au moment de l'administration

=> Pour le CAP :

- Présenter en staff ce cas et retour d'expérience (rappel des critères de vigilance)
- Réévaluer la mise en place des plannings des praticiens

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu dans ce type de prise en charge, associé aux soins dans le cadre de l'administration médicamenteuse et a eu pour conséquences le décès de la résidente.

Chute avec hémorragie intracrânienne suivie du décès du résident

N°12

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Décès

Classification après analyse : ○ EIAS ☑ EIGS ○ Aléa ○ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne un résident de plus de 90 ans, admis il y a un an dans l'EHPAD. Dans ses antécédents, on note une démence, des épisodes d'agressivité et de déambulation, du diabète ainsi qu'une notion de chutes. A son admission, le résident marche avec une canne et utilise de manière occasionnelle le fauteuil roulant et nécessite une aide pour les transferts.

Il est vu peu de temps avant sa chute et semble agité. Un peu avant 15h, il chute dans un espace commun du secteur ouvert en présence d'autres résidents qui ne sont pas en capacité de donner l'alerte. Sa tête frappe le radiateur. L'alerte est donnée par un agent passant par ici, aux 2 AS et à 1 ASH du secteur fermé. Elles se rendent directement sur place. Un relais de l'alerte est donné par le 1er agent à l'IDEC par téléphone. L'IDEC contacte alors l'IDE du service qui se trouve à la pharmacie pour la prévenir qu'un résident a chuté sans lui donner de précision sur la localisation du résident. L'IDE contacte alors les AS sur leur téléphone personnel pour prendre des nouvelles le temps de revenir dans le service. Elles sont avec le résident et répondent à l'IDE que celui-ci saigne. A l'arrivée des AS/ASH, le résident est à terre à moitié sous le radiateur avec une marre de sang. Les yeux du résident sont ouverts, avec le regard vide et les pupilles vacillantes, les points serrés et ne répondant pas aux stimulis verbaux. Une des deux AS prend les paramètres vitaux qui sont stables. Le déambulateur du résident est à proximité mais pas à portée de mains et un des chaussons du résident est retiré. L'IDE arrive peu de temps après les AS. L'AS 2 déplace de quelques centimètres le résident afin qu'il n'ai plus la tête sous le radiateur. L'IDE comprime la plaie visible à l'arcade qui arrête de saigner et stimule le résident. Le patient serre les mains mais ne parle toujours pas. L'IDE et l'AS 2 avec l'aide de l'ASH mettent le patient au fauteuil puis dans son lit, avec stimulation du patient par l'IDE. L'AS 1 prend de nouveau les constantes du résident qui restent stables, il est à noter une saturation à 93% à air ambiant.

A 15h13, appel passé au cabinet médical du médecin traitant pour savoir si le médecin peut se déplacer à l'EHPAD. Sa secrétaire lui passe le message et rappelle en indiquant qu'il ne peut pas venir avant 18h. Le médecin conseille d'appeler le centre 15 ce que fait de manière immédiate l'IDE. Elle insiste pour l'envoi d'une ambulance. A 16h30, arrivée d'une ambulance privée en présence de l'AS 2, ASH et IDE. A l'arrivée aux urgences, le patient présente une tension à 15/9, une température à 36.6°C et une saturation à 97 % à air ambiant. Il présente un score de Glasgow à 15 à l'arrivée, ainsi qu'une plaie à l'arcade sourcilière gauche qui sera suturée à son arrivée. Un bilan neurologique est réalisé, il présente un état d'agitation, pas de déficit sensitivo-moteur, Le patient ne répond pas aux ordres simples et présente un hématome de la paupière gauche.

N°12

Le scanner cérébral objective une hémorragie sous arachnoïdienne frontale gauche de faible abondance associée à une hémorragie intraventriculaire de faible abondance, avec un hématome sous-dural aigu frontal à gauche et une contusion cérébrale de 8mm en regard de la capsule interne gauche. Un avis est pris auprès du neurochirurgien qui compte tenu du grand âge du résident et de ses comorbidités ne retient pas d'indication chirurgicale en urgence. Il recommande une surveillance neurologique et un nouveau scanner dans 48h, ainsi qu'un scanner de contrôle en cas d'aggravation. Il recommande un arrêt du Kardégic.

L'état du patient se dégrade rapidement avec la survenue d'une pneumopathie d'inhalation. Le patient décède trois jours après la survenue de sa chute.

Cause(s) immédiate(s) :

Fréquence de réévaluation du risque de chute non optimale

Causes profondes

=> Liées au patient :

- État de santé : patient dément, déambulant, opposant aux soins, ne respectant pas les mesures de protection mises en place.
- Absence d'appel malade portatif car le résident n'était pas en capacité de s'en servir.

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles, aides à la décision : absence d'évaluation pluridisciplinaire du risque de chutes et traçabilité des mesures à mettre en oeuvre.
- Surveillance d'un patient traumatisé crânien non optimale par absence de formation ou de conduite à tenir.
- Pas de débriefing réalisé pour les résidents ayant assisté à la chute « choqués » pour certains.

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Qualifications, compétences : pas de kinésithérapeute intervenant très régulièrement sur l'EHPAD et pas de soignant faisant une activité d'accompagnement à la marche.

=> Liées à l'équipe : Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- Gestion des ressources humaines : Absence de politique de prévention des chutes mais actions dans le projet d'établissement.
- Présence d'un référent chute nommé dans l'établissement mais pas d'instance d'analyse des chutes.
- Absence de protocole de prévention et de prise en charge des chutes.
- Pas de conduite à tenir en cas de traumatisme crânien.
- Absence de formation sur la prévention et la prise en charge des chutes.

=> Liées à l'organisation et au management : Aucune

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune

N°12

Analyse des barrières de sécurité

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

- Utilisation erratique du déambulateur par le résident. La proximité du dispositif lors de la chute ne détermine pas s'il l'a utilisé ou non.
- Refus du patient de suivre les ateliers de prévention des chutes
- Refus des séances d'aides à la marche proposées
- Retrait fréquent des chaussons anti-chute fournis

Actions d'amélioration décidées à l'issue de l'analyse

- Réaliser un document d'aide pour la prise en charge des urgences en EHPAD
- Rédiger un protocole de prévention et prise en charge des chutes avec des grilles d'évaluation
- Formaliser la conduite à tenir en cas de traumatisme crânien
- Mettre en place l'instance d'analyse des chutes (définir les participants, rédiger la charte de fonctionnement)
- Remettre des formations à la prévention des chutes au plan de formation de l'établissement
- Proposer des activités de lutte contre la sédentarité (accompagnement à la marche)

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu dans le cadre de sa prise en charge et a entrainé son décès.

Fracture de l'humérus chez un résident lors de l'utilisation d'un verticalisateur pour son transfert

N°13

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Risque de déficit fonctionnel permanent

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne un résident dont l'autonomie est évalué GIR 1 (niveau de perte d'autonomie le plus grave).
Le jour de l'évènement, l'AS réalise la toilette de ce résident au lit comme à son habitude. Il est installé assis au bord du lit afin de l'installer au fauteuil à l'aide du verticalisateur. L'AS face au résident prend le poignet droit du résident pour lui faire tenir le bras du verticalisateur. Elle procède de la même manière pour le poignet gauche, mais entend un fort craquement au niveau du bras. L'AS prévient de suite ses collègues en urgence. L'IDE arrive sur place et constate une absence de tonus dans le bras et rapidement une déformation du bras gauche sans verbalisation de douleur de la part du résident (échelle ALGOPLUS à 0) sans modification de son comportement (aussi logorrhéique qu'à son habitude).
L'IDE appelle immédiatement le SAMU-centre 15. Le petit-déjeuner n'est pas donné au résident dans l'éventualité d'une intervention chirurgicale.
Le résident est transporté aux urgences du CH le plus proche en ambulance privée.
Dans l'après-midi, le service des urgences contacte l'EHPAD pour prévenir que le résident a une fracture déplacée de l'humérus et qu'il doit être opéré dans la journée.
Un second appel s'ensuit pour préciser que finalement suite à une discussion du résident avec sa famille, il n'y aura pas d'intervention chirurgicale mais le port d'une écharpe contre écharpe pendant 6 semaines.
3 jours après l'évènement, le résident est de retour à l'EHPAD. La lettre de sortie mentionne une agitation du résident liée à ses troubles cognitifs.
Le lendemain de son retour, l'AS constate lors de la toilette la présence d'un oedème au niveau du bras fracturé.
L'IDE est informée immédiatement par l'AS, le médecin traitant est contacté par téléphone et préconise un envoi aux urgences. Il est transporté au service des urgences le plus proche en milieu de matinée.
Le résident est de retour vers 13h. L'oedème serait une réaction normale due à la fracture. Un mail est adressé à son médecin traitant et la famille informée par l'IDE de l'EHPAD.
20 jours après son retour, le résident est vu en consultation chirurgicale avec pour consigne de garder l'écharpe contre écharpe pendant encore 3 semaines.

Cause(s) immédiate(s) :

Fracture de fragilité chez un résident non traité pour un risque ostéoporotique

N°13

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Antécédent : Patient GIR 1.

=> Liées aux tâches à accomplir : Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe :
- Difficultés à mener des projets de prévention des risques chez la personne âgée en l'absence de ressources médicales disponibles à l'EHPAD

=> Liées à l'environnement de travail :
- Absence de médecin coordonnateur à l'EHPAD

=> Liées à l'organisation et au management : Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :
- Difficultés de recrutement d'un médecin coordonnateur
- Pénurie de spécialistes dont rhumatologues sur le territoire

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :
- Respect des bonnes pratiques de mobilisation du résident
- Respect des bonnes pratiques d'utilisation du verticalisateur
- Respect du projet d'accompagnement personnalisé du résident
- Politique de préservation de l'autonomie des résidents au sein de l'EHPAD

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

- Inscrire au plan de développement des formations pour l'équipe à l'utilisation des dispositifs de mobilisation des résidents
- Mettre à jour la politique de l'EHPAD sur la préservation de l'autonomie des résidents

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'évènement est inattendu, lié à son accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et il y a un risque de déficit fonctionnel permanent pour ce résident.

Décès d'une résidente dans les suites d'une chute

N°14

Secteur : Médico-social EHPAD

Spécialité : Gériatrie

Gravité déclarée : Décès

Classification après analyse : ○ EIAS ☑ EIGS ○ Aléa ○ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne une résidente de plus de 80 ans, connue pour être chuteuse avec pour antécédent une maladie de Parkinson traitée et une hypertension artérielle (HTA).
Le jour de l'évènement, la résidente chute avec une douleur à la hanche gauche, elle est prise en charge immédiatement par les soignants de l'EHPAD. Un appel est passé au 15 qui décide un transfert aux services des urgences le plus proche. Elle est transférée le jour-même en service de chirurgie pour une prise en charge chirurgicale d'une fracture du col du fémur.
Au décours de son hospitalisation, la résidente présente un AVC ischémique. Elle décède en unité de surveillance continue 7 jours après sa chute à l'EHPAD.

Cause(s) immédiate(s) :

Dispositif de prévention et de prise en charge des chutes insuffisant dans le cadre de l'accompagnement de cette résidente

Causes profondes

=> Liées au patient :

- État de santé : résidente de plus de 80 ans avec une maladie de Parkinson connue pour des chutes à répétition, qui a perdu son mari il y a un mois et qui présentait un syndrome de glissement (elle restait dans sa chambre, mangeait moins, avait besoin d'être stimulée). Elle portait des chaussons anti-chute, utilisait le déambulateur pour des longues distances mais pas dans la chambre.

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : méconnaissance de la procédure de prévention des chutes réactualisée et diffusion d'affiches dans le logiciel de gestion documentaire. Pas de protocole de relevé après une chute, protocole de conduite à tenir en cas de chute non disponible dans la gestion documentaire : mise à jour de la procédure non réalisée. Personnel non formé à l'utilisation du matériel pour relever après une chute. Pas d'évaluation du risque de chute à l'entrée.

> Liées aux professionnels impliqués :

- Autre : décision de mise en place de contention en équipe pluridisciplinaire proposée au médecin traitant : procédure de réévaluation des contentions écrite en 2023 mais non diffusée et non connue par les soignants : réévaluation réalisée mais pas tracée, pas de fréquence de réévaluation déterminée. Médecin traitant pas favorable à la mise en place de contentions.

=> Liées à l'équipe : Aucune

=> Liées à l'environnement de travail :

- Fournitures ou équipements : commande de chaussons anti-chute complexe. Pas de dispositif d'éclairage des chambres de type veilleuse. Pas de mise en place de bracelet détecteur de chutes.

=> Liées à l'organisation et au management :

- Gestion des ressources humaines : présence marginale d'ergothérapeute sur l'EHPAD (0,5j/15j). Création d'un groupe chute en 2017 mais non actif. Méconnaissance du livret de prévention des chutes à l'intention des patients et des familles diffusé en avril 2024.

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé publique régionale : turn over important au niveau de l'encadrement et du personnel : 1 médecin coordonnateur pour 2 EHPAD (240 lits) et médecins traitants peu disponibles.

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de sécurité qui a fonctionné :

- Prévention : appel au 15 et transfert aux urgences suite à la première chute.

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

- Prévention : présence de matériel pour relever le résident mais non connu par les équipes.

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

- Réaliser systématiquement une évaluation du risque de chute à l'entrée d'un résident et le réévaluer à chaque changement de l'état de santé
- Sensibiliser les professionnels sur la procédure institutionnelle de prévention des chutes
- Adapter la procédure pour le relevé des chutes déjà existante en SSIAD à l'EHPAD
- Mettre à jour la procédure de conduite à tenir en cas de chute, y préciser le type de chutes devant faire l'objet d'un signalement puis publication dans la GED
- Organiser des sessions de formation du personnel par le prestataire au matériel de relevé de chute disponible à l'EHPAD
- Reprendre la procédure de contention en EHPAD écrite en 2023 pour validation et diffusion
- Simplifier le circuit interne des commandes de chaussons anti-chute
- Réfléchir à la mise en place de veilleuses et de bracelets détecteurs de chutes.
- Nommer des référents qualité et sensibiliser à l'utilisation de la GED

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car des dysfonctionnements ont été identifiés au cours de l'analyse de causes profondes. De plus, la résidente est décédée dans les suites de sa chute, ce qui correspond au critère de gravité du décret du 25 novembre 2016.

Fausse route d'une résidente ayant entrainé son décès

N°15

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Décès

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Une résidente atteinte de la maladie de Parkinson avec des troubles de la déglutition ayant déjà entrainé des hospitalisations et un suivi neurologique a fait une fausse route au déjeuner en salle à manger. Elle mangeait un repas en texture hachée cependant la viande avait été hachée de manière inhabituelle par le commis.
La résidente arrivait à parler et le réflexe de toux avec expectoration était conservé.
L'infirmière a prévenu le médecin traitant sans prendre les constantes. Son médecin traitant l'a auscultée vers 15h et lui a prescrit des antibiotiques (foyer infectieux et crépitements évoqués oralement) à débuter au repas du soir. Le traitement devant être livré le lendemain, l'IDE a pris le traitement dans la dotation.
Le fils de la résidente était présent à 16h et a constaté que sa maman toussait beaucoup ce que lui a confirmé la résidente en précisant que c'était depuis le repas de midi. Il lui a donné un verre d'eau et en a averti l'aide-soignante en précisant qu'il ne la trouvait pas en forme.
L'AS a prévenu l'infirmière qui a commandé un repas mixé et de l'eau gélifiée pour le repas du soir.
Elle passe voir la résidente à 18h qui refuse son repas. Elle lui prend ses constantes et constate qu'elle désature. Elle met en place de l'oxygène 4l à l'aide d'un concentrateur dans l'attente d'un avis médical. La résidente désature davantage à la mise en place de l'oxygène, l'IDE débute alors un massage cardiaque. Dans le même temps l'équipe prévient le SAMU et les pompiers qui se sont déplacés. Le médecin du SAMU décide d'arrêter la réanimation et prononce le décès à 19h.

Cause(s) immédiate(s) :

Retard de prise en charge d'une fausse route

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Antécédents, état de santé : Maladie de Parkinson, co-morbide, troubles de la mémoire

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocoles : non utilisation de protocoles existants concernant la prise en charge des fausses routes et la réanimation
- Définition des tâches : réalisation de tâches inhabituelles pour le commis en l'absence de cuisinier et de chef (la viande n'a pas été hachée comme prévu)

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Qualifications et compétences : le commis de cuisine n'avait pas suffisamment de connaissances théoriques et d'entraînement pour hacher la viande selon la texture recommandée
- Facteurs de stress : arrivée récente du commis dans l'établissement

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre les professionnels : difficultés de communication entre les professionnels, communication imprécise, manque de cohésion.

=> Liées à l'environnement de travail :

- Fournitures et équipements : machine pour hacher la viande disponible mais non utilisable par du personnel non qualifié.
- Effectifs : effectif inférieur au seuil minimum dû à l'absence des cuisiniers remplacés par des commis.

=> Liées à l'organisation et au management :

- Structure hiérarchique : changement récent d'organisation interne (adaptation du menu en absence de cuisinier), degré d'autonomie insuffisant des acteurs de terrain.

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune

Analyse des barrières de sécurité

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

- Barrière de prévention : CLAN, mise à jour des textures dans le dossier du résident informatisé, commission nutrition mensuelle
- Barrière de récupération : auscultation par le médecin traitant
- Barrière d'atténuation : intervention du SMUR

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

- Organiser le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition)
- Organiser des commissions nutrition
- Recruter des cuisiniers
- Arrêter l'utilisation du mode dégradé pour la cuisine
- Réévaluer les protocoles existants avec les équipes afin d'obtenir leur adhésion
- Sensibiliser ou former les équipes sur la traçabilité dans le dossier de soins informatisé, les urgences vitales (fiche réflexe), et pour la cuisine formation sur les textures des différents régimes

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car des dysfonctionnements au niveau de la prise en charge de cette résidente ont été identifiés au cours de l'analyse de causes profondes et l'évènement a pour conséquence le décès de la résidente.

Décès inattendu d'un résident quelques jours après son transfert

N°16

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Décès

Classification après analyse : ◯ EIAS ☑ EIGS ◯ Aléa ◯ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Une demande d'admission en EHPAD a été effectuée pour un patient opéré d'une prothèse de hanche dans les suites d'une chute. Des troubles cognitifs associés ne permettent pas son maintien à domicile.
La demande a été validée mais la date d'admission doit être reconfirmée.
Le lendemain de cette validation provisoire, le patient se présente à l'accueil dans la matinée accompagné par des ambulanciers sans appel préalable du service adresseur.
Le dossier de transfert ne contient pas d'ordonnance concernant le traitement habituel du patient, il contient uniquement l'ordonnance d'un urologue et un sachet de médicaments.
L'établissement s'organise pour accueillir le patient, son installation et son entretien d'accueil ont lieu en milieu d'après-midi. Auparavant, lors du repas de midi, le médecin coordonnateur a eu un échange verbal avec le résident qui n'a pas exprimé de plainte.
Le médecin coordonnateur a appelé le service adresseur (IDE et interne du service) afin de récupérer l'ordonnance et le courrier de sortie. Une ordonnance sera faxée.
La dite ordonnance ne sera finalement jamais reçue. Aucune relance n'a été faite pour récupérer les informations pendant 6 jours. Finalement une infirmière titulaire va obtenir le nom du médecin traitant du patient par son ex-compagne. Ce médecin ne suivait pas le patient mais réalisait de manière périodique un renouvellement d'ordonnance. Le médecin ne se déplace pas en EHPAD mais la secrétaire faxe la dernière ordonnance. A réception, l'IDE réalise une télé-expertise auprès d'un gériatre pour obtenir une nouvelle ordonnance et la faxe à la pharmacie.
Le soir-même, le résident présente des vomissements, L'IDE lui administre un comprimé d'anti-émétique. Il mange peu au repas du soir, il a également eu des diarrhées dans la journée. La veilleuse de nuit transmet que le résident a présenté des vomissements et des diarrhées en début de nuit mais rien depuis.
Lors de sa surveillance du matin, l'IDE ne constate pas de vomissement ni de diarrhée. En milieu de matinée, le résident est retrouvé au sol et nu par une AS. Il a uriné au sol mais ne présente pas de plaie ni d'hématome. Il est recouché et habillé chaudement car il a froid, ses paramètres sont stables. Il refuse le repas de midi. Il est revu par l'IDE à 13h qui appelle le médecin coordonnateur.
Le médecin demande un bilan sanguin à faire dans la journée. Le résident est retrouvé décédé à 13h45 par l'aide-soignante. L'IDE prévient le médecin coordonnateur.

Cause(s) immédiate(s) :

Absence d'appel au médecin coordonnateur ou au médecin régulateur devant les signes présentés par le résident

N°16

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Antécédents, état de santé : Résident isolé, rupture familiale avec ses enfants, facteurs de comorbidité, troubles de la mémoire.

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocoles : procédure d'admission incomplète, absence de réanimation.
- Aide à la décision : défaut d'évaluation clinique du résident avec appel tardif au médecin.

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe :
- Communication entre professionnels : personnel CDD pendant 6 jours, pas de transmission concernant l'ordonnance non récupérée.

=> 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 :
- Aucune barrière n'a été identifiée au cours de cette analyse

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

- Mettre à jour la procédure d'admission : détailler le point sur une admission non attendue, une admission ne disposant pas de tous les éléments nécessaires pour le bon suivi du résident
- Programmer une téléconsultation dès l'admission lorsque le résident admis n'a pas de médecin traitant
- Poursuivre les formations AFGSU
- Compléter la procédure d'appel au centre 15

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car des dysfonctionnements au niveau de la prise en charge de cette résidente ont été identifiés au cours de l'analyse de causes profondes et l'évènement a pour conséquence le décès du résident

Défenestration d'un résident suite à une crise hallucinatoire

N°17

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Décès

Classification après analyse : ○ EIAS ○ EIGS ☑ Aléa ○ Fiche RETEX

Résumé de la chronologie des faits

Un résident âgé de près de 90 ans est pris en charge depuis 15 jours à l'EHPAD pour un séjour temporaire de répit de l'aidant avec risque hétéro-agressif à domicile.

Dans ses antécédents, on note une maladie de Parkinson traitée par Modopar, 3 hospitalisations depuis 2023 pour troubles cognitifs dont l'étiologie n'est pas retrouvée. Le séjour en EHPAD fait suite à une de ces hospitalisations.

Un projet personnalisé (PP) est mis en oeuvre pour ce résident.

L'évènement se déroule lors d'un week-end au retour d'une permission de quelques heures dans sa famille. Celui-ci a pris seul à son domicile son traitement anti-parkinsonien selon ses dires car il avait oublié de prendre le traitement préparé par l'IDE avant son départ. Dans les heures suivant son retour, le résident est cohérent et calme, il prend son repas et ses médicaments comme à l'accoutumée. A 22h, au passage de l'AS de nuit, le résident est debout et communique de façon cohérente. A 04h30, le résident est retrouvé au sol par l'AS, il s'est défenestré. Il est conscient mais très agité. L'AS appelle les pompiers, le résident présente de multiples plaies visibles à la tête, aux coudes, aux jambes. La liaison est faite avec les services de gendarmerie et le SMUR. Le résident est transféré aux urgences par le SMUR. Les examens médicaux réalisés ont décelés un traumatisme crânien avec une hémorragie intracrânienne ainsi que de multiples fractures. Le résident décède deux jours après son transfert.

La famille est informée ; le fils rapporte plus tard qu'il avait décelé chez lui des signes de crise hallucinatoire mais qu'il n'a pas eu le temps d'en prévenir l'équipe.

L'analyse des causes profondes menée a démontré l'absence de dysfonctionnement dans la prise en charge du résident, l'équipe n'avait pas l'ensemble des informations à sa disposition pour lui permettre d'empêcher la survenue de cet évènement.

Cause(s) immédiate(s) :

Crise hallucinatoire en cours de constitution probablement liée à une aggravation de la maladie de Parkinson du résident

Causes profondes

=> Liées au patient :
Antécédents, mode de vie : Résident autonome pour les actes de la vie quotidienne, sorties autorisées.

- État de santé : maladie de Parkinson avec troubles cognitifs en cours de diagnostic, crises hallucinatoires ponctuelles dont l'information n'est pas à disposition de l'équipe de l'EHPAD lors de l'établissement du plan d'accompagnement personnalisé
- Traitements : traitement par Modopar présent au domicile du résident, présence de médicaments du domicile du patient retrouvés dans les poches du résident découvert par le fils lors de la sortie de son père mais non transmis à l'équipe de l'EHPAD.
- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : séjour temporaire de répit pour l'aidant, en discussion pour une admission définitive, bien vécue par le résident. Risque suicidaire évalué et absent.
- Relations conflictuelles : risque hétéro-agressif identifié mais aucune difficulté rencontrée lors du séjour du résident.

=> 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 :

- Barrière de prévention : évaluation et ajustement du PP en regard des différents risques (suicidaire, déambulation et agitation, agressivité).
- Barrières de récupération :

> PP du résident en faveur de son autonomie : choix d'une chambre à l'étage sans sécurisation des ouvertures
> limitation du risque de surdosage du médicament mais prise médicamenteuse à domicile non-tracée
> effectifs de nuit : pas d'IDE, AS expérimentées de la structure

=> Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

- Barrière d'atténuation : gestion de l'urgence vitale

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

- Revoir avec les résidents et leur famille la présence des médicaments à domicile : à ajouter dans la check-list d'admission des résidents
- Resensibiliser à l'évaluation des besoins et des risques chez les résidents en lien avec les familles, notamment lors de l'attribution d'une chambre avec balcon
- Revoir le plan de soins lors d'une admission pour séjour temporaire

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

Il ne s'agit pas d'un EIGS au sens de la définition du décret du 25 novembre 2016. En effet, aucun dysfonctionnement dans la prise en charge de ce résident n'a été retrouvé lors de l'analyse des causes profondes. L'évènement peut donc être qualifié d'aléa thérapeutique.



PARTIE 3

ENSEIGNEMENTS DU BILAN DE CES ACCOMPAGNEMENTS

AU NIVEAU NATIONAL :

- Alimentation de la feuille de route nationale de la sécurité des patients et des résidents 2023-2025 au travers des groupes de travail nationaux HAS / ARS / DGOS / FORAP,
- Participation du médecin coordonnateur de la SRA Grand Est au groupe national d'experts sur les EIGS nationaux,
- Co-pilotage du groupe de travail national FORAP sur les EIGS,
- 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.
- 3ème édition du Challenge "Ensemble agissons pour la sécurité des patients et des personnes accompagnées"

AU NIVEAU RÉGIONAL :

- **Actions réalisées en 2024 :**

> Webinaire de présentation du kit EIGS selon les différents secteurs de soins de la SRA Grand Est
> Webinaire de présentation de la carte mentale en identitovigilance
> Semaine de Sécurité des Patients SRA Grand Est « 1 jour, 1 action »
> Participation à la Journée Régionale Qualité et Sécurité des Soins de l'ARS Grand Est et participation au jury du concours de la Semaine de Sécurité des Patients
> Campagnes inter-régionales et régionales « Choisir avec soins » et « Regards croisés sur la bien traitance »

- **Nouvelles ressources partagées en lien avec les EIGS :**

> Bilan EIGS 2023 en capsule vidéo
> Vade-mecum 2023 des accompagnements
> Mise à jour complète du Kit EIGS
> Tome 4 de la BD sur les EIGS « Les signalements en structure médico-sociales »
> 5 fiches régionales de retour d'expérience (Fiches RETEX), dont 1 en facilitation graphique
> Carte mentale en identitovigilance

- **Travaux des groupes régionaux sur les EIGS :**

> Sanitaire et médico-social : travaux sur les barrières de sécurité en identitovigilance avec la création d'une carte mentale dédiée aux barrières de sécurité en identitovigilance du parcours patient
> Soins de ville : outil de sensibilisation des professionnels libéraux aux EIGS et choix d'une méthode d'analyse adaptée aux soins de ville

- **Actions de formation en région en lien avec les EIGS :**

> 12 sessions de formation à la déclaration des EIGS
> 13 sessions de formation à la démarche de retour d'expérience et aux méthodes d'analyse systémique des EIAS
> 3 sessions de formation sur la Culture de sécurité et l'amélioration continue
> 2 sessions de formation sur l'Annonce d'un dommage associé aux soins
> 2 sessions de formation sur la fonction de Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins



GLOSSAIRE

A

ALARM = Association of Litigation And Risk Management
ARS = Agence Régionale de Santé
AS = Aide Soignante
AVP = Accident de la voie publique

C

CAP = Centre Antipoison
CHPOT = Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissu)
CHU = Centre Hospitalier Universitaire
CLAN = Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CME = Commission médicale d'établissement
CMP = Centre médico-psychologique
CODIR = Comité de Direction
CRASEI = Commission Régionale d'Analyse et de Suivi des EIGS
CRLCC = Centre Régional de Lutte Contre le Cancer

D

DPI = Dossier patient informatisé

E

ECBU = Examen cytobactériologique des urines
EIAS = Evènement Indésirable Associé aux Soins
EIGS = Evènement Indésirable Grave Associé aux Soins
ESI = Etudiante en soins infirmiers

F

FORAP = Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé
FTSO = France Transport Sang et Organe

H

HAD = Hospitalisation à domicile
HAS = Haute Autorité de Santé
HTA = Hypertension artérielle

I

IDE = Infirmier-ère Diplômé-e d'Etat
IDEC = Infirmier-ère Diplômé-e d'Etat coordonnateur-trice
IMV = Intoxication Médicamenteuse Volontaire

M

MAP = Machine à Perfuser le greffon
MAR = Médecin Anesthésiste-Réanimateur
MAS = Maison d'Accueil Spécialisée
MOA = Médecin d'orientation et d'accueil

P

PNRG = Pôle National de Répartition des Greffons
PNSP = Programmes Nationaux pour la Sécurité des Patients
PM = Prescription médicale
PP = Projet personnalisé
PSE = Pousse-seringue électrique

R

RETEX = Retour d'expérience
RREVA = Réseau Régional des Vigilances et d'Appui

S

SAMU = Service d'Aide Médicale d'Urgence
SHA = Solution hydroalcoolique
SMR = Soins Médicaux et de Réadaptation
SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SRA = Structure Régionale d'Appui
SRVA = Structures Régionales de Vigilance et d'Appui

U

UHCD =Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Structure Régionale d'Appui
Grand Est

03 83 40 95 11
contact@sragrandest.org
www.sragrandest.org

Structure Régionale d'Appui
Grand Est