

VADE-MECUM 2025 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

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

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

113 **Glossaire**

PRÉFACE

Le parachutisme n'est pas seulement un sport. C'est une école de lucidité, d'humilité et de responsabilité. Chaque saut engage le corps, mais surtout l'esprit. Chaque ouverture de voile est un dialogue entre l'homme et ses limites.

Après plus de 20 000 sauts, dans des conditions parmi les plus extrêmes de notre planète, des pôles à l'Everest, une certitude s'impose : ce ne sont pas les succès qui construisent un parachutiste, mais sa capacité à comprendre ses erreurs.

Ce vade-mecum s'inscrit dans une démarche simple et exigeante :
Reconnaître – Comprendre – Agir – Transmettre

1. Reconnaître ses erreurs : le courage de la vérité
Dans l'air, il n'y a pas de place pour le déni. Chaque erreur, même minime, peut avoir des conséquences irréversibles.
Reconnaître une erreur, c'est :
Accepter sa responsabilité sans détour ;
Refuser les excuses faciles (météo, matériel, fatigue) :
Considérer chaque incident comme un signal, jamais comme une fatalité.
Le parachutiste lucide ne cherche pas à se justifier, mais à progresser.

2. Comprendre ses erreurs : l'intelligence de l'expérience
L'expérience ne vaut que si elle est analysée. C'est tout le sens du RETEX (Retour d'Expérience).
Comprendre, c'est :
Analyser les facteurs humains (stress, précipitation, excès de confiance) ;
Identifier les failles techniques ou organisationnelles ;
Replacer chaque erreur dans son contexte global.
Comme l'ont démontré des figures universelles de paix et de résilience telles que Nelson Mandela ou Kofi Annan, la compréhension profonde des échecs est le socle des grandes réussites humaines.

3. Agir pour y remédier : la discipline du progrès
Comprendre ne suffit pas. Il faut corriger.
Agir, c'est :
Adapter ses procédures ;
Renforcer son entraînement psychophysiologique ;
Intégrer des protocoles de sécurité toujours plus exigeants ;
Repousser ses limites sans jamais franchir celle de l'inconscience.
Dans les environnements extrêmes – grand froid, haute altitude, isolement – seule la rigueur permet la survie.

4. Transmettre : le devoir du parachutiste
Un savoir non partagé est un savoir perdu.
Transmettre, c'est :
Former les nouvelles générations ;
Diffuser les retours d'expérience sans filtre ;
Contribuer à l'évolution des pratiques ;
Inscrire chaque action dans une dimension collective et humaniste.

C'est dans cet esprit que mes engagements, notamment auprès de l'UNESCO et de l'Organisation des Nations Unies, ont toujours visé à faire du parachutisme un vecteur de paix, de solidarité et de dépassement de soi.

Conclusion : Sauter pour élever, non pour dominer
Le parachutiste n'est pas un conquérant des airs. Il est un artisan de l'équilibre entre maîtrise technique et élévation morale.
Être un « para » humaniste, c'est :
Repousser ses limites pour mieux servir les autres ;
Transformer le risque en connaissance ;
Faire de chaque saut un acte de responsabilité et de paix ;
Car au-delà de la performance, une seule finalité demeure : mettre l'expérience au service de la vie.

Cette approche trouve un écho direct dans les démarches d'analyse des évènements indésirables associés aux soins en santé, qui visent à comprendre les situations à risque non pour désigner des fautes, mais pour apprendre collectivement, renforcer les pratiques et prévenir la répétition des évènements. C'est dans cette même logique de retour d'expérience, de culture de sécurité et de progrès partagé que s'inscrit la publication du présent vade-mecum de la SRA Grand Est.

Mario GERVASI
Ambassadeur de la Paix auprès de l'ONU, l'UNESCO et du CIO
Parachutiste humaniste, chevalier de la légion d'honneur



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.

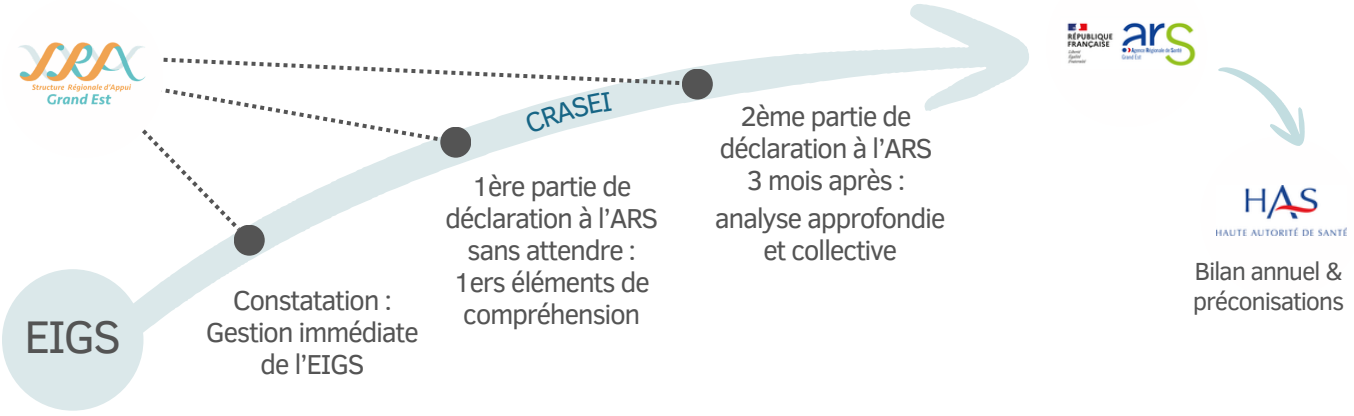
L'actuelle feuille de route nationale 2023-2025 « Améliorer la sécurité des patients et des résidents » du ministère de la Santé et de la Prévention [3]**, suite des précédents Programmes Nationaux pour la Sécurité des Patients (PNSP), découle notamment de ces signalements issus du terrain.**

[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

** A quitté l'équipe fin 2025.*



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 ?



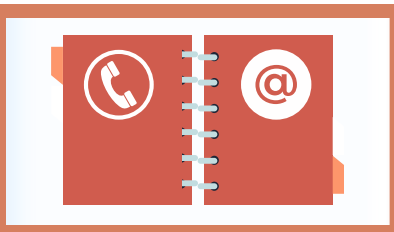
SRA Grand Est
Siège à Vandoeuvre-lès-Nancy
03 83 40 85 11
contact@sragrandest.org

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 2025

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.

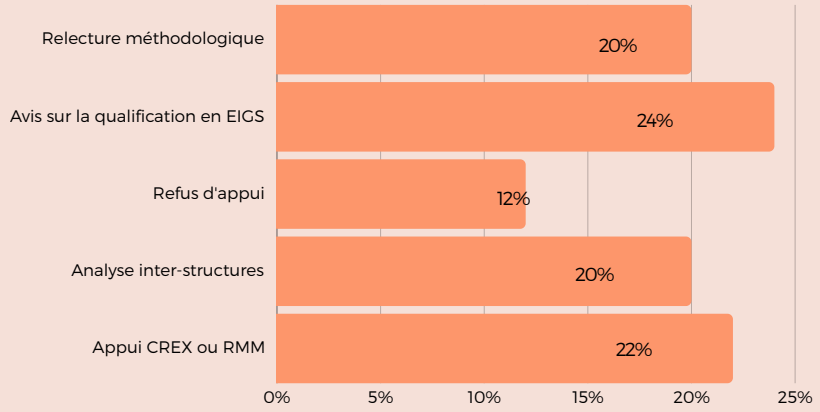


Nous attirons votre attention sur le fait que ces analyses appartiennent aux établissements. Elles ont été réalisées en lien avec le contexte interne de la structure et dans des circonstances propres.

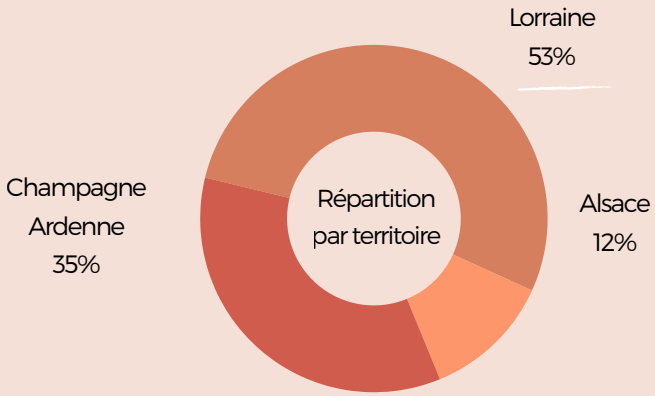
[1]Haute Autorité de Santé. L'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021.

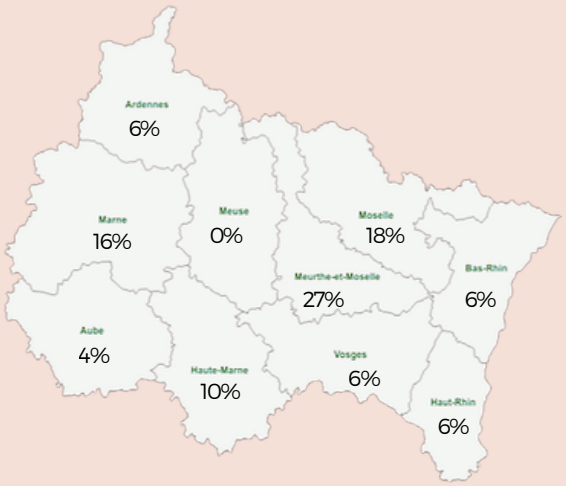
[2] Haute Autorité de Santé. Comprendre les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs

Type d'accompagnement EIGS effectué par la SRA :

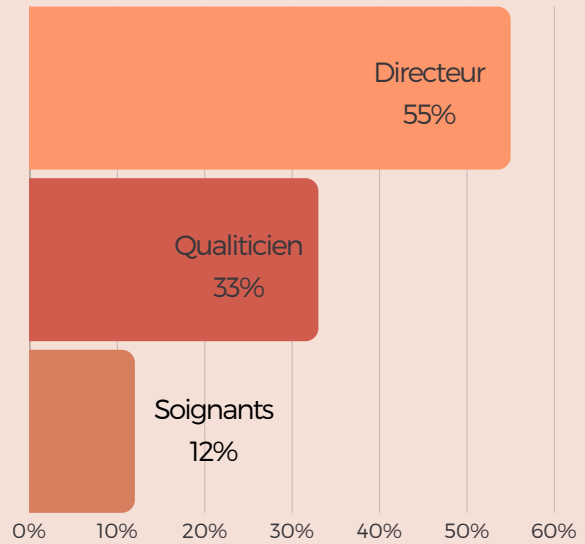


Territoire d'origine des EIGS accompagnés :





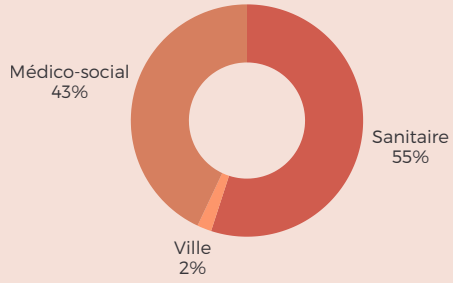
Professionnel déclarant :



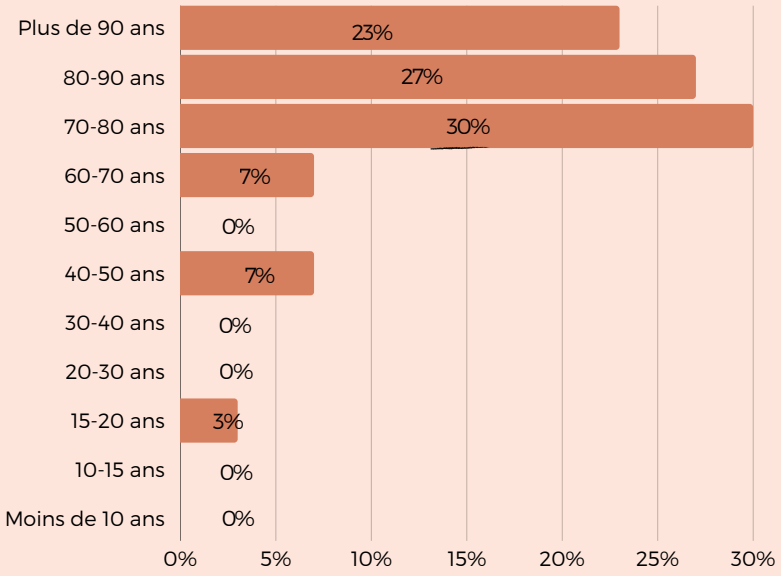
Statut de l'établissement :

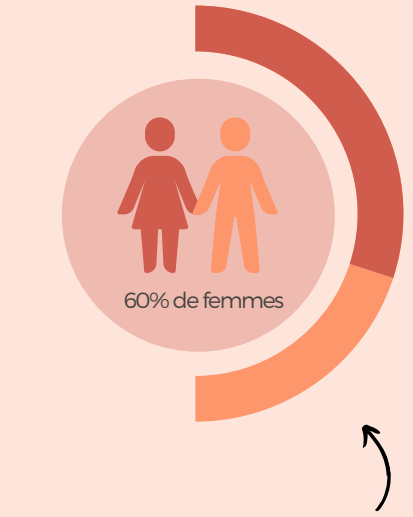


Secteur d'activité :



Public concerné :





Plusieurs patients concernés = 3%

Conséquence pour le patient :



Nature HAS de l'EI	%
Chute du patient	17%
Contention physique mal maîtrisée	3%
Défaillance des soins	7%
Défaut de coordination d'équipe	13%
Défaut de diagnostic / Retard de prise en charge	23%
Défaut de surveillance	3%
Erreur médicamenteuse	20%
Problème sur un geste opératoire ou technique	3%
Suicide du patient	3%
Non classé	7%

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 2025

A Signalements du secteur sanitaire

Épidémie de gastro-entérite aigüe en SMR N°1

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Soins médicaux et de réadaptation

Gravité déclarée : Aucune

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

Résumé de la chronologie des faits

Une nuit estivale, des patients sont venus en salle de soins pour se plaindre de symptômes digestifs auprès des infirmiers : selles liquides et douleurs abdominales. Le lendemain, lors de la réunion générale avec les patients, une sensibilisation aux symptômes de gastro-entérite a été réalisée et l'ensemble des patients ont été sensibilisés aux précautions complémentaires (hygiène des mains, ne pas se passer ni échanger d'objet).

D'autres cas se sont déclarés dans les journées suivantes, tant au sein des professionnels que des patients. De nouveaux cas sont apparus jusqu'à 7 jours plus tard.

Après enquête, il est mis en évidence que toutes les personnes touchées ont pris un repas en commun. Une information a donc été remontée à l'ARS Grand Est. L'enquête se poursuit avec des prélèvements biologiques sur les repas témoins, sur le réseau d'eau, ainsi que des coprocultures et des tests antigéniques COVID. Au vu des résultats bactériologiques tous négatifs et de la courbe épidémiologique, il est conclu qu'il s'agit d'une épidémie de gastro-entérite aigüe.

Cause(s) immédiate(s) :

Épidémie de gastro-entérite aigüe en SMR

Causes profondes

=> Liées au patient : aucune

=> 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

N°1

Analyse des barrières de sécurité

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

- Sensibilisation aux symptômes de gastro-entérite et aux précautions complémentaires

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Appel à l'ARS pour accompagner la gestion de l'épidémie

Actions de gestion de l'épidémie

- Rappels patients et professionnels des précautions standard et complémentaires
- Information à l'ARS et réalisation d'un tableau de suivi quotidien des cas
- Augmentation de la dotation de linge et d'équipements de désinfection
- Conservation et analyse des échantillons alimentaires incriminés
- Prescription et réalisation de coprocultures et de tests antigéniques COVID
- Mise en place d'un menu adapté à la situation avec le service de restauration
- Information en continu des familles

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

Il ne s'agit pas d'un évènement indésirable grave associé aux soins car aucune conséquence grave selon les termes du décret (décès, mise en jeu du pronostic vital ou risque de déficit fonctionnel permanent) n'est à déplorer pour cet évènement. Il s'agit donc d'une infection associée aux soins pouvant être traitée comme un EIAS.

Décès dans les suites d'une chute en séance d'ergothérapie en SMR

N°2

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Soins médicaux et de réadaptation

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente âgée est prise en charge en rééducation dans un contexte de reprise chirurgicale pour infection du site opératoire d'une ostéosynthèse de fracture de la palette humérale gauche liée à une chute. La reprise chirurgicale a consisté en un lavage articulaire gauche avec résection large du coude gauche, pose d'un fixateur externe et d'une orthèse thermoformée et lavage articulaire de l'épaule droite.

La patiente est fragile et dénutrie à son arrivée au SMR, son antibiothérapie provoquant des troubles digestifs. Une prise en charge diététique est initiée. Ses 2 membres supérieurs sont immobilisés, les objectifs de rééducation sont la verticalisation et le travail de l'équilibre statique et dynamique. Durant 2 mois, la rééducation se passe sans difficulté particulière avec évolution des objectifs en lien avec les progrès de la patiente et la sécurisation de sa prise en charge en fonction des épisodes cliniques intercurrents.

Un matin, la patiente est installée en ergothérapie avec son fauteuil roulant derrière elle, freins mis, et devant elle une table remontée à hauteur, pour permettre la pose de ses membres supérieurs en appui. Il s'agit d'un exercice déjà réalisé, deux autres patients sont présents en salle. L'interrogatoire réalisé avant la mise en place de l'exercice n'a pas décelé de signe d'alerte : la patiente se sent bien, a bien dormi et ne présente pas de douleur. L'ergothérapeute l'aide à se mettre debout en sécurité, le bras gauche en appui sur la table, avec un travail du bras droit en actif aidé. La patiente travaille son endurance debout, elle se sent bien. Il n'y a pas de vigilance particulière par rapport aux précédentes prises en charge, la patiente est stable, cohérente, orientée et ne présente pas de déséquilibre, jusqu'à ce qu'elle chute brutalement sans prodrome.

L'agent d'accompagnement présent dans la salle appelle le médecin via le numéro d'urgence pendant que l'ergothérapeute prend en charge la patiente qui est inconsciente. Le médecin répond à l'appel et arrive en quelques minutes. Après examen médical, la patiente est relevée par brancard-cuillère et emmenée dans sa chambre en brancard. Un ECG est réalisé, la patiente reprend connaissance et se plaint de douleur à l'épaule droite.

Le SAMU-Centre 15 est sollicité pour un transfert aux urgences. Aux urgences le bilan radiologique met en évidence une fracture humérale droite et une hémorragie sous-arachnoïdienne. Le fils de la patiente est informé de la chute et de ses circonstances, ainsi que des résultats radiologiques. La patiente décèdera dans les suites de sa prise en charge hospitalière.

N°2

Cause(s) immédiate(s) :

Probable accident vasculaire cérébral hémorragique.

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Hypertension sévère
- Limitation fonctionnelle des 2 membres supérieurs
- Sepsis contrôlé après arrêt de l'antibiothérapie et amélioration de la dénutrition,
- Dépendance pour les transferts, marche possible sur quelques mètres avec aide humaine, équilibre debout correct, travail de l'équilibre debout statique en séance d'ergothérapie

=> 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

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

- Présence de 2 professionnels dans la salle de rééducation

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

- Installation de la patiente debout devant un fauteuil roulant bloqué par des freins et derrière une table de rééducation mise à hauteur et freins mis efficaces

=> Barrière de d'atténuation qui a fonctionné :

- Alerte immédiate lors de la survenue de l'évènement

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

- Proposition de soutien psychologique aux agents concernés par la situation
- Sensibilisation de tout le personnel à la traçabilité des évènements indésirables
- Rappel de l'importance de réunion d'équipe régulière
- Rappel de la traçabilité des prises en charge
- Retour d'information à la famille

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

Il ne s'agit pas d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est certes inattendu, mais lié à une dégradation clinique brutale et imprévisible de la patiente (probable AVC). Lors de la séance d'ergothérapie, l'ensemble des mesures de sécurisation a été pris pour prévenir au maximum le risque de chute, il est donc possible de conclure à un aléa après analyse.

Défaut d'application des recommandations d'hygiène ayant entraîné une infection du site opératoire sur une chambre implantable

N°3

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Bloc opératoire

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente est hospitalisée en médecine pour réalisation d'une transfusion dans le cadre d'une anémie de Biermer. Devant le capital veineux précaire de la patiente, une pose de chambre implantable est demandée au chirurgien en vue de la prochaine transfusion.

Quatre jours plus tard, la patiente est hospitalisée en service de chirurgie pour cette pose de chambre implantable programmée le lendemain. Son retour à domicile est autorisé à J1 postopératoire avec prise en charge à domicile par une infirmière libérale.

Une semaine plus tard, la patiente revient en hospitalisation en médecine à la demande de son médecin traitant pour une transfusion de 2 culots globulaires et une cure de Veinofer. Au moment de l'administration, l'infirmier note la présence de pus au niveau de la cicatrice et suspecte une infection probable de la chambre implantable. La patiente est gardée en hospitalisation et un avis chirurgical est demandé. Le lendemain, elle est prise en charge au bloc opératoire pour nettoyage et repositionnement de la chambre implantable, ainsi qu'un parage des tissus et réalisation de prélèvements peropératoires. Des d'hémocultures différentielles sont réalisées le lendemain sous antibiothérapie.

Quatre jours après l'intervention, les résultats des prélèvements réalisés en peropératoire sont positifs à *Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus capitis, et Clostridium perfringens*. Trois jours plus tard, l'antibiothérapie est arrêtée car les hémocultures périphériques sont stériles et la patiente ne présente aucun signe de sepsis. Une transfusion est réalisée une semaine après l'intervention sur une voie veineuse périphérique. La patiente rentre à domicile à J9 post-opératoire.

La patiente revient en hospitalisation pour son anémie de Biermer 12 jours après sa sortie. La cicatrice de sa chambre implantable est propre et les hémocultures réalisées sont stériles. La transfusion est réalisée sans difficulté sur sa chambre implantable. Une seconde transfusion sera réalisée dans les mêmes conditions deux semaines plus tard.

Une semaine après sa dernière transfusion, la patiente est admise aux urgences pour chute avec rhabdomyolyse, hyperthermie et pneumopathie à germe atypique. L'ablation de sa chambre implantable est programmée 2 jours après son admission devant des hémocultures positives à *Staphylococcus simulans, Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline et *Clostridium perfringens* sur de la chambre implantable et en périphérie. Ce nouvel épisode infectieux se soldera par une endocardite et un choc septique à *Staphylococcus aureus* et *Clostridium perfringens* conduisant au décès de la patiente.

N°3

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut d'application des recommandations d'hygiène au bloc opératoire

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Maladie de Biermer sur syndrome myélodysplasique nécessitant des transfusions itératives, difficilement piquable

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Recommandations de prise en charge d'une infection de chambre implantable de 2020 non appliquées
- Pas de traçabilité du service / prescripteur sur les bons de demande d'analyse biologique
- Pas de traçabilité de la préparation cutanée
- Non respect des bonnes pratiques de tenue au bloc opératoire
- Échographe pas systématiquement nettoyé entre 2 patients
- Programmation des anesthésies locales en fin de plage opératoire et réalisation d'un abcès de la marge anale juste avant la reprise de la chambre implantable

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :

- Communication insuffisante entre médecins et chirurgiens : le résultat du pus prélevé en peropératoire n'a pas été communiqué au chirurgien
- Encadrement insuffisant au bloc opératoire

=> Liées à l'environnement de travail :

- Pas d'accès au logiciel métier du bloc pour la traçabilité du bionettoyage par les aides-soignantes
- Pas d'infectiologue dans l'établissement, plus de référent antibiotique, demande d'avis infectieux au CHU difficile à obtenir

=> Liées à l'organisation et au management :

- Culture du signalement insuffisante au bloc opératoire

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune

Analyse des barrières de sécurité

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

- Reprise de la patiente à J9 de la pose de la chambre implantable sans retrait du matériel

N°3

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

- Réaliser un audit sur la préparation cutanée en service et au bloc opératoire
- Sensibiliser à l'hygiène des mains au bloc opératoire avec utilisation de la boite à coucou
- Protocoliser le service / médecin à inscrire sur les bons de prélèvements microbiologiques réalisés au bloc opératoire
- Réaliser un audit des tenues au bloc opératoire
- Donner accès au logiciel métier du bloc pour les AS afin de réaliser la traçabilité de l'entretien des salles
- Mettre un cadre de santé à temps plein au bloc opératoire
- Utiliser les bonnes pratiques de prises en charge d'une chambre implantable infectée de 2021 de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF)
- Nommer un référent antibiotique et revoir les modalités de demande d'avis infectieux avec le CHU

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Au cours de l'analyse de cette infection du site opératoire, des dysfonctionnements ont été identifiés ayant pu directement concourir à la survenue de l'infection. L'évènement est donc bien lié aux soins et a eu pour conséquence le décès de la patiente.

Surdosage morphinique chez une patiente en soins palliatifs en HAD

N°4

Secteur :
Sanitaire

Spécialité :
Hospitalisation à domicile (HAD)

Gravité déclarée :
Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Un patient est admis en HAD pour mise en place de soins palliatifs devant un cancer avancé de la vessie. Il a un pansement pour abcès abdominal sous bi-antibiothérapie et présente des troubles de la déglutition et une somnolence habituelle. Il est sous morphine en PCA (patient controlled analgesia) pour la gestion de la douleur et sous alimentation parentérale.

En début d'après-midi, à l'admission du patient, le praticien de l'HAD réalise une nouvelle prescription avec une ordonnance sécurisée à partir de l'ordonnance du service adresseur. Les calculs de dose sont réalisés distinctement par 2 infirmiers comme le prévoit la procédure de l'HAD. Le matériel est installé chez le patient en soirée en présence du fils du patient, peu favorable à la mise en place de la morphine car son père n'est pas douloureux depuis 7h. L'infirmière constate effectivement une EVN à 0. À l'installation, elle se rend compte que la délivrance de morphine par la pharmacie a été réalisée pour 6 et non 7 jours. Elle prévient son infirmière coordinatrice d'astreinte à son domicile et elles réeffectuent à 2 les calculs de dose. Les calculs étant concordants, la poche est préparée avec la bonne concentration selon les calculs effectués. Des photos de la feuille de calcul et de l'écran du paramétrage de la PCA sont faites et envoyées à l'IDEC, qui valide la mise en route de la PCA. Les transmissions sont tracées sur le logiciel de l'HAD.

Le lendemain matin, une seconde infirmière passe pour les soins, le patient dort et ses constantes ne sont pas alarmantes. Elle réalise le relevé de la PCA sans vérification de la prescription, au regard de la feuille de calcul et de l'absence de bolus indiqué par la pompe. Après son passage, le fils donne de la soupe à son père et éteint la PCA devant l'apparition de vomissements. Il appelle ensuite l'HAD en début d'après-midi pour signaler que son père « fait des bruits bizarres en respirant ». Deux heures après son appel, une infirmière et le praticien de l'HAD se rendent au domicile du patient. Ils constatent les vomissements et l'arrêt de la PCA. Le patient est somnolent mais répond aux stimulis, ses constantes correctes et sans désaturation. L'alimentation parentérale est arrêtée, une aspiration trachéale est réalisée et une sonde nasogastrique est posée. Un diagnostic de pneumopathie d'inhalation bilatérale est suspecté. Le patient commence à désaturer et une oxygénothérapie est débutée, mais la saturation continue de chuter. La SAMU-Centre 15 est contacté en début de soirée mais le patient reste à domicile car les traitements nécessaires sont déjà en place.

N°4

L'HAD est appelé plusieurs fois dans la nuit par le fils du patient pour des désaturations, agitation et hypoglycémie. Un infirmier de l'HAD est présent au domicile du patient, en lien téléphonique avec le praticien de l'HAD pour stabiliser le patient au cours de la nuit. Au petit matin, selon les consignes du praticien de l'HAD, une nouvelle infirmière se déplace, remet l'alimentation parentérale en route et administre un soluté glucosé qui n'était pas disponible durant la nuit. Elle constate à cet instant que la poche de morphine posée pour 6 jours est entièrement vide et est donc passée en 2 jours. La pompe est arrêtée. Après appel du centre antipoison, une surveillance simple est préconisée, l'administration de l'antidote étant à ce stade trop tardive.

En début d'après-midi, le praticien de l'HAD se déplace pour réévaluer cliniquement le patient. Il est éveillé, hémodynamiquement stable et l'auscultation pulmonaire est en nette amélioration. L'oxygénothérapie est poursuivie avec introduction d'une antibiothérapie à visée pulmonaire. La famille est informée de l'éventualité d'une erreur de dosage morphinique.

Dans les deux jours suivants, le patient présentera à nouveau des épisodes d'hyperthermie et de désaturation plus ou moins stabilisés à domicile jusqu'à décision de le transférer aux urgences. Le SAMU-Centre 15 sera contacté mais les vecteurs ambulanciers resteront indisponibles durant 3h avant de pouvoir transférer le patient qui décèdera d'un choc septique dans la nuit après son transfert.

Cause(s) immédiate(s) :

Calculs de doses corrects mais erreur de retranscription entre la partie gauche et la partie droite de la feuille de calcul de la pompe, malgré la double vérification validée et signée.

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Patient grabataire, âgé, en soins palliatifs avec dégradation de l'état général
- 2 PCA en place
- Patient comprenant le français mais peu communiquant, présence de la famille et réticence vis à vis de certains traitements

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Entrée complexe à un horaire nocturne

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Infirmière vacataire qui avait été encadrée précédemment pour la mise en place de PCA de morphine
- Feuille de calcul remplie par IDE et IDEC dans un environnement bruyant en présence de plusieurs personnes, mise en place PCA morphine en présence de l'aidant

=> Liées à l'équipe :

- Sur la feuille de calcul avec écarts entre la partie gauche et droite de la feuille de calcul et entre la feuille au domicile et le duplicata dans le dossier patient
- Pas de paramétrage de valeurs-limites sur la PCA

=> Liées à l'environnement de travail : aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Formations sur les pompes PCA effectuées en 2024, mais absence de formation spécifique sur les morphiniques, antidotes, durée de vie, effets secondaires, doses limites, etc.

=> Liées au contexte institutionnel : aucune



Analyse des barrières de sécurité

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

- Procédures existantes, à jour et connues

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

- Double vérification
- Correspondance visuelle poche / prescription médicale / feuille de calcul



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

- Formaliser un guide complet de bonnes pratiques à l'utilisation des pompes PCA
- Prendre contact avec l'équipe mobile de soins palliatifs du territoire pour réaliser une formation auprès des équipes sur les morphiniques et le midazolam et à l'utilisation des antidotes
- Modifier la feuille de calcul PCA
- Programmer les pompes PCA avec intégration de seuils non dépassables (5mg/h pour la morphine, l'hypnovel et le midazolam)

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Pour cet évènement, le patient n'est pas mort directement du surdosage en morphinique, mais d'une pneumopathie d'inhalation. Cependant, le surdosage a probablement aggravé cette pneumopathie d'inhalation, et selon cette hypothèse probable, l'équipe déclarante a décidé de traiter cet évènement comme un EIGS.

Défaut d'administration d'oxygène au moment de la réinstallation d'une patiente

N°5

Secteur :
Sanitaire

Spécialité :
Soins médicaux de réadaptation

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 prise en charge en SMR pour rééducation dans les suites d'une décompensation cardiaque sur insuffisance cardiaque chronique d'origine ischémique.

La patiente est oxygeno-requérante depuis son admission à 3L/min. Son état clinique est stable. Elle est amenée en séance de rééducation puis en salle à manger en fauteuil avec sa bouteille d'oxygène. Après le repas, elle est raccompagnée dans sa chambre. Elle est réinstallée dans son lit pour la sieste par une aide-soignante. Les lunettes à oxygène sont mises en place et raccordées à la prise murale. La sonnette est placée dans la main de la patiente puis l'aide-soignante quitte la chambre de la patiente.

Une demi-heure plus tard, le médecin rend visite à la patiente dans sa chambre, elle est dyspnéique. Le médecin constate des signes de lutte respiratoire ainsi qu'une cyanose des genoux. Il vérifie la prise murale et constate qu'elle est réglée à 0L/min. Il dispense un débit de 3L/min et prévient l'infirmière. Une auscultation médicale est faite avec la prise concomitante des paramètres. L'état de la patiente ne s'améliore pas malgré la reprise de l'oxygénothérapie, sa saturation plafonne à 82%. Elle présente également des signes de lutte respiratoire avec tirage thoraco-abdominal, il est donc décidé de la transférer au service d'accueil des urgences le plus proche.

A son arrivée au service des urgences, son état clinique est en faveur d'une décompensation cardiaque, il est donc débuté une déplétion par diurétique avec poursuite de l'oxygénothérapie. Une pose de sonde urinaire est réalisée. Une antibiothérapie intraveineuse est débutée devant la suspicion d'infection urinaire. Au final, la patiente reste hospitalisée en médecine polyvalente pour récidive d'un tableau d'insuffisance cardiaque globale avec épanchement pleural constaté dans un contexte de bronchopneumopathie bilatérale abcédée à droite avec forte suspicion de néoplasie sous-jacente. Initialement, la patiente a bien répondu au traitement de déplétion mais s'est ensuite dégradée sur le plan pulmonaire. Elle décède 13 jours après son admission en médecine polyvalente.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut d'administration d'oxygène au moment de la réinstallation de la patiente en chambre

N°5

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Diabète non-insulinodépendant, insuffisance cardiaque, syndrome coronarien aigu, néphropathie débutante
- Personne vulnérable, prise en charge pour décompensation cardiaque sous oxygène
- Patiente discrète, ne voulait pas déranger

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocole d'oxygénothérapie obsolète
- Prescription médicale d'oxygénothérapie et surveillance des constantes non réalisée dans le plan de soins
- Horaire des synthèses pluriprofessionnelles non adapté car trop proche de la remontée des patients du restaurant

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Fatigue globale en lien avec le recours chronique à des professionnels intérimaires.

=> Liées à l'équipe :
- Tensions sur les effectifs et délégation de tâches

=> 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

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :
- Absence de surveillance systématique en début d'après-midi au retour du restaurant

=> Barrières d'atténuation qui ont fonctionné :
- Visite du médecin en chambre
- Gestion de l'urgence avec transfert via le Centre 15 au service des urgences le plus proche

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

- Sensibilisation des équipes médicales et de soins à la prescription, dispensation, et surveillance de l'oxygénothérapie
- Révision de la procédure oxygénothérapie
- Réorganisation des horaires de synthèse pluriprofessionnelle
- Révision de l'organisation des soins

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

La discontinuité de l'oxygénothérapie de la patiente a pu constituer un facteur favorisant pour sa décompensation cardiaque. C'est un évènement inattendu dans une prise en charge et qui s'est soldé par le décès de la patiente en hospitalisation, il s'agit donc bien d'un EIGS selon les termes du décret du 26 novembre 2016.

Retard de communication d'un ECBU préopératoire ayant entrainé une septicémie postopératoire

N°6

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Chirurgie

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Un patient âgé de moins de 80 ans est pris en charge pour une résection transurétrale de la prostate et posthectomie. Lors de la consultation préopératoire avec le chirurgien, un ECBU systématique a été prescrit au patient dont le résultat est revenu négatif. Quelques jours avant son admission, le patient a présenté des symptômes urinaires qui motivent la prescription d'un traitement antibiotique et un nouvel examen d'urines.

À son entrée, le patient est traité par BACTRIM®, cette prescription n'alerte pas le médecin anesthésiste lors de la visite préanesthésique de la veille. L'intervention se déroule sans difficulté et les suites opératoires immédiates également.

A J3 de l'intervention, le patient présente une hyperthermie à 40°C et n'arrive pas à uriner. L'antibiogramme de l'ECBU prescrit par le médecin traitant est finalement envoyé à l'établissement et objective une antibiorésistance au BACTRIM®. L'infirmier montre l'antibiogramme au médecin anesthésiste qui demande un changement d'antibiothérapie par d'OFLOCET® per os. Le chirurgien d'astreinte est également prévenu du fait que le patient n'arrive plus à uriner. Celui-ci demande la pose d'une sonde urinaire avec des lavages vésicaux.

Lors de la prise de poste de l'équipe de nuit, le patient a toujours de la température et présente des caillots malgré l'introduction du traitement antipyrétique et antibiotique. L'équipe applique une poche de glace pour diminuer la température. Le chirurgien d'astreinte est appelé pour connaitre la conduite à tenir. Il se déplace pour voir le patient et procède au décaillotage vésical. L'infirmier lui montre l'antibiogramme, celui-ci décide de changer d'antibiotique et de passer par voie intra-veineuse. Le patient est perfusé et apyrétique, les urines deviennent plus claires.

Très tôt le matin suivant, le patient sonne et signale une douleur dans la poitrine sans irradiation. Il est en sueur, pâle et moite. On retrouve, lors de la prise des paramètres, une hypothermie et une hypotension à 65/40mmHg. Le médecin anesthésiste donne pour consigne de prélever un bilan en urgence et de passer 1L de soluté hypertonique, l'ECG peut être fait à distance. 15 minutes plus tard, devant l'hypotension persistante, le médecin anesthésiste décide de transférer le patient en soins continus avec la poursuite du remplissage et la mise en place d'un pousse-seringue de noradrénaline. Une heure après le début la prise en charge en soins continus, les résultats du bilan sanguin sont disponibles et montrent une fonction rénale altérée ainsi que des marqueurs inflammatoires importants. Les résultats sont communiqués au médecin anesthésiste qui demande de majorer le débit de noradrénaline. Devant une hypotension persistante et une défaillance multiviscérale, malgré l'augmentation progressive du débit de noradrénaline et du remplissage, le médecin anesthésiste décide un transfert vers le service de réanimation 3 heures après avoir reçu les résultats du bilan.

N°6

Le SAMU arrive une heure et demie plus tard pour conditionner le patient pour le transfert. Le patient est transféré et il restera 8 jours en réanimation avant son décès.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut de communication d'un ECBU préopératoire ayant pour conséquence une infection urinaire avec mise en évidence d'une bactérie résistante à l'antibiothérapie en cours

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Prostatite aigue favorisant de nombreuses infections

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Prescription médicale d'ECBU avec difficultés de coordination dans la lecture des résultats (notamment coordination ville – hôpital)
- Pas de vérification des bilans préopératoires dans la check-list
- Pas de vérification des ECBU avant l'intervention
- Prescription des antibiotiques par le chirurgien

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Vécu difficile du personnel paramédical sur la situation du choc septique (lourdeur inhabituelle pour le service), déplacement trop tardif du médecin anesthésiste selon l'équipe qui a inquiété les professionnels paramédicaux

=> 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

=> Barrière de récupération qui n'a pas fonctionné :
- Check-list du bloc opératoire

=> Barrières d'atténuation qui ont fonctionné :
- Prescription initiale des amines par le médecin anesthésiste
- Transfert en service de réanimation pour la poursuite de la prise en charge

N°6

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

- Mettre une phrase d'alerte systématique sur tous les courriers préopératoires adressés aux médecins traitants afin de prévenir le chirurgien en cas de problème et notamment d'hyperthermie et/ou d'infection préopératoire
- Regrouper tous les éléments de prescription sur le logiciel de prescription (l'adresse de messagerie sécurisée doit apparaitre sur les ordonnances) afin de recevoir le résultat sur le logiciel de l'établissement
- Prescrire de manière obligatoire l'ensemble des traitements sur le logiciel informatique y compris en cas d'urgence
- Prioriser le déplacement du médecin anesthésiste dans les meilleurs délais pour un patient présentant une défaillance hémodynamique dans le cadre de la coordination des soins
- Privilégier la prescription du traitement antibiotique par le médecin prescripteur de l'ECBU

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'évènement est inattendu dans ce type de prise en charge et a mis en jeu le pronostic vital de ce patient, allant jusqu'à son décès.

Fracture d'épaule dominante d'une patiente contre une barrière de lit non prescrite ayant contrarié le projet de ré-autonomisation

N°7

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Soins médicaux et réadaptation

Gravité déclarée : Probable déficit fonctionnel permanent

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

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente âgée est admise en SMR pour rééducation d'une fracture bimalléolaire de cheville droite avec traitement orthopédique sans appui pendant 6 semaines.

Dix jours après son admission, en voulant se rattraper, la patiente s'est cognée contre sa barrière de lit mise en place sans prescription et a ressenti une douleur. Elle a été examinée par le médecin du service qui l'a transférée en clinique pour contrôle radiologique de sa douleur à l'épaule droite. Une fracture de l'épaule est constatée à l'imagerie.

La famille est prévenue des évènements. Au vu de l'âge et des antécédents de la patiente, son projet initial de ré-autonomisation est menacé, avec un risque de dépendance.

Cause(s) immédiate(s) :

Présence d'une barrière de lit sans justification médicale

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Patiente fragile en lien avec son grand âge et ses comorbidités
- Patiente dépendante ayant peur de chuter, barrière de lit en place à sa demande

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocole de contentions non formalisé au sein de l'établissement
- Absence de fiche de réévaluation des contentions
- Pas de prescription de la barrière de lit et surveillance inadaptée

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :
- Absence de traçabilité sur la mise en place de cette barrière de lit

=> Liées à l'environnement de travail : aucune

=> Liées à l'organisation et au management :
- Pas de commission de prévention des chutes dans l'établissement

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

N°7

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Circuit de l'alerte et de la prise en charge de la patiente efficient une fois la situation identifiée

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

- Sensibilisation : former les équipes médicales et paramédicales sur les protocoles de contention et de prévention des chutes.
- Traçabilité : introduire une fiche quotidienne de réévaluation des contentions et renforcer la transmission lors des staffs inter-équipes.
- Organisation :
  - Instaurer une commission des chutes pour auditer et suivre les incidents.
  - Mettre en place des audits réguliers sur la conformité du protocole de la contention.
- Réévaluation des prescriptions : revoir systématiquement les indications pour les contentions (barrières, etc.) dans tous les services.

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

L'évènement est inattendu au vu de la prise en charge rééducative débutée chez cette patiente et menace son projet de ré-autonomisation initial avec un risque de déficit fonctionnel permanent.

Injection locale de chlorexidine en lieu et place de la lidocaïne pour un geste d'exérèse cutanée en consultations externes

N°8

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Consultations externes

Gravité déclarée : Probable déficit fonctionnel permanent

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

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente vient en consultations externes pour une exérèse de nævus à 3 endroits différents sous anesthésie locale. C'est un geste qu'elle a déjà vécu auparavant mais qui l'angoisse tout de même. A son arrivée, elle est accueillie et installée en salle technique, la table est préparée par une première infirmière avant sa fin de poste. Elle informe ensuite l'interne de la présence de la patiente en salle.

Une seconde infirmière entre en salle technique pour relever sa collègue et constate que la table est prête. Elle appelle l'interne pour l'informer que l'intervention peut commencer. La patiente semble stressée car même si elle connait l'intervention, elle l'appréhende malgré tout et indique faire des réactions et parfois des baisses de tension. L'interne lui réexplique les étapes de l'intervention et elle confirme son consentement pour l'intervention.

Une désinfection locale est réalisée, ainsi que l'anesthésie locale avec prélèvement à la seringue du produit préalablement préparé dans la cupule. Quelques secondes après, la patiente se plaint de brulures et de picotements. L'infirmière et l'interne rassurent la patiente et lui indiquent que la gêne va se dissiper. La patiente n'est pas bien, elle a des sueurs et indique que sa tension doit être basse. Sa tension systolique est effectivement à 70mmHg, un linge humide est passé sur son front et de la musique est mise en salle.

Au test de sensibilité réalisé par l'interne, la patiente sent toujours la pince. L'interne interroge l'infirmière sur le produit présent dans la cupule mais l'infirmière lui répond qu'elle n'a pas préparé la salle. Le produit est réinjecté dans la cuisse de la patiente, ce qui aggrave les douleurs et fait remonter la tension de la patiente. L'infirmière essaie de la rassurer. L'exérèse des 3 lésions est réalisée avec inclinaison du brancard et injection du produit de la cupule. La patiente ressent des fourmillements dans les deux mains et elle informe que sa tension doit à nouveau être basse. Elle est effectivement à 80mmHg puis elle remonte progressivement jusqu'à 120/80mmHg. En fin de geste, un jus de fruit est donné à la patiente avec les ordonnances et consignes post-opératoires. A sa sortie, la patiente a du mal à marcher à cause des douleurs.

Le lendemain, la patiente remarque un gonflement de la plaie de la cuisse avec marque blanche et pourtour rouge. Elle se présente aux consultations externes suite aux conseils de sa pharmacienne et se plaint de douleur à la cuisse. L'interne est appelé pour revoir la patiente, il constate une brûlure et un œdème très important au niveau de la cuisse, avec un rash cutané du décolleté au visage. La patiente indique qu'elle est poly-allergique avec un traitement de fond. L'interne diagnostique un problème allergique et donne rendez-vous à la patiente 2 jours plus tard avec l'allergologue.

L'ensemble du dossier est analyse en équipe et l'erreur est identifiée : lors du geste, il y a eu injection de chlorhexidine aqueuse 2% en lieu et place de la xylocaïne 1% non adrénaliné. L'interne et le chef de service sont informés de la découverte de l'erreur et la patiente est rappelée pour réalisation de l'annonce du dommage et de la conduite à tenir. Elle sera adressée en chirurgie plastique au CHU pour prise en charge.

À la suite de ces évènements, la patiente écrira une lettre de réclamation demandant un accord amiable par rapport aux préjudices subis.

Cause(s) immédiate(s) :

Erreur d'administration médicamenteuse en sous cutané par injection de chlorhexidine aqueuse 2% en lieu et place de xylocaïne 1% non-adrénaliné

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Patiente poly-allergique
- Patiente très stressée liée à une expérience antérieure négative d'une exérèse

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Les protocoles ne sont pas uniformisés pour la préparation du matériel, une fiche technique existe dans le service sur le matériel à utiliser mais pas sur le déroulé de la préparation, les chirurgiens utilisent des produits différents
- Il est habituel de préparer le matériel/plateau et médicaments en avance, le produit a été versé dans la cupule, l'interne n'a pas pu vérifier la nature du produit utilisé avant l'acte et n'a pas stoppé le geste malgré le doute sur le produit utilisé

=> Liées aux professionnels impliqués :
- L'équipe a l'habitude de travailler ensemble avec un automatisme dans la préparation de la salle (toujours même organisation) et l'interne a l'habitude du geste technique

=> Liées à l'équipe :
- Il existe un temps de transmission entre les 2 infirmières, mais il n'est pas formalisé
- Il n'y a pas eu de prise en compte du doute, l'intervention a été poursuivie, l'évaluation de la douleur n'a pas été effectuée : juste notion de brûlure
- La cadre de pôle est en encadrement de proximité sur le bloc opératoire, le service de chirurgie ambulatoire/hôpital de jour et les consultations externes

=> Liées à l'environnement de travail :
- Le matériel est stocké dans les pièces de consultation/salle technique car pas de local central de stockage de matériel, les médicaments sont stockés en salle technique, la xylocaïne dans un tiroir non fermé à clé et la chlorhexidine dans un autre tiroir non fermé à clé
- Les produits chlorhexidine aqueuse 2% et xylocaïne 1% non adrénaliné sont deux liquides transparents.

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

N°8

Analyse des barrières de sécurité

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

- Rangement séparé des 2 injectables

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

- Bonne communication d'équipe

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Réalisation de l'annonce du dommage associé aux soins auprès de la patiente puis demande d'un avis spécialisé et adressage de la patiente en chirurgie plastique,

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

- Généraliser l'utilisation du Chloraprep aux consultations externes plutôt que la chlorhexidine
- Former à l'utilisation du Chloraprep aux consultations externes
- Mettre à jour la dotation médicament des consultations externes
- Uniformiser la préparation des produits médicamenteux devant le chirurgien
- Mettre à jour les fiches techniques pour les actes techniques en y incluant la préparation des médicaments devant le chirurgien
- Formaliser le déroulé de taches des IDE de consultations en y mentionnant le temps de transmission
- Réaffirmer que le soignant qui prépare est le soignant qui administre et trace
- Organiser les consultations externes afin de ne plus préparer en avance les plateaux/médicaments
- Travailler sur la notion de doute
- Sécuriser le circuit du médicament en consultations externes

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

Cet évènement, bien qu'inattendu et dérangeant pour la prise en charge de cette patiente, n'a pas de conséquence grave selon les termes du décret du 26 novembre 2016. Seules des séquelles esthétiques sont à prévoir, il ne s'agit donc pas d'un EIGS.

Défaut dans l'indication de délai de transfert d'un patient en chirurgie vasculaire

N°9

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Chirurgie

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

L'évènement concerne un patient de plus de 70 ans, aux lourds antécédents : polyvasculaire avec amputation transfémorale gauche et insuffisant rénal chronique dialysé trois fois par semaine.

Ce patient est suivi par un centre hospitalier de référence en médecine vasculaire pour la prise en charge d'une ischémie critique avec troubles trophiques au niveau de son pied droit. Il est opéré d'un pontage fémoro-poplité et angioplastie de l'artère poplitée, associée à une amputation du premier et deuxième rayon à droite. Il fera différentes complications thromboemboliques et infectieuses postopératoires avant d'obtenir la stabilisation de son état clinique autorisant un transfert. Ce transfert est organisé pour prise en charge en chirurgie dans un établissement plus proche du lieu de résidence du patient. A sa sortie, le patient est porteur de pansements à pression négative (VAC®) dont le remplacement doit être prévu au bloc opératoire tous les 4 jours. Il nécessite aussi 3 séances de dialyse par semaine.

Lors du second changement de pansement VAC®, l'intervention se déroule sans difficulté mais au retour en chambre, le patient interpelle une infirmière qui se trouve dans le couloir pour signaler un saignement au niveau de son pansement. Elle constate un saignement important et appelle sa collègue en renfort. Une des deux infirmières réalise une compression fémorale pendant que l'autre organise la gestion de l'urgence immédiate : le chariot d'urgence est ramené en chambre, le bloc opératoire est prévenu pour la reprise et une commande de 2 culots de sang est passée.

Le patient est repris en urgence au bloc opératoire par le chirurgien général avec le renfort d'un chirurgien vasculaire. Une brèche sur le pontage est observée. La chirurgienne vasculaire referme la brèche. La qualité des tissus est précaire, le risque hémorragique est accru. La chirurgienne vasculaire appelle pendant l'intervention son confrère du centre de référence. Les chirurgiens s'accordent : la chirurgienne vasculaire ligature le pontage, le patient sera transféré dans les plus brefs délais dans le centre de référence afin de refaire le point avec le patient et sa famille.

Le patient est transféré en unité de soins continus (USC) pour sa surveillance. Le transfert vers le centre de référence doit être organisé le lendemain. La famille est informée de la ligature du pontage et du transfert dans les prochains jours. Dans la nuit suivant sa reprise en urgence, l'état du patient se dégrade.

N°9

Durant la séance de dialyse du lendemain, le patient présente une hypotension persistante pendant toute la séance, et nécessite une administration d'oxygène. Il est scopé pour assurer la surveillance de ses paramètres durant la séance. La séance de dialyse est écourtée par rapport à son hypotension et l'apparition de douleurs abdominales. Le patient est mieux après le débranchement et retourne en USC après la séance de dialyse en attendant son transfert. Le bilan sanguin prélevé au branchement retrouve une hémoglobine à 9,5g/dL, ainsi que des leucocytes en nette augmentation. Le néphrologue est informé.

Après avoir contacté la chirurgie vasculaire du centre de référence, le patient a été programmé en consultation dans 4 jours. Il est nécessaire de réaliser un scanner avec injection pour voir l'état du pontage. L'aspect du mollet est froid et violet, sans circulation efficace du fait de la fermeture du pontage la veille et l'évolution va vers la gangrène. La question d'une amputation avant la consultation au centre de référence se pose. Le patient est informé par le chirurgien, il refuse l'amputation.

Les filles du patient rencontrent le chirurgien en USC, l'aspect de la jambe leur est présenté et il leur est expliqué que l'amputation est la seule solution réalisable par la clinique. Après 1h30 de discussion, elles arrivent à convaincre leur père de se faire amputer. Le bloc est prévu le lendemain.

Le patient est transféré en chirurgie en milieu d'après-midi, il prend son repas à 18h et est retrouvé décédé dans son lit à 21h. Le certificat de décès est signé par le chirurgien et prévient la famille.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut dans l'indication de délai de transfert d'un patient comorbide en chirurgie vasculaire

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Lourds antécédents cardiovasculaires
- Patient dialysé et vulnérable
- Patient sous coumadine pour une fibrillation atriale

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Coordination insuffisante concernant les transferts entre clinique et centre de référence
- Courrier de transfert non consulté par l'ensemble des acteurs à la clinique malgré la check-list de sortie vérifiée au centre de référence (ordonnance retrouvée)
- Rendez-vous tardif après la ligature du pontage : pas de caractère d'urgence du transfert mais manque de prise en charge adaptée et réactive à la demande des chirurgiens de la clinique

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :

- Incompréhension du patient et de sa famille dans le circuit de prise en charge : le patient et la famille pensent qu'il est transféré en SMR
- Traçabilité des décisions d'aval non-retrouvée
- L'ensemble des documents de transfert n'a pas été accessible par l'ensemble des acteurs

=> Liées à l'environnement de travail : aucune

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

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

- Check-list de sortie du centre de référence
- Vérification des éléments médicaux à l'accueil du patient à la clinique

=> Barrière de récupération qui a fonctionné :

- Prise en charge chirurgicale multidisciplinaire en urgence au bloc de la clinique

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

- Transfert post-ligature du pontage sur un délai d'urgence différée (délai supérieur à 48 heures)

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

- Audit des check-list de sortie de chirurgie vasculaire et notamment des courriers de sortie pour le centre de référence
- Révision des indications de prise en charge des patients en urgence (signes de gravité) en priorisant la disponibilité des lits pour le centre de référence
- Mise en place d'une vérification des éléments médicaux (courrier et ordonnances) à l'accueil des patients y compris en urgence pour la clinique
- Traçabilité des appels sur les transferts des patients entre centre de référence et clinique sur les dossiers de soins

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car l'évènement est inattendu dans le cadre de ce type de prise en charge et associé aux soins car l'organisation du transfert vers le centre de référence a été défaillante.

Décès inattendu d'un patient dans les suites d'un transfert

N°10

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Urgences

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Un patient de plus de 90 ans est admis au service des urgences pour une décompensation respiratoire, adressé par le Centre 15. Il présente une toux associée à des difficultés respiratoires évoluant depuis 4 jours. Son infirmière libérale retrouve une saturation à 62% à air ambiant. Il est transporté par les sapeurs-pompiers sous 6L/min d'oxygène. A son arrivée, il ne présente pas de difficulté respiratoire majeure mais une toux avec encombrement audible. La saturation est remontée à 97 % et l'oxygène est abaissé progressivement à 2L/min.

Une voie veineuse périphérique est posée et un bilan sanguin réalisé dont un prélèvement des gaz du sang (GDS). Le patient bénéficie d'une séance de ventilation non-invasive (VNI) 1h après son arrivée, ce qui améliore son état clinique. Le médecin diagnostique une insuffisance respiratoire aiguë avec une acidose hypercapnique. Une radiologie pulmonaire est réalisée au lit du patient retrouvant un épanchement basal à gauche. Un contrôle des GDS est fait après la séance de VNI. Le médecin ausculte de nouveau le patient après sa séance de VNI, il diagnostique une décompensation mixte et prescrit une antibiothérapie et une déplétion par furosémide ainsi que des aérosols. Il n'y a pas de lit disponible en gériatrie sur le territoire, le patient est alors admis en UHCD.

Son état clinique est stable avec le traitement instauré, il retire régulièrement son oxygène pour se rendre aux toilettes ce qui induit des épisodes de désaturation. L'interne d'UHCD note le lendemain le maintien du traitement instauré aux urgences et un transfert prévu le jour-même dans un service de médecine gériatrique d'un autre établissement. Peu de temps avant son transfert, l'infirmier constate des marbrures au niveau des membres inférieurs, elle prévient alors le médecin de l'UHCD pour savoir la conduite à tenir. A son arrivée en médecine gériatrique, l'infirmier trouve le patient peu réactif et contacte le médecin responsable du service qui se déplace très rapidement au chevet du patient. Elle constate que le patient est très somnolent et réagit uniquement à la douleur. Un contrôle des GDS est fait en urgence, le patient est placé sous VNI devant des résultats de saturation alarmants : 69 % sous 3L/min d'oxygène. Le SAMU-Centre 15 est immédiatement contacté pour un nouveau transfert au service des urgences au vu de l'état clinique du patient. Le patient est transféré sous oxygène.

A son arrivée aux urgences, l'état clinique du patient est stable sous oxygène avec une saturation à 97 % sous 3L/min d'oxygène. Il est revu par le médecin qui ne note pas d'évolution par rapport à l'examen réalisé en UHCD, il est décidé de poursuivre le traitement initial instauré au service des urgences. Après une nuit de surveillance au service des urgences, le médecin laisse pour consigne de revoir pour une admission dans le service de médecine gériatrique, cependant il n'y a à nouveau plus de lit disponible en médecine gériatrique sur le territoire.

N°10

Le patient est retrouvé en arrêt cardio-respiratoire peu après le repas de midi, il est décidé de manière collégiale de ne pas entreprendre de réanimation cardiorespiratoire. La famille a été informée du décès par le médecin du service des urgences.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut de communication lors d'un transfert depuis un service d'urgence

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Multiples comorbidités : obésité, hypertension, hypertrophie bénine de prostate, gonarthrose bilatérale, artérite distale des membres inférieurs avec plaies récidivantes, dyslipidémie, insuffisance veineuse avec atrophie blanche
- Homme de plus de 90 ans, vit seul à domicile, a 6 enfants, sa voisine s'occupe de lui, marche avec une canne, passage infirmier à domicile quotidien pour les pansements

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Les résultats de GDS communiqués au service de médecine gériatrique sont ceux prélevés immédiatement après la séance de VNI et non ceux prélevés à distance

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Charge de travail importante aux urgences avec de nombreux patients âgés de plus de 75 ans

=> Liées à l'équipe :
- Constat de marbrures avant le transfert en médecine gériatrique signalé au médecin des urgences mais non signalé au service accueillant le patient
- Effectif médical et paramédical inférieur au besoin et 1 médecin présent aux urgences était extérieur au service

=> Liées à l'environnement de travail :
- Effectif inférieur au besoin
- Période de nuit, de week-end, 37 patients présents le matin dont 23 étaient présents la nuit avec 11 patients de plus de 75 ans

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

=> Liées au contexte institutionnel :
- Notion de 4 lits de gériatrie disponibles sur le territoire le jour de l'évènement, seuls lits disponibles pour l'ensemble du territoire, alors que le service des urgences compte 11 patients de plus de 75 ans à hospitaliser

N°10

Analyse des barrières de sécurité

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

- Communication précise vers les gériatres pour une prise en charge optimale

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Retransfert vers le service des urgences

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

=> Pour le service des urgences :

- Faire relire les radiographies faites au lit du patient par un radiologue à distance
- Améliorer la communication faite aux gériatres : transmissions clinique et biologique à faire au plus proche du transfert
- Signaler à la direction les difficultés à trouver des lits disponibles en gériatrie sur l'ensemble du territoire

=> Actions communes :

- Privilégier les appels directs entre médecins notamment en cas de constat de changement clinique avant un transfert
- Communiquer les numéros directs joignables par l'extérieur
- Transmettre le courrier de transfert accompagnant de manière obligatoire le patient lors d'un transfert

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Lors de l'analyse de cet évènement, l'identification de problématiques de communication inter-équipes ont pu entrainer une perte de chance pour ce patient. Cet évènement est donc bien lié aux soins et a eu pour conséquences le décès du patient, il peut être classé comme EIGS.

Brûlure au visage et début d'incendie d'un patient tabagique sous oxygénothérapie

N°11

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

L'évènement concerne un patient amené en début de nuit par les sapeurs-pompiers pour une dyspnée évoluant depuis le soir même. Dans ses antécédents, on note une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) liée à un tabagisme actif à 15 cigarettes par jour. Lors de son transport, le patient est mis sous oxygène à 5L/min. À son arrivée au service d'accueil des urgences, il est pris en charge par l'interne de garde et bénéficie d'un examen clinique, d'un aérosol de bronchodilatateur, d'un électrocardiogramme et d'un prélèvement sanguin.

Deux heures plus tard, l'interne récupère les résultats biologiques et retourne voir le patient en salle d'examen pour réévaluer son état. À son arrivée, le patient fume par la fenêtre avec la tuyauterie d'oxygène posée sur le brancard. Il est réinstallé dans le box et les conséquences de l'usage du tabac en présence d'oxygène lui sont expliquées. L'oxygénothérapie est reprise avec la consigne formelle d'arrêter de fumer. Le patient fait preuve de violences physiques et verbales envers le personnel lorsque celui-ci souhaite lui retirer son sac d'affaires contenant son briquet et ses cigarettes. Cinq agents sont nécessaires pour le maitriser et une contention physique des 4 membres est alors mise en place. Les affaires du patient sont entreposées sous son brancard et la porte du box est laissée volontairement ouverte pour surveillance. La surveillance est effectuée selon les protocoles prévus les cinq heures suivantes.

Au petit matin, les infirmiers sont alertés par les gémissements du patient et se rendent en courant dans le box. Ils trouvent le patient avec le torse et le visage en flamme. Des flammes sont aussi présentes au sol et au niveau du manomètre d'oxygène. Le patient est toujours sous contentions. Son paquet de cigarettes et son briquet sont dans sa main droite. Le sac est toujours sous le brancard.

Le feu est éteint avec un drap et l'oxygène est immédiatement coupé pendant que l'alerte est portée à l'ensemble du service. Le patient est sorti du box pour installation en salle d'accueil des urgences vitales. Il présente une brûlure au 2e / 3e degré de l'intégralité du visage, de la face antérieure du cou et du haut du thorax. Les médecins présents débutent la réanimation. Une fois stabilisé, le patient sera transféré au centre des grands brulés le plus proche.

Cause(s) immédiate(s) :

Sous-estimation du risque lié au tabagisme en service des urgences

Causes profondes

=> Liées au patient :

- BPCO avec un tabagisme actif et antécédents psychiatriques avec symptômes psychotiques dans un contexte d'alcoolo-dépendance et polytoxicomanie.
- Patient en rupture familiale et sociale, orienté en foyer d'accueil à la suite d'une perte d'autonomie progressive avec majoration du trouble cognitif.
- Patient calme et coopérant lors de sa prise en soins mais devenu agressif par la suite car l'équipe a voulu lui enlever ses affaires personnelles.

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Procédure de contention existante et accessible, mais obsolète, elle n'inclut aucune règle d'habillage ou de déshabillage du patient.
- Patient avec un tabagisme actif : aucun substitut nicotinique ne lui a été proposé à la suite de l'interdiction de fumer.

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Fatigue de l'équipe car l'évènement se passe en fin de garde.

=> Liées à l'équipe : aucune

=> Liées à l'environnement de travail : aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- L'infirmier qui est intervenu en premier est pompier volontaire et formé aux risques incendie. Certains membres du personnel paramédical et du personnel médical ne sont pas formés aux risques incendie.
- Aucune information particulière n'est donnée en salle d'attente aux patients et à leur entourage sur l'interdiction de fumer dans les locaux de l'hôpital et les risques encourus pour le non-respect de ces consignes.

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui ont fonctionné :

- Locaux des urgences conformes aux recommandations de sécurité en vigueur
- Alarme incendie
- Le choix des lunettes à oxygène en lieu et place du masque est adapté au débit préconisé. Matériel et oxygénothérapie sont prescrits.

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

- Un agent de sécurité privé est présent aux urgences selon les recommandations de l'ARS pour dissuader la violence mais n'intervient pas en cas de conflit car il n'a pas vocation à entrer en contact avec les patients

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Efficacité du portage de l'alerte dans le service

N°11

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

- Actualiser le protocole de contention en prévoyant de mettre les patients sous contentions en blouse d'hôpital au service des urgences
- Former l'ensemble du personnel paramédical et médical aux risques liés à l'oxygène et aux risques incendie, en prévoyant des formations incendie spécifiques dans les locaux des urgences
- Proposer systématiquement des substituts nicotiniques aux patients tabagiques et mettre à jour la dotation des urgences pour avoir 2 dosages de patch de nicotine
- Revoir les missions de la société de sécurité privée
- Disposer d'une convention Hôpital-Police-Justice
- Mettre à jour le support de communication des urgences pour les usagers concernant l'interdiction de fumer dans les locaux et les sanctions encourues en cas de violence sur le personnel
- Prévoir une information spécifique destinée aux patients sous oxygène

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Cet évènement est un EIGS car il s'agit d'un évènement inattendu sur le parcours de ce patient et il a mis en jeu son pronostic vital.

Retard de prise en charge de douleurs thoraciques ayant entrainé le décès d'une patiente

N°12

Secteur :
Sanitaire

Spécialité :
Soins médicaux et réadaptation

Gravité déclarée :
Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Deux jours avant l'évènement, une patiente de plus de 80 ans est admise en SMR en provenance du centre hospitalier du territoire où elle était hospitalisée pour des chutes à répétition. Elle présente dans ses antécédents un accident vasculaire cérébral avec des troubles neurocognitifs rendant difficile la localisation des douleurs et une anxiété à la marche.

Elle est examinée le lendemain par le médecin du service à qui elle se plaint d'une douleur thoracique apparue dans la nuit, mais son discours est incohérent et se contredit. Ses constantes sont normales hormis une tachycardie et son ECG n'est pas modifié. Au cours de la journée, la patiente continue de se plaindre d'une oppression thoracique, des ECG sont réalisés à chaque plainte sans signe d'alerte. La douleur s'accompagne d'anxiété de plus en plus forte, la patiente est mise sous inhibiteurs de la pompe à protons, antalgique de pallier 2 et anxiolytique en si besoin.

En début de soirée, la patiente, toujours douloureuse et tachycarde, présente des sueurs et une hypotension. L'angoisse a diminué, ses jambes sont surélevées et un antalgique de pallier 2 et un inhibiteur de la pompe à proton lui sont administrés. La nuit se passe sans difficulté.

Le matin de l'évènement, la patiente dit aller mieux, les douleurs ont cédé et sa tension est remontée. Elle est prise en charge en rééducation sans difficulté. A midi, elle fait un malaise avec arrêt cardio-respiratoire sur les toilettes en présence d'une aide-soignante qui alerte l'infirmier. Le médecin est prévenu, le chariot d'urgence est acheminé et les gestes de réanimation sont débutés immédiatement. Malgré la gestion rapide de l'urgence vitale, le décès sera prononcé une demi-heure après son malaise. Sur l'enregistrement cardiaque, des signes évoquant un infarctus inférieur du myocarde sont relevés.

Cause(s) immédiate(s) :

Retard de prise en charge d'une douleur thoracique atypique

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Accident vasculaire cérébral
- Troubles neurocognitifs rendant les descriptions de ses symptômes difficiles

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Absence de protocole sur la prise en charge et la surveillance des douleurs thoraciques
- ECG rassurants et constantes réalisées selon les recommandations

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Stress lié à des problèmes de communication au sein de l'équipe

=> Liées à l'équipe :
- Communication complexe depuis plusieurs semaines dans l'équipe médico-soignante, les données communiquées ne sont pas assez factuelles et précises dans certaines situations
- Sous-utilisation des transmissions ciblées
- Supervision de l'équipe par l'encadrement parfois rendue complexe par des tâches annexes

=> Liées à l'environnement de travail :
- Période de forte chaleur avec plusieurs situations de patients qui se dégradaient

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui a fonctionné :
- Formation AFGSU et plan de formation existant

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Coordonnées d'urgence connues et prise en charge de l'urgence immédiate

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

- Protocole d'appel d'urgence vitale à réactualiser et d'urgence relative à réaliser
- Protocole sur la réalisation des annonces d'un dommage associés aux soins
- Réunion de mise en place de fiche-action et de communication médecin IDE sur les appels entre soignants afin de standardiser au mieux les consignes entres soignants
- Protocole de validation et de lecture des biologies médicales à mettre en place en semaine et en période d'astreinte

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car le délai au diagnostic d'infarctus du myocarde en cours chez cette patiente a entrainé une perte de chance pour elle.

Retard diagnostique d'une thrombophlébite cérébrale chez une adolescente sous pilule

N°13

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 adolescente de moins de 18 ans se présente aux urgences pédiatriques pour des céphalées frontales persistantes depuis 4 jours et une hypertension artérielle de grade 1. Les douleurs sont décrites comme pulsatiles. Elle est apyrétique. Elle a présenté 2 épisodes de dysesthésies au niveau de la main gauche, ainsi qu'une photophobie et des nausées sans vomissement. Dans ses antécédents et traitements, il est relevé une thrombose veineuse profonde chez son père. La jeune fille est sous pilule œstroprogestative depuis environ 3 semaines.

A son arrivée, elle est prise en soins par l'infirmier d'accueil et d'orientation, puis examinée par l'interne, qui, au regard du tableau clinique, décide, après l'aval du sénior de garde, de l'hospitaliser pour surveillance de la tension artérielle et prise en charge de la douleur.

Le lendemain, lors de la visite du pédiatre du service, il n'y a plus de photophobie, ni de nausée. La patiente est toujours apyrétique et ne présente plus de paresthésie au niveau du bras gauche. L'examen neurologique est normal avec un score de Glasgow à 15. Sa tension artérielle est de 110/75mmHg, sans pic hypertensif depuis son arrivée au service. Sa sortie est décidée et un courrier de sortie, une ordonnance d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) pour traitement des douleurs et une ordonnance pour une IRM à réaliser en externe, sont remis à la mère et à l'enfant.

L'IRM est réalisée 6 jours plus tard. Elle met en évidence une thrombose cérébrale. L'adolescente est immédiatement admise en pédiatrie, avec mise en relation avec le CHU. Elle est conditionnée par les infirmiers et un transfert médicalisé est organisé pour la suite de la prise en charge en neuropédiatrie.

Cause(s) immédiate(s) :

IRM réalisée 6 jours après le passage aux urgences alors qu'elle aurait pu contribuer au diagnostic

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Migraines avec aura (taches noires < 1h)
- Antécédents familiaux de phlébite du membre inférieur à 45 ans
- Céphalées unilatérales persistantes depuis 4 jours non soulagées par des AINS et associées à une hypertension de grade 1, absence de fièvre, régression des paresthésies, bon état général mais perte d'appétit, les signes cliniques étaient évocateurs d'une migraine
- Initiation d'un traitement contraceptif oral depuis 3 semaines, attente de l'efficacité de l'AINS

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Imagerie non-réalisée aux urgences
- Pas de réalisation de bilan sanguin
- Recommandations de bonnes pratiques existantes sur la prescription des contraceptifs oraux mais facteurs de risque thromboembolique non identifiés
- Pas d'identification des migraines avec aura comme contre-indication à la contraception orale
- Aucun circuit prioritaire défini pour examens en externe malgré l'identification du risque

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :
- Communication incomplète et traçabilité insuffisante
- Communications non -tracées vers le patient et son entourage à la sortie des urgences
- Manque d'information lors du staff médical car le dossier patient n'a pas été consulté
- Compte-rendu d'IRM envoyé par le cabinet de radiologie externe au neuropédiatre à la demande de ce dernier
- Pas d'avis neurologique sollicité aux urgences
- Pas de séniorisation des internes, pas de synthèse infirmière par poste et par enfant

=> Liées à l'environnement de travail :
- Logiciel dossier patient différent entre urgences adultes et pédiatriques
- Délais d'accès à l'IRM hors hospitalisation inadapté à ce type de prise en charge

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :
- Échelle de tri à l'admission aux urgences
- Passage en staff médical

=> Barrières de récupération qui ont fonctionné :
- Vigilance de l'équipe de radiologie externe
- Avis spécialisé

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Transfert en neuropédiatrie au CHU

N°13

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

- Utiliser les dossiers informatisés des patients lors des staffs médicaux des urgences pédiatriques et noter la conduite à tenir préconisée par les médecins dans l'observation médicale
- Demander un avis neurologique en cas de syndrome neurologique pour examens complémentaires et tracer les avis dans les dossiers médicaux
- Former les internes sur les signes d'alerte thromboemboliques chez les mineurs sous contraceptifs oraux sous la forme d'un RETEX sur cet évènement
- Paramétrer la prescription conditionnelle pour les antalgiques et les AINS (EVA pour la douleur)
- Assurer la continuité des soins en traçant toutes les données dans les dossiers informatisés et en rédigeant une synthèse par enfant à la fin de chaque poste

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car le risque de thrombophlébite cérébrale à l'instauration d'un traitement contraceptif oral chez une adolescente est connu et doit être investigué immédiatement. Le retard diagnostique identifié sur cette situation a donc mis en jeu le pronostic vital de cette adolescente.

Suicide d'une patiente par pendaison avec le câble de la télévision en service de chirurgie digestive

N°14

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Chirurgie

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente est amenée aux urgences par les sapeurs-pompiers pour malaise. Selon les dires de son conjoint, la patiente ne mange plus depuis 4 jours car elle n'arrive plus à avaler à cause de douleurs à l'estomac dans un contexte de trouble d'usage d'alcool. Il explique que la patiente prend une importante quantité de Temesta et que, depuis 1 semaine, l'officine de ville ne lui délivre plus le médicament car l'ordonnance n'est plus valide.

La patiente est prise en charge par le médecin des urgences. Il constate une crise convulsive au triage, sur un probable sevrage aux benzodiazépines en rupture de traitement et une altération de l'état général. L'alcoolémie de la patiente est supérieure à 0,50g/L. Elle est hospitalisée en UHCD pour une surveillance clinique et biologique.

À son arrivée en UHCD, la patiente est accueillie et réexaminée par l'équipe et le médecin, qui concluent à un tableau de crises convulsives sur sevrage en benzodiazépine et possible alcoolisation, associé à une hypokaliémie. La thymie de la patiente est évaluée, elle ne présente pas de trouble de l'humeur ni de risque suicidaire imminent à l'anamnèse, sans utilisation d'échelle spécifique.

Face au problème d'alcool, une demande d'intervention de l'équipe d'addictologie de liaison est faite et réalisée le lendemain. L'entretien réalisé met en évidence une majoration de la consommation d'alcool depuis un mois, que la patiente explique par l'absence de son TEMESTA©. Elle n'a pas de demande de prise en charge. L'entretien identifie également une thymie morose et un tempérament anxieux, que la patiente lie à une problématique familiale. Aucun risque suicidaire n'est identifié. La patiente reste sur la défensive tout au long de l'entretien. Une réévaluation addictologique durant son hospitalisation est proposée et acceptée par la patiente.

Une hospitalisation en hépato-gastro-entérologie est décidée dans l'après-midi pour sevrage et exploration de la dysphagie. L'endoscopie est faite avant le transfert avec mise en évidence d'une gastrite. A son entrée dans le service, la patiente est réveillée, légèrement confuse et non algique. Après une évaluation clinique qui ne relève aucune idéation suicidaire à l'anamnèse, elle est mise sous diazépam et patch de nicotine. Au tour de soins du début de soirée, ses traitements oraux sont donnés à la patiente sans particularité.

En début de nuit, le compagnon de la patiente appelle dans le service pour signaler qu'il n'arrive pas à la joindre. Il demande des nouvelles et ne souhaite pas la déranger si elle dort, mais demande à l'équipe de passer le message. Vingt minutes plus tard, la patiente est retrouvée pendue sur le câble électrique de la télévision de sa chambre. Elle a le visage livide avec des débuts de cyanose au niveau des membres inférieurs.

Dans la panique, le médecin coupe le câble électrique sans le débrancher au préalable, ce qui a provoqué son électrisation.

Une fois dépendue, la patiente est allongée au sol, un massage cardiaque externe est débuté mais elle présentait déjà une mydriase bilatérale et une absence de pouls périphériques. Le monitoring cardiaque est posé et retrouve un ECG plat permettant de déclarer le décès. Une panne de courant est constatée dans le service.

La famille sera vue en entretien par le médecin du service, et d'autres échanges seront proposés par la suite. Le conjoint de la patiente verbalisera ne pas être surpris de l'issue sans en avoir pour autant fait part de ses inquiétudes en amont aux équipes ayant pris en charge la patiente.

Cause(s) immédiate(s) :

Raptus suicidaire chez une patiente malgré les différentes évaluations du risque réalisées au cours des 30h de prise en charge

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Patiente ayant un trouble de l'usage de l'alcool avec une majoration de sa consommation depuis 1 mois et syndrome anxieux avec un mésusage de son traitement anxiolytique.
- Patiente venue aux urgences pour des convulsions à la suite d'un sevrage en benzodiazépine et troubles dysphagiques, sans trouble suicidaire identifié.
- Traitement habituel par benzodiazépine (TEMESTA©) mais plus d'ordonnance valide depuis 1 semaine, voire 1 mois, selon les dires de la patiente et son mari.
- Troubles anxieux, patiente renfermée, dans une posture défensive, conflits intrafamiliaux, déni des problématiques de soins avec plusieurs rendez-vous d'examens antérieurs non-honorés, refus de la patiente d'être prise en charge, conjugopathie, ne voyait plus ses filles, pas de risque suicidaire exprimé par le conjoint.

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocole d'évaluation du risque suicidaire ancien et peu appliqué dès lors que l'anamnèse ne décèle pas de raison particulière à une mesure plus formelle, pas de protocole formalisé et partagé sur le traitement des sevrages alcooliques, accès complexe au DMP dans l'établissement, pas de prise de contact avec le médecin traitant pour démêler les traitements à domicile, la procédure d'appel à l'administrateur de garde est connue mais n'a pas été appliquée par sidération de l'équipe.
- Gastroscopie avec résultat de gastrite.
- Priorisation de l'élimination d'un éventuel problème somatique avant une prise en charge psychiatrique selon les bonnes pratiques.
- Passage de l'équipe d'addictologie de liaison quotidien à l'UHCD pour les problématiques addictives, l'équipe du CMP (psychiatrie de liaison) passe en semaine les matins et la patiente a été admise un vendredi après-midi, dans l'intervalle, il faut envisager une prise en charge sur un autre hôpital, en absence de signe d'alerte, la mobilisation de l'équipe du CMP a donc été prévue pour le lundi matin suivant au vu de la prise en charge débutée.

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Évènement survenu un week-end d'été, la nuit, lors des périodes de congés avec fermeture de lits dans le service, réutilisation immédiate du lit rendant difficile le reste de la nuit pour la soignante ayant découvert le corps.

=> Liées à l'équipe :

- Transmissions orales et écrites effectuées dans ce cas mais il est parfois difficile de faire des transmissions orales pour les équipes de liaison du fait de la disponibilité des soignants.
- La patiente a reçu les informations concernant sa prise en charge, les risques liés au sevrage des benzodiazépines, mais la période de sevrage n'est pas propice à la bonne compréhension des patients. Elle n'a pas sollicité le personnel pour manifester son mal-être et n'était pas dans la demande.
- Pas d'appel à l'administrateur de garde.

=> Liées à l'environnement de travail :

- La présence de l'administrateur de garde et du cadre de permanence est connue selon la procédure.
- Présence de longs câbles de télévision accessibles dans les chambres des patients.
- L'appel du conjoint de la patiente a eu lieu pendant le tour de prise de poste de l'équipe de nuit, qui finit donc son tour en passant par la chambre de la patiente concernée.

=> Liées à l'organisation et au management :

- Pas de focus particulier sur la mise en sécurité des agents lors des formations aux gestes des premiers secours
- Les actions de formations–flash prévues par l'équipe du Centre Médico-Psychologique (CMP) sur l'évaluation du risque suicidaire n'ont pas été réalisée

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité



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

- Évaluation du risque suicidaire

N°14

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

- Sécuriser les câbles de télévision dans les chambres des patients
- Poursuivre les formations AFGSU du personnel
- Formaliser et paramétrer la conduite à tenir sur le logiciel du dossier patient sur l'échelle RUD (risque suicidaire)
- Rédiger un protocole sur les bonnes pratiques en matière de sevrage et l'utilisation de l'échelle de Cushman
- Reprendre les formations-flashs du personnel du CMP
- Poursuivre les formations institutionnelles sur les risques suicidaires et la gestion des sevrages
- Rappeler aux équipes la procédure d'appel à l'administrateur de garde
- Rappeler le cadre des missions de l'équipe d'addictologie de liaison

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

Il ne s'agit pas d'un EIGS car le risque suicidaire de cette patiente a été évalué plusieurs fois au cours de la trentaine d'heure qu'a duré sa prise en charge. Bien que l'analyse de l'évènement ait révélé quelques améliorations possibles, cela n'aurait probablement pas modifié l'issue de cette prise en charge. La cause immédiate identifiée est liée à la patiente, on peut donc considérer que l'évènement n'est pas lié aux soins mais constitue plutôt un aléa.

Prise en charge préhospitalière d'une chute à domicile

N°15

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Urgences

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Un appel arrive à l'assistant de régulation médicale (ARM) du SAMU-Centre 15 de la part d'une voisine : une dame âgée de plus de 75 ans est tombée. Elle est couchée par terre, elle saigne, elle répond aux questions en levant la main, mais ne parle pas. L'identité et l'adresse de la patiente sont recueillies, une demande d'ambulance avec un délai de 15 minutes est passée et l'appel est transféré au médecin régulateur urgentiste (MRU). L'interrogatoire du MRU détermine qu'il s'agit d'une chute, la patiente est au sol, les yeux ouverts et ne répond pas. L'interrogatoire du témoin est difficile, elle ne connait pas bien sa voisine. Le MRU lui demande de rester en attendant les secours.

Les ambulanciers réceptionnent la demande initiale 3 minutes plus tard pour un malaise sans perte de connaissance initiale avec demande de départ immédiat dans un délai de 15 minutes. L'ambulance prend la route 3 minutes plus tard et arrive au domicile de la patiente en 22 minutes. Lors de l'évaluation clinique sur place, la patiente est trouvée en décubitus latéral sans notion de durée exacte de sa station au sol. Elle répond, sert les mains, se trompe dans la temporalité et évoque une douleur à la hanche droite. Elle présente une lésion apparente au cuir chevelu, difficilement évaluable à cause du sang séché. Dans ses antécédants, on note une hypertension et une dépression. Ses constantes sont les suivantes : pression artérielle à 9/6 mmHg, fréquence cardiaque à 80 bpm, absence de cyanose, absence de pâleur, température à 35.4°C, saturation imprenable, extrémité des membres froids, glycémie capillaire non relevée. Une infirmière libérale est présente sur place et semble rassurante notamment en contrebalançant les constantes avec l'état cachectique de la patiente.

L'évaluation clinique initiale est transmise au SAMU-Centre 15. Devant l'absence de signe d'alerte communiqué et requestionné, et en présence d'un soignant non-inquiet, les ambulanciers prennent en charge le traumatisme : mise en place du matelas immobilisateur à dépression (MID), du collier cervical et transfert sur le brancard. Il est évalué que le transport peut se réaliser sans renfort médical, l'ARM oriente la patiente au service des urgences le plus proche pour bilan de chute sans transmission du bilan au MRU. Dans le véhicule, le brancard est en déclive en position de Trendelenbourg. Une vérification de l'état de conscience est réalisée durant le transport, la patiente est consciente, agitée, elle tente plusieurs fois de se détacher du MID. Une interaction verbale est maintenue durant tout le transport.

À l'arrivée au service des urgences, des transmissions sont réalisées à l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA). Les constantes sont reprises, avec un relevé de la glycémie à 0.31 g/L, un score de Glasgow à 11, une pression artérielle systolique supérieure à 15 mmHg et une bradycardie à 28 bpm.

N°15

Devant l'état inquiétant de la patiente, l'IOA contacte sans délai l'urgentiste pour une prise en charge en secteur de traumatologie. L'IOA accompagne les ambulanciers et la patiente pour une installation immédiate en secteur de traumatologie puis transmet les informations à l'équipe du secteur. La prise de constante à l'arrivée en secteur de traumatologie confirme la dégradation clinique rapide de la patiente : le score de Glasgow est à 3, la glycémie capillaire faite à 2 reprises est à 0,11 g/L. Une administration immédiate de 2 ampoules 10mL de G30% est réalisée, mais la patiente tombe en arrêt cardio-respiratoire. Des manœuvres de réanimation sont immédiatement débutées, avec une intubation orotrachéale et un massage cardiaque externe et la mise en place d'une voie intra-osseuse. Aucun tracé électrocardiographique n'est visualisé au scope.

Vingt-cinq minutes après le début de la réanimation, une décision collégiale d'arrêt est prise devant l'inefficacité des mesures débutées. La famille, le médecin traitant et le SAMU-Centre 15 sont informés du décès de la patiente.

Cause(s) immédiate(s) :

Sous-estimation collective de l'état clinique de la patiente à domicile par l'ensemble des acteurs

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Comorbidités multiples : hypertension, BPCO, poumon broncho-emphysémateux, sténose modérée de la carotide, syndrome de Fernand Widal avec asthme
- Station au sol de durée indéterminée, glycémie à 0,6 g/L réalisée la veille en ville, anémie persistante avec perte de poids (38 kg) et d'appétit, un rdv était prévu 5 jours plus tard en gastroentérologie (information récupérée via OMNIDOC)
- Absence de traitement hypoglycémiant et traitement antihypertenseur compliquant l'interprétation des chiffres tensionnels
- Vie isolée, proposition faite par le médecin traitant d'institutionnalisation refusée par la patiente

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Pas de mesure de la glycémie, d'évaluation du score de Glasgow ni de la fréquence respiratoire, bilan transmis incomplet et non requestionné
- Bilan initial rassurant et non requestionné, pas de contrôle tensionnel ni de bilan intermédiaire réalisés durant le transport
- Pas de questionnement sur les paramètres manquant par le Centre 15, ni d'avis de la régulation de médecine d'urgence sur le bilan transmis

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Sous-estimation collective de l'importance de relever la fréquence respiratoire comme symptôme d'alerte

=> Liées à l'équipe :

- Transmission subjective des bilans avec mise en balance d'anomalies des constantes avec l'état clinique de la patiente (cachexie, extrémités froides, ...)
- Patiente somnolente dans l'incapacité de répondre
- Score de Glasgow et fréquence respiratoire non-tracés
- Bilan transmis au SAMU-Centre 15 sans saturation (imprenable), glycémie capillaire, durée indéterminée de la station au sol
- Bilan non-évalué en régulation de médecine d'urgence

=> Liées à l'environnement de travail :
- Infirmière libérale présente sur place qui ne semble pas inquiète et n'est pas participative sur la prise en charge
- Volume d'appel des MRU au Centre 15 avec des délais d'attente parfois longs

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

=> Liées au contexte institutionnel :
- Sous-effectifs récurrents dans les Centres 15 pour répondre à la demande

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui ont fonctionné :
- Demande immédiate d'un vecteur de transport adapté à la clinique
- Régulation de médecine d'urgence
- Départ validé par le Centre 15 et orientation adaptée à la clinique
- Évaluation et tri dès l'arrivée aux urgences par l'IOA, orientation immédiate en secteur traumatologie et information des équipes du secteur par l'IOA

=> Barrières de récupération qui ont fonctionné :
- Transmission et orientation au service des urgences avec l'IOA
- Administration de 2 ampoules de 10 mL de glucose

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Procédure d'urgence vitale au service des urgences

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

- Travailler sur la transmission factuelle des bilans régulés par le Centre 15, avec requestionnement systématique en cas de constantes manquantes et avis MRU en cas d'anomalie
- Resensibiliser à l'importance de la fréquence respiratoire et au score de Glasgow dans un bilan de médecin d'urgence
- Réaliser des revues de dossiers et écoutes en collaboration avec le Centre 15 pour améliorer la communication des acteurs préhospitaliers
- Former / sensibiliser régulièrement à la transmission des bilans
- Réfléchir à des exercices de communication spécifiques

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car les défauts de communication entre professionnels sur cette prise en charge préhospitalière ont pu conduire à une perte de chance pour cette patiente dont la prise en charge s'est finie sur un décès.

Chute d'une patiente âgée sous anticoagulants lors d'une consultation externe

N°16

Secteur : Sanitaire

Spécialité : Consultations externes

Gravité déclarée : Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Une patiente est admise en SMR pour rééducation locomotrice à la suite d'une ostéosynthèse du col fémoral gauche par clou gamma.

Une semaine après son admission, elle doit se rendre à une consultation de contrôle prévue en matinée en consultation externe de traumatologie du centre hospitalier qui l'a opérée. La patiente est transportée en ambulance couchée jusqu'au service de consultations externes de traumatologie. Les formalités d'admission sont réalisées pour la consultation et la patiente est prise en charge par l'une des deux infirmières présentes. Elle est installée en salle d'examen sur le brancard des ambulanciers par ces derniers et l'infirmière. Les ambulanciers sortent ensuite du box de consultation pour attendre la patiente et l'infirmière informe la patiente que le médecin arrive pour la consultation. Elle quitte ensuite la salle d'examen en donnant à la patiente la consigne de ne pas se lever du brancard en attendant le médecin.

Quelques instants plus tard, les ambulanciers entendent un bruit et constatent en entrant que la patiente est tombée du brancard. Le brancard était également renversé, la patiente pourrait avoir voulu sortir du brancard mais les barrières levées l'en auraient empêchée. Elle pourrait s'être dirigée vers le bas du brancard pour sortir et celui-ci aurait basculé, entrainant sa chute. Elle a ensuite poussé la porte du box, elle était au sol et les ambulanciers l'ont aidée à se relever en même temps que le médecin arrivait.

A nouveau allongée sur le brancard, l'infirmière et le médecin constatent que la patiente présente un œdème sur le côté droit du front. L'infirmière et le médecin lui demandent comment elle se sent, et le médecin réalise un examen neurologique minutieux et complet. La patiente ne présente aucune plainte somatique et la question des anticoagulants n'est pas explorée. Il poursuite ensuite la consultation. À la fin de la consultation, la patiente repart accompagnée des ambulanciers, avec des consignes de surveillance neurologique qui seront appliquées par les ambulanciers durant le trajet, ainsi qu'une transmission orale pour l'équipe du SMR concernant sa chute. L'évènement sera tracé sur le dossier de consultation.

De retour au SMR, les ambulanciers informent l'infirmière du service que la patiente est tombée du brancard, qu'elle a une bosse, que sa chute a été signalée au chirurgien mais qu'elle va bien. La mention de la chute n'est pas retrouvée dans les documents de liaison. La patiente confirme les dires de l'ambulancier, elle ne signale pas d'anomalie et ne présente aucun signe d'anxiété face à cette chute. L'infirmière l'installe, contrôle la zone de l'impact. La patiente prend son repas le soir. La nuit se passe sans particularité avec des surveillances régulières habituelles vers 23h, 2h et 4h, sans surveillance neurologique spécifique, ni prise de constante particulière.

Le lendemain, les constantes de la patiente sont prises au tour du matin : fréquence cardiaque à 91 bpm, tension artérielle à 190/90 mmHg. Elle est installée pour le petit déjeuner. Lorsqu'une ASH veut lui apporter le petit déjeuner 20 minutes plus tard, elle constate que la patiente est au sol et qu'elle a vomi. L'infirmière est avertie, elle appelle le médecin d'astreinte qui préconise de contacter le SAMU-Centre 15. La patiente est transférée au service des urgences du centre hospitalier et la famille est informée du transfert.

Au service des urgences, un examen neurologique est réalisé avec une dégradation perceptible en 30 minutes de prise en charge, des troubles de la conscience et une confusion. Un scanner cérébral est demandé et réalisé, il révèle un hématome sous dural avec effet de masse. Un avis neurochirurgical est demandé : il n'y a pas d'indication à une chirurgie immédiate, l'hématome sous dural est trop ancien pour une extraction et le volet est impossible à cet âge, d'autant plus que la patiente est anticoagulée. Le pronostic vital est engagé et fortement défavorable. L'anticoagulant est arrêté et un scanner de contrôle est programmé dans les 48h. La famille est informée et la patiente est transférée en réanimation ou une limitation des thérapeutiques actives est décidée collégialement avec la famille. La patiente décèdera 4 jours après son entrée en réanimation.

Cause(s) immédiate(s) :

Sous-estimation collective du risque et de la gravité d'une chute

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Déplacements à domicile à l'aide d'un déambulateur et fracture du col fémoral à la suite d'une chute
- En SMR, la patiente glisse parfois de son fauteuil sans réelle chute, l'évaluation du risque réalisée n'est pas en faveur d'un risque élevé
- Pas de trouble cognitif, elle ne justifie d'aucune contention mécanique ou chimique
- Traitement anticoagulant
- La patiente ne présente aucune anxiété liée à un risque de chute

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Pas de protocole de prise en charge des chutes en consultation de traumatologie
- Pas de demande de scanner au vu de l'état clinique rassurant de la patiente
- Pas de consigne sur une contention pour le transport en absence d'indication
- Pas de consigne sur les hauteurs de brancard à conserver dans les box de consultation, ni sur une surveillance en absence de point d'alerte
- Pas de surveillance rapprochée spécifique post-chute d'un patient sous anticoagulant en SMR en absence de consigne transmise

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :

- Information de la chute de la patiente non communiquée au médecin du SMR
- Pas de fiche de liaison SMR – centre hospitalier lors d'une consultation programmée, mais courrier de consultation pour retour au SMR
- Traçabilité de la chute et des consignes de surveillance non retrouvées dans les documents de liaison
- En consultation de chirurgie traumatologique, 2 IDE pour 4 box

=> Liées à l'environnement de travail :

- Pas de système d'appel malade dans les salles de consultation de chirurgie traumatologique
- Difficultés d'ouverture du dossier patient informatisé (DPI) dans le secteur de consultation traumatologique
- Nombre de patients important et bruits dans les couloirs de consultation de traumatologie, gestion en flux tendu

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

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

- Ceinture de sécurité et barrières du brancard sont des dispositifs de sécurité du transport et non des dispositifs de contention
- Examen des patients sur les brancards ambulanciers en consultation de traumatologie afin de limiter le risque de chute lié à des transferts sur des tables d'examen exempts de barrières

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

- Examen neurologique post-chute minutieux et complet
- Communication orale interprofessionnelle

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Transfert dans un secteur de soins adapté et prise en charge de l'urgence dès l'identification des symptômes de gravité du traumatisme crânien

N°16

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

=> SMR :

- Information et sensibilisation des soignants et de l'encadrement sur l'importance de la communication avec les ambulanciers, de la traçabilité des informations données et des surveillances réalisées
- Traçabilité de l'heure précise de retour des patients dans le service et des éventuels incidents et/ou informations transmis par les ambulanciers
- Rédaction d'une fiche réflexe " Incident en cours de transport / examen extérieur "
- Révision du protocole " Conduite à tenir en cas de chute d'un patient sous anticoagulant "
- Rappels sur la prise en charge des patients chuteurs sous traitement anticoagulant

=> Centre hospitalier :

- Traçabilité du service de consultation traumatologie pour les documents de liaison
- Réflexion sur la mise en place d'appels-malade sans fil
- Demande de surveillance en box par les ambulanciers si ceux-ci attendent leurs patients
- Mise à disposition du protocole " Prise en charge des traumatismes crâniens " des urgences

=> Actions communes :

- Travailler les documents de liaison à l'adressage et à la sortie des patients lors de consultations externes

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car la chute grave chez une patiente âgée sous anticoagulants est un évènement inattendu au cours d'une consultation externe et est très probablement lié au décès de la patiente.



PARTIE 2

RÉCITS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS) ACCOMPAGNÉS EN 2025

B Signalements du secteur médico-social

Syndrome occlusif avec vomissements fécaloïdes ayant entrainé le décès d'une résidente

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

Une résidente de plus de 90 ans, démente et prise en charge en EHPAD depuis 3 ans est atteinte d'une constipation résistante, dans un contexte de sortie récente d'hospitalisation pour pyélonéphrite aigue.

Dans ce cadre, l'IDE contacte le médecin traitant par téléphone qui donne pour consigne de réaliser un lavement. Dans le milieu de l'après-midi, celle-ci présente des vomissements fécaloïdes motivant un nouvel appel téléphonique auprès du médecin traitant. La consigne donnée est alors de l'envoyer au service d'accueil des urgences le plus proche (SAU) avec accord de la famille.

La résidente est transportée au SAU dans l'heure suivant cet appel. Ses constantes à l'arrivée mettent en évidence une hypothermie à 34.5°C et une hypertension. L'examen clinique est réalisé par le médecin une heure après sa prise en charge initiale avec prescription d'un bilan biologique et d'un antihypertenseur. Le bilan biologique réalisé retrouve un syndrome inflammatoire modéré sans hyperleucocytose. La tension reste élevée malgré l'administration du traitement antihypertenseur.

Un toucher rectal est réalisé avec le retrait de quelques selles dures, ainsi qu'un lavement par Normacol. Deux heures plus tard, un nouvel examen clinique est réalisé sans particularités au niveau abdominal. Il est à noter une absence de selles malgré le lavement. Avec ces éléments cliniques rassurants, une décision de retour à l'EHPAD est prise avec prescription pour le lendemain d'un laxatif par voie orale et d'un nouveau lavement. La tension est recontrôlée avant la sortie du SAU est toujours élevée. La résidente est de retour à l'EHPAD à 00h avec une ordonnance.

Peu avant 6h, l'aide-soignant en poste constate une hypothermie à 33,8°C et met en place des couvertures pour réchauffer la résidente. Une heure plus tard, la température est inchangée et la résidente présente de nouveaux vomissements fécaloïdes. A 7h, au moment de la prise de poste des IDE, une IDE contacte le SAU pour obtenir le compte-rendu de passage aux urgences qui sera récupéré par fax à 9h30. A 10h30, un examen clinique est réalisé par le médecin traitant qui intervient à l'EHPAD qui confirme une altération de l'état clinique avec tirage, douleur lombaire, perte d'appétit et hydratation impossible d'où une demande de nouveau transfert au SAU. Une ambulance couchée est commandée par l'IDE. On annonce au moment de la commande une arrivée en milieu d'après-midi. Devant un état clinique stable, le délai est acceptable.

N°17

Les vomissements fécaloïdes se poursuivent jusqu'à l'arrivée de l'ambulance. A l'arrivée des ambulanciers, la résidente présente un arrêt cardio-respiratoire sur probable inhalation fécaloïde. Les manœuvres de réanimation sont immédiatement débutées par l'IDE de l'EHPAD avec contact du Centre 15 par les ambulanciers dans le même temps. Le Centre 15 contacte le médecin traitant et demande l'arrêt de la réanimation.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut de coordination dans la prise en charge d'un syndrome occlusif

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Hospitalisation récente pour pyélonéphrite aigue donc fragilisation de l'état de la résidente et potentiellement facteur aggravant d'une constipation chronique potentiellement résidante au traitement classique
- Âge, démence, fragilité
- Troubles de la mémoire mais patiente compliante au traitement

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocole de lavement colique en cas de constipation récente impossible à appliquer du fait de l'apparition de vomissements fécaloïdes (EHPAD)
- Non réalisation d'un scanner abdominal alors que le protocole existe au centre hospitalier : non indiqué dans ce cas clinique
- Intervention unique de l'interne du centre hospitalier sur la prise en charge avec intervention du sénior au moment de la sortie de la patiente
- Non communication des éléments permettant une poursuite de la prise en charge au retour de la résidente dans la structure ce qui a entrainé de ce fait une perte de temps. Non prise en compte de la vulnérabilité de la résidente qui aurait pu conduire à une hospitalisation : sortie récente, hypothermie

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Séniorisation au moment de la validation de la sortie

=> Liées à l'équipe :

- Absence de communication entre les professionnels du centre hospitalier et de l'EHPAD
- Au moment de la relève entre équipe de jour et de nuit au SAU, la notion d'hypothermie pour cette patiente n'a pas été évoquée et n'a pas de ce fait été réévaluée.
- Lettre du médecin traitant accompagnant la résidente à son admission au SAU mais non retrouvée au SAU. Un appel du médecin traitant aurait pu être envisagé sur ce cas clinique.

=> Liées à l'environnement de travail :

- 6h d'attente pour un transfert au SAU annoncé dès l'appel de l'ambulance

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

=> Liées au contexte institutionnel :

- Demandes d'échanges avec le centre hospitalier restées sans réponses pour conventionnement avec le service de court séjour gériatrique face à certaines difficultés avec le service des urgences notamment.

N°17

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :
- Surveillance régulière du transit et transmissions écrites

=> Barrière de récupération qui n'a pas fonctionné :
- Premier transfert aux urgences au moment de l'apparition des vomissements fécaloïdes

=> Barrière d'atténuation qui n'a pas fonctionné :
- Appel au SAMU devant le délai annoncé de prise en charge des ambulanciers.

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

- Rappel aux équipes des urgences et des services d'hospitalisation de l'obligation de fournir un courrier de sortie (compte-rendu d'hospitalisation)
- Privilégier un appel direct entre médecins pour un transfert vers le service des urgences
- Réévaluer le protocole de réalisation d'un scanner dans le cas de vomissements fécaloïdes (pour le centre hospitalier)
- Écrire un courrier commun entre le centre hospitalier et les ambulances pour évoquer les problèmes récurrents de transport non médicalisé

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, semble, après analyse, être lié à des problématiques de coordination sur le parcours de la résidente et a eu pour conséquence son décès.

Retard de prise en charge d'une rétention aigue d'urines

N°18

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

Un mois avant l'évènement, le résident concerné présente un épisode de rétention aiguë d'urines nécessitant l'intervention d'un médecin de garde, la pose d'une sonde urinaire et l'administration d'une antibiothérapie.

Il est revu par son médecin traitant 11 jours après. Devant un ECBU positif à *Enterococcus faecalis* résistant à l'antibiothérapie actuelle, il remplace le traitement et prescrit une perfusion d'hydratation sous-cutanée. Le médecin traitant envoie la prescription pour le nouvel antibiotique par mail ainsi que des explications sur le protocole de désondage à appliquer avec couverture adaptée par Alfuzosine (alpha-bloquant).

Le médecin coordonnateur réévalue cliniquement le résident quelques jours après la visite du médecin traitant et note une amélioration de son état général. L'aide-soignant en poste en profite pour demander la programmation du retrait de la sonde urinaire car elle gêne le patient. Le retrait est alors prévu 3 jours plus tard avec début du protocole de désondage le jour-même.

Le désondage est réalisé à la date prévue sans incident. Les deux jours suivants, le constat est fait qu'il y a peu d'urines dans la protection et il est noté de surveiller ce paramètre particulièrement préoccupant. L'état clinique du résident se dégrade, un défaut d'hydratation est relevé motivant la pose d'une hydratation sous-cutanée sans prescription ni protocole de service.

Le résident continue de se dégrader cliniquement, il s'alimente peu et est douloureux. Cela incite l'IDE à appeler le médecin de garde qui constate une rétention aiguë d'urines et pose une sonde urinaire qui évacue un globe vésical de 1,3L. Les paramètres du résident sont stables, le médecin de garde prescrit un ECBU, une biologie et du paracétamol pour la douleur. Son état clinique reste stable à la suite de la pose de la sonde.

Le lendemain, la biologie demandée est réalisée. Le médecin de garde appelle en début d'après-midi car les résultats sont inquiétants avec la présence d'un syndrome inflammatoire et d'une insuffisance rénale aiguë. Il demande à l'IDE en poste de voir avec le médecin traitant si un transfert au Service d'Accueil des Urgences le plus proche est envisageable, et envoie une ordonnance d'antibiotiques dans l'intervalle. A la réception de l'ordonnance, l'IDE réalise qu'elle est au nom de l'épouse du résident, décédée 15 jours plus tôt. L'IDE se rend compte qu'il y a eu une erreur d'identitovigilance au moment du prélèvement du bilan le matin. Le médecin traitant a bien reçu les résultats du bilan mais n'a pas donné suite puisqu'il était au nom de l'épouse du résident décédée. L'IDE tente de joindre le médecin traitant par téléphone sans succès et envoie donc un mail.

N°18

Le médecin traitant prend connaissance du mail en fin de journée, rappelle l'EHPAD et demande un transfert en urgence du résident. Il est transféré en ambulance en état de coma et décède le lendemain en UHCD.

Cause(s) immédiate(s) :

Retard de prise en charge d'une rétention aiguë d'urines

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Épisode antérieur de rétention aiguë d'urines, prostatisme
- Résident âgé de plus de 80 ans

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Procédure identitovigilance non utilisée, étiquettes des résidents non à jour, méconnaissance de la procédure pose et gestion d'une perfusion sous-cutanée, procédure sur les transmissions ciblées non-utilisée par certains agents
- Pas d'appel au médecin devant le constat d'absence d'urines

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Séniorisation au moment de la validation de la sortie

=> Liées à l'équipe :
- Difficultés de communication en l'absence d'IDEC, dysfonctionnement dans la communication écrite entre les équipes de jour et de nuit, défaut de communication interprofessionnelle au vu de l'urgence clinique
- Défaut de la traçabilité de la reprise mictionnelle suite au désondage

=> Liées à l'environnement de travail :
- Personnel réfractaire à l'utilisation du logiciel métier, difficultés à utiliser le logiciel liées à des problèmes de lecture et d'écriture pour certains agents, prescription à distance des médecins traitants impossible depuis leur cabinet
- Recours au personnel vacataire de manière régulière
- Situation d'urgence pour un autre résident dans le même temps

=> 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 :
- Surveillance de la reprise mictionnelle

=> Barrière de récupération qui a fonctionné :
- Sollicitation du médecin face à la non reprise mictionnelle

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Transfert vers le service d'urgence

N°18

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

- Mettre en place une formation sur l'utilisation du logiciel métier notamment à la prise de fonction et de manière régulière pour les autres agents y compris les médecins traitants
- Mettre à jour les étiquettes des résidents présents dans l'établissement
- Faire une sensibilisation sur la gestion de l'urgence aux IDE
- Faciliter la communication entre les médecins traitants et les IDE par un numéro de téléphone spécifique
- Rappeler aux équipes l'importance de tracer les informations (transmissions cibles, validation des soins, diagramme de suivi) pour le suivi des résidents
- Mettre à jour les procédures sur la surveillance mictionnelle d'un patient sondé, sur la pose d'une perfusion sous-cutanée

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car des dysfonctionnements dans la prise en charge de ce résident ont pu être identifiés et ont engendré le décès du résident.

Surdosage en lithium chez une résidente lié à une erreur de dispensation

N°19

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Mise en jeu du pronistic vital

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

Résumé de la chronologie des faits

Une résidente souffrant d'un trouble bipolaire est hébergée depuis 13 ans en EHPAD. Elle est sous lithium bien équilibré et suivie par le CMP de son secteur. À la suite d'une consultation par son médecin et son psychiatre traitant à l'EHPAD, son traitement habituel est renouvelé pour 2 mois. Il y est ajouté du paracétamol devant un épisode infectieux aigu avec fièvre.

La prescription est réalisée sur le logiciel de soins informatique de l'EHPAD et arrive à la pharmacie d'officine grâce à l'interfaçage directe entre les logiciels de l'EHPAD et de la pharmacie. L'ordonnance est aussi fournie en papier par l'EHPAD pour double vérification. Elle contient l'ensemble du traitement prescrit sur le même support et est préparée à partir des boîtes nominatives des résidents contenant l'ensemble des médicaments déstockés. Lors de la constitution des piluliers, le paracétamol est remplacé par du lithium. L'ensemble des validations se fait manuellement. La livraison des piluliers et des traitements hors piluliers a lieu plusieurs fois par semaine, les conditionnements sont nominatifs et adaptés, avec signature du document de délivrance à réception. Les piluliers sont constitués d'alvéoles avec identification des médicaments et dates de péremptions inscrits manuellement sur l'opercule des alvéoles. L'infirmier en poste à l'EHPAD assure le rangement des piluliers et des traitements hors piluliers dans la salle de soin de l'EHPAD. Les procédures de l'EHPAD prévoient un contrôle aléatoire des piluliers les mardis et jeudis, avec un contrôle sur la base de l'alvéole du pilulier réidentifié en pharmacie.

Le lithium est administré en lieu et place du paracétamol par les infirmiers avec une concordance vérifiée entre inscription sur le pilulier et l'ordonnance pendant 3 jours. Le 3ème jour, la résidente présente une somnolence, une hyperthermie et des rougeurs apparaissent sur ses membres inférieurs. Son état clinique se dégrade dans la journée, justifiant un appel au SAMU-Centre 15 et un transfert au service d'accueil des urgences le plus proche. Elle rentrera dans la nuit à l'EHPAD.

Le lendemain, l'état de la résidente continue de se dégrader. L'infirmier administre un 1g de paracétamol prescrit en si besoin et vérifie le contenu des piluliers pour réaliser cette administration. Il constate la présence de 2 comprimés blancs ronds, 1 sécable et 1 non-sécable. L'ensemble du traitement de la résidente est passé en revue et l'erreur de dispensation et d'administration est identifiée. L'infirmière coordinatrice et l'administrateur de garde sont alertés et le SAMU-Centre 15 est à nouveau contacté pour la conduite à tenir. La résidente sera hospitalisée pour décompensation cardiaque et surdosage en lithium. Elle restera hospitalisée 16 jours avant de rentrer à l'EHPAD.

N°19

Cause(s) immédiate(s) :

Erreur de dispensation et d'administration médicamenteuse

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Vie en EHPAD, sous tutelle, peu de visite extérieure
- Fièvre sur foyer pulmonaire basal droit
- Lithium, médicament à marge thérapeutique étroite

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Préparation de la dispensation à partir de boîtes de médicaments déstockés, blisters des piluliers réalisés à partir des mentions de l'ordonnance, validation manuelle des lignes de l'ordonnance lors de la préparation des piluliers, pas de contrôle systématique de la dispensation ordonnance / pilulier / identité du résident prévu à l'EHPAD
- Après la préparation des piluliers, les comprimés ne sont plus identifiables (nom, dosage date de péremption et numéro de lot) jusqu'à l'administration qu'au travers du ré-étiquetage manuel de l'alvéole du pilulier

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :
- Contrôle de l'administration réalisée à partir des blisters erronés des piluliers
- Inattention quant à l'aspect visuel des traitements pour déceler l'erreur

=> Liées à l'environnement de travail :
- Pas de scanner prévu des boîtes pour valider les lignes des ordonnances lors de la préparation des piluliers en officine

=> Liées à l'organisation et au management :
- 3 IDE sur 5 formées à la sécurisation du circuit du médicament

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :
- Sécurisation de la dispensation en pharmacie selon la norme ISO 9001

=> Barrières de récupération qui n'ont pas fonctionné :
- Contrôle aléatoire des piluliers les mardis et jeudis avec un contrôle sur la base de l'alvéole du pilulier réidentifié en pharmacie
- Contrôle avant administration sur tablette numérique et alvéole du pilulier

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Alerte médicale devant tout nouveau symptôme dont coordination avec le SAMU-Centre 15

N°19

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

- Réédition complète des traitements en cas de questionnement en cours de préparation des piluliers
- Double vérification attentive avec mise en place de fiches de contrôle
- Réalisation du scanner des boites de médicaments lors de la préparation des piluliers pour bloquer la préparation si le traitement ne correspond pas à la prescription
- Vérification aléatoire d'un pilulier chaque mardi et jeudi à l'EHPAD

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car des dysfonctionnements dans la prise en charge de cette résidente ont pu être identifiés et ont engendré le décès de la résidente.

Défenestration d'un résident en unité de vie protégée (UVP)

N°20

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 avec troubles cognitifs sévères est transféré d'un autre EHPAD afin de le séparer de son épouse, épuisée, car la situation est conflictuelle et les enfants ont fait le choix de séparer le couple. Il est admis en UVP et sur son dossier de liaison figure la notion de risque de suicide et déambulation. À l'EHPAD, le résident dit se sentir prisonnier et pense qu'on veut le faire mourir.

Lors d'un dîner, le résident reçoit la visite de sa fille, il est calme et semble apaisé. La fille décide de réaliser un appel vidéo entre son père et sa mère qui se déroule sans difficulté particulière. Avant le coucher, une aide-soignante prépare la chambre du résident pour la nuit : ouverture du lit, fermeture des volets électriques, lampe allumée afin de signifier au résident que la nuit arrive. Le résident se renseigne sur l'heure prévue du petit-déjeuner le lendemain. Lors de la 1ère ronde de nuit, les deux veilleuses se rendent dans la chambre du résident et constate qu'il dort dans son fauteuil confort comme à son habitude.

Les deux veilleuses prennent leur pause repas de la nuit à 3 mètres de la chambre du résident. La télévision est allumée. Un bruit métallique, identique au son d'une barrière de lit, provenant de la chambre du résident est entendu. Les deux veilleuses se rendent dans la chambre du résident mais celui-ci n'y est pas. Le rideau cache initialement la fenêtre. Elles débutent donc la recherche du résident : les chambres et les locaux susceptibles d'être ouverts sont vérifiés un à un, ainsi que le jardin extérieur de l'UVP à l'arrière de l'EHPAD, mais le résident est introuvable. L'une des deux veilleuses retourne vérifier la chambre, fouille l'armoire puis se baisse côté fenêtre pour regarder sous le lit et ressent un courant d'air frais le long de son dos. Elle regarde la fenêtre et constate que celle-ci est entrouverte de 2 cm environ. Le volet est enfoncé, sorti de ses rails et de travers. Elle regarde alors par la fenêtre et aperçoit le résident allongé sur le sol, côté gauche, devant l'entrée de l'EHPAD.

Les deux veilleuses descendent auprès du résident pour lui prodiguer les premiers soins tout en appelant les secours ainsi que le directeur. Les pompiers, le SMUR et les gendarmes arrivent rapidement sur place, mais les manœuvres de réanimation débutées seront inefficaces.

Cause(s) immédiate(s) :

Sécurisation insuffisante de la fenêtre d'un résident dans une unité de vie protégée

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Troubles neurocognitifs sévères, résident solitaire, confus, désorienté, refus fréquent des soins, des traitements, des activités et de se mélanger aux autres résidents, le résident dormait la plupart du temps dans son fauteuil habillé avec sa casquette sur la tête
- Syndrome anxio-dépressif, risque suicidaire évalué avant son transfert, noté dans le dossier de liaison et évoqué par le résident durant son séjour à de nombreuses reprises, la prochaine consultation avec le médecin traitant était spécifiquement prévue pour ce sujet, présentait des angoisses nocturnes sévères, des insomnies, une déambulation nocturne
- Changement d'un horaire de prise médicamenteuse depuis 1 mois, opposition régulière du résident à la prise médicamenteuse car refuse « d'être drogué »
- Accès à la fenêtre par les visiteurs en oscillo-battant
- Le résident vivait mal la séparation avec son épouse, exprimait très fréquemment son désir de voir ses enfants, était parfois agressif verbalement envers le personnel et parfois les autres résidents avec une attitude théâtrale, présentait souvent des troubles du comportement après la visite de ses proches et notamment un de ses frères et refusait tout échange avec la psychologue

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocole écrit de sécurisation des ouvertures en UVP non existant
- La vérification des ouvertures en UVP fait partie du quotidien de l'équipe sans être réellement une tâche définie à part entière, les fenêtres sont ouvertes pour la réalisation du ménage des chambres

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :

- Informations délivrées au résident et à la famille quant à la gestion des ouvertures en UVP, on évoque la porte d'accès à l'UVP et le système de fermeture des portes des chambres mais on n'évoque pas la fermeture des fenêtres
- Pas de notion de risque de suicide tracée dans le dossier médical par le médecin traitant
- Arrêt de l'IDEC et absence de médecin coordonnateur

=> Liées à l'environnement de travail :

- Visuellement, l'ouverture ou la fermeture des fenêtres n'est pas différenciable
- Prise en charge des résidents complexes au moment de l'évènement avec des familles très présentes et demandeuses, changements d'organisation au sein des équipes de jour et de nuit

=> Liées à l'organisation et au management :

- Absence d'IDEC et de médecin coordonnateur

=> Liées au contexte institutionnel :

- Ressources limitées des EHPAD pour effectuer des accompagnements de qualité
- Difficultés de remplacement des ressources coordonnatrices de l'EHPAD

N°20

Analyse des barrières de sécurité

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

- Élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé du résident en lien avec la politique de la structure sur la liberté d'aller et venir des résidents et avec la famille
- Effectif plein et habituel de l'EHPAD le jour de l'évènement, formé aux risques liés à l'agitation des résidents
- Évaluation et réévaluation des risques suicidaire, agitation, chute pour ce résident

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

- Accès fenêtres : fermeture en oscillo-battant, clé stockée dans le bureau soignant UVP
- Accès chambre : poignée de porte sécurisée
- Accès jardin : sécurisation via un interrupteur placé en hauteur peu accessible aux résidents
- Accès sécurisé aux locaux de soins ou logistiques
- Vérifications à réaliser en UVP

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Mise en œuvre de la procédure d'urgence vitale de l'EHPAD

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

- Intégrer la vérification des fenêtres des résidents en UVP dans les organisations de travail
- Limiter l'accès aux clés d'ouverture des fenêtres de l'UVP
- Étudier la possibilité d'une fermeture visuelle (rouge / vert par exemple) ou d'une alerte sonore sur l'ouverture des fenêtres
- Réfléchir à la pertinence des rideaux et à l'ajout d'un garde-corps aux fenêtres derrière les volets
- Ajouter une information sur les fenêtres lors des visites des familles en UVP
- Sensibiliser l'équipe sur l'évaluation du risque suicidaire

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu dans la prise en charge de ce résident dans une unité de vie protégée et a eu pour conséquence son décès.

Fracture du col fémoral lors d'une manipulation chez une résidente ostéoporotique

N°21

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

Une résidente de plus de 90 ans est hébergée en EHPAD depuis 6 ans pour maintien à domicile difficile dans le cadre de sa maladie de Parkinson. Dans ses traitements, une supplémentation calcique a été tentée, mais arrêtée devant l'apparition de vomissements. Depuis la découverte de sang dans ses changes, une suspicion de cancer utérin a été partagé à sa famille avec proposition d'explorations complémentaires, mais l'attitude rassurante des professionnels extérieurs à l'EHPAD ne permet pas à la famille de se rendre réellement compte de la situation. La personne de confiance, une des deux filles de la résidente, opte pour une surveillance biologique simple, et, en absence de diagnostic, aucune annonce formelle n'est réalisée.

Un mois d'été, la résidente présente une fatigue de plus en plus importante, avec une reprise régulière des saignements. La surveillance biologique est renforcée. Elle présente aussi une fatigue plus importante avec diminution des prises alimentaires. Le lieu de repas est modifié pour une meilleure surveillance et stimulation de la prise alimentaire. Devant ce changement clinique, le médecin coordonnateur propose un entretien à la personne de confiance, qui exprime ses inquiétudes devant l'amaigrissement et l'état général de sa maman. Il est alors rappelé l'existence de la masse utérine non explorée et qu'au vu de l'état général et de l'amaigrissement de la résidente, le pronostic devient péjoratif. La personne de confiance valide la poursuite de la surveillance biologique avec ajout de marqueurs tumoraux. En parallèle, elle fait part à la direction de l'EHPAD de ses inquiétudes quant à l'amaigrissement de sa maman, la directrice propose d'effectuer une surveillance renforcée des prises alimentaires en organisant les prises du petit-déjeuner et du dîner à l'étage afin de bénéficier de l'aide au repas par les aides-soignants ; Le repas de midi est conservé au restaurant afin de permettre les relations sociales ; La personne de confiance donne son accord.

Deux mois plus tard, l'EHPAD reçoit un mail dans lequel les 3 enfants de la résidente expriment leurs inquiétudes quant à la dégradation clinique de leur maman. Une rencontre leur est proposée. A l'occasion de cette dernière, la masse utérine non-explorée est réévoquée et le mot « cancer » est prononcé. Les enfants sont choquées et disent apprendre la nouvelle. Le dialogue est alors difficile à maintenir et finit par se rompre. Après 1 heure, les 2 parties se quittent et décident de se voir ultérieurement.

Le soir même, au moment du coucher, lors du transfert du fauteuil roulant au lit de la résidente, l'aide-soignante entend un craquement et appelle immédiatement l'infirmier qui intervient pour finir le coucher et constate un épanchement. Elle transmet que le médecin devra passer le lendemain matin. Lors de son examen, le médecin coordonnateur suspecte une fracture du col du fémur gauche, au vu de la déformation du membre. L'information est transmise à la personne de confiance et la résidente est transférée au CHU où elle sera hospitalisée 3 jours pour réalisation d'un geste d'ostéosynthèse. Son autonomie est dégradée et elle présente des troubles de la déglutition nouveaux en lien avec une bronchite aigüe.

N°21

Les troubles de la déglutition sont évalués et sa prise alimentaire est adaptée avec prescription de l'épaississement des liquides et du broyage des médicaments selon les recommandations des OMÉDIT. Les deux filles de la résidente, en colère, veulent connaître l'identité de la personne qui a réalisé le coucher et demandent l'accès complet au dossier médical de leur maman.

Cause(s) immédiate(s) :

Réévaluation inadaptée de la prévention de l'ostéoporose chez cette résidente dans un contexte d'annonce d'un diagnostic péjoratif non-perçu par la famille

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Résidente évaluée autonome, avec aide humaine aux transferts sans matériel, à risque connu et évalué d'ostéoporose, marche avec déambulateur, séance de kinésithérapie et inscription dans le groupe équilibre avec parcours de marche
- Processus tumoral non exploré, en accord avec la famille, pouvant influencer sur le bilan calcique de la résidente, diminution de la prise alimentaire récente, identifiée et en cours d'action, trouble de déglutition récent, évalué et pris en charge avec un passage en régime mixé, eau gélifiée et broyage des médicaments
- La supplémentation calcique prescrite pour prévenir l'ostéoporose avait provoqué des vomissements à la résidente
- Inadéquation entre la réalité et la perception de la famille sur la gravité potentielle de la situation gynécologique de la résidente

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Dispositif de prévention de l'ostéoporose en cours de déploiement au sein de l'EHPAD

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :

- Informations rassurantes délivrées à la famille par les professionnels extérieurs à l'EHPAD, participant à l'incompréhension entre la famille et l'équipe de l'EHPAD

=> Liées à l'environnement de travail : aucune

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

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

- Suivi médical, biologique et spécialisé de la résidente
- Réflexion sur la prévention de l'ostéoporose chez cette résidente
- Formation des aides-soignants aux gestes et postures lors des soins de nursing

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

- Association de la personne de confiance et de la famille
- Transmission des informations médicales à la personne de confiance

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Alerte immédiate

N°21

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

- Actions nutritionnelles pour limiter les risques liés à l'ostéoporose des résidents :
  - Ajout systématique d'un produit laitier à chaque repas
  - Enrichissement des purées et potages
- Accompagnement de l'équipe de l'EHPAD par l'Équipe Mobile de Prévention de la Perte d'autonomie des Personnes âgées en EHPAD du territoire
- Favorisation de l'activité locomotrice des résidents grâce au parcours de marche
- Réflexion pour la sécurisation des soins de nursing :
  - Formation et utilisation des disques de transfert
  - Équipement des chambres avec des rails de transfert

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu dans la prise en charge de cette résidente pour laquelle une prévention de l'ostéoporose a été débutée mais pas réévaluée et a eu pour conséquence de dégrader son autonomie (risque de déficit fonctionnel permanent). Le contexte relationnel difficile avec la famille a focalisé l'équipe.

Surdosage en haldol par confusion entre forme retard et forme immédiate en EHPAD

N°22

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Mise en jeu du pronistic vital

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

Résumé de la chronologie des faits

Une résidente est hébergée en EHPAD pour une maladie d'Alzheimer avec troubles cognitifs majeurs et épisodes itératifs d'agitation avec hétéro-agressivité. Elle est admise en EHPAD à la suite de l'épuisement de son époux aidant. Au-delà des troubles cognitifs, elle présente également des antécédents et des comorbidités cardio-emboliques. Son ordonnance habituelle comporte du TIAPRIDAL 100mg x2/24h en traitement de fond des épisodes d'agitation.

En plein été, devant un épisode non-résolutif, son médecin traitant réalise une prescription de HALDOL DECANOAS 50mg/24h en injectable en si besoin. L'ordonnance mentionne l'ensemble des éléments de prescription (galénique, dose, voie d'administration, rythme d'administration, etc.).

En ville, 2 formes injectables du médicament sont disponibles : HALDOL DECANOAS 50mg à libération prolongée et HALDOL 5mg injectable à action immédiate. Dans le stock de la pharmacie d'officine, seul est disponible l'HALDOL DECANOAS correspondant à la prescription. La dispensation du médicament s'effectue dans un contexte d'urgence face à l'agitation de la résidente. La boîte présente en stock à l'officine est acheminée selon la prescription reçue et après confirmation téléphonique auprès de l'EHPAD. Le traitement est administré durant 3 jours. Devant la persistance de l'état d'agitation de la résidente, un avis téléphonique d'un médecin remplaçant au cabinet est pris. Oralement, la consigne est passée d'augmenter l'HALDOL à 3 injections par jour sans consultation de la prescription initiale ni réalisation d'une nouvelle prescription écrite. Le traitement est administré selon les nouvelles directives durant 4 jours.

Le 5ème jour, la résidente présente une crise de démence particulièrement virulente entraînant l'arrêt de travail de l'aide-soignante lors des soins du matin. Sa collègue infirmière s'inquiète alors de l'utilisation de l'HALDOL DECANOAS. Un deuxième médecin remplaçant est informé et se déplace pour examiner la résidente. Après avis pris auprès d'un psychiatre, l'HALDOL DECANOAS est arrêté au profit d'un passage à l'HALDOL en gouttes, à raison de 50 gouttes x2/24h, soit 5mg x2/24h en systématique et surveillance clinique. La nouvelle prescription est appliquée durant 3 jours et une consultation psychiatrique est programmée pour recherche des signes de surdosage en HALDOL. Le psychiatre note une bonne tolérance clinique et hémodynamique, maintien l'HALDOL en goutte et prescrit la réalisation d'un ECG de contrôle dès que possible.

N°22

La résidente est transférée le lendemain au service des urgences le plus proche pour réalisation de l'ECG. Aux urgences, elle présente une agitation, une confusion et une hypersialorrhée. Le centre hospitalier contacte le centre antipoison (CAP-TV) pour analyse d'une suspicion de surdosage en HALDOL. Le CAP-TV transmet pour consigne de surveiller l'ECG et la température et transmet le cas au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV). La résidente rentre ensuite à l'EHPAD avec son courrier de sortie mentionnant la surveillance neurologique et de la température, l'arrêt de l'HALDOL, et une mise sous LEPTICUR et SERESTA 10mg au coucher. La surveillance clinique est appliquée avec une bonne tolérance clinique les trois jours suivants.

Au 3ème jour, la résidente présente une nouvelle crise d'agitation avec fièvre, troubles de la déglutition et apparition d'une crise tonico-clonique généralisée motivant un transfert aux urgences via appel au SAMU-Centre 15. Au service des urgences, un traitement par KEPPRA est initié. Le diagnostic de syndrome malin est écarté devant l'absence de syndrome extra-pyramidal et la fièvre motive l'instauration d'un traitement antibiotique. La résidente rentre à l'EHPAD avec son courrier de sortie mentionnant une nouvelle surveillance neurologique et de la température.

Le lendemain, elle présente des vomissements fébriles lors du petit déjeuner avec apparition brutale d'une hémiplégie, d'une paralysie faciale, qui évolueront vers le coma. Le médecin traitant est alerté et le diagnostic d'AVC est posé. Les traitements en cours sont arrêtés avec pose d'une hydratation sous-cutanée. Le mari de la résidente est informé et celle-ci décèdera dans la journée.

Cause(s) immédiate(s) :

- Erreur de prescription
- Analyse pharmaceutique de l'ordonnance inadaptée
- Alerte tardive au niveau de l'équipe soignante de l'EHPAD

Le décès de la résidente étant lié à un AVC, le lien entre le décès et l'évènement médicamenteux n'est pas certain

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Maladie d'Alzheimer, AVC
- Troubles cognitifs majeurs, épisodes itératifs d'agitation avec hétéro-agressivité
- Pas de mention de l'action prolongée de l'HALDOL DECANOAS sur l'emballage du médicament

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Méconnaissance des bonnes pratiques de prescription de l'HALDOL en initiation de traitement
- Protocole d'application des recommandations de bonnes pratiques de prise en charge des épisodes d'agitation obsolète
- Contexte de délivrance en urgence de la formule pour un EHPAD en difficulté avec une patiente agitée et hétéro-agressive

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Méconnaissance des professionnels de la différence HALDOL / HALDOL DECANOAS
- Épuisement des proches et des soignants face à l'agitation persistante de la résidente malgré l'ensemble des stratégies de traitement initiées

=> Liées à l'équipe :

- Pas de confirmation de la prescription directement auprès du prescripteur depuis l'officine, modification orale d'une prescription sans lecture de l'ordonnance initiale et sans réalisation d'une nouvelle ordonnance écrite par un autre prescripteur
- Absence d'information sur l'action prolongée de l'HALDOL DECANOAS lors de la dispensation à l'EHPAD
- Relai de professionnels médicaux et pharmaciens en période de vacances estivales, absence de médecin coordonnateur à l'EHPAD

=> Liées à l'environnement de travail :

- Pas d'HALDOL 5mg injectable à libération immédiate disponible à l'officine, seul l'HALDOL DECANOAS est en stock, pas d'alerte informatique en officine sur des modalités de prescription ou d'initiation de traitement non-conforme
- Période estivale

=> Liées à l'organisation et au management :

- Difficulté de recrutement d'un médecin coordonnateur
- Pas de formation / sensibilisation récente à l'usage des neuroleptiques ou aux recommandations de bonnes pratiques de prise en charge de l'agitation chez la personne âgée

=> Liées au contexte institutionnel :

- Le Projet Régional de Santé (PRS) ne prévoit aucune ouverture d'UVP sur la région pour une filière saturée

Analyse des barrières de sécurité

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

- De prise en charge des troubles psycho-comportementaux de la personne âgée
- De prescription de l'HALDOL

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

- Analyse pharmaceutique

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Alerte efficace et prise en charge spécialisée après identification du surdosage

N°22

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

En EHPAD :

- Mise en place d'une télécoordination médicale pour l'EHPAD
- Mise en place d'une chambre d'accueil temporaire pour évaluer les besoins des nouveaux résidents
- Recrutement d'un psychologue pouvant évaluer la prise en charge des résidents agités
- Développement des liens avec les structures expertes en gérontopsychiatrie du territoire
  - Travailler la prise en charge des résidents agités et mettre à jour les protocoles en regard
  - Réfléchir à des formations / sensibilisations sur la prise en charge des résidents agités et l'usage des neuroleptiques
- Développement et proposition de l'accès direct au logiciel de prescription de l'EHPAD pour les cabinets et les officines travaillant avec l'EHPAD

En officine

- Double contrôle des injectables mis en place
- Mise en place d'alertes automatiques sur la délivrance d'HALDOL DECANOAS
- Réflexion autour de l'intégration de l'accès direct du logiciel de prescription de l'EHPAD aux pratiques de délivrance de l'officine

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Cet évènement est lié aux soins car le surdosage est lié à un traitement ne respectant pas les recommandations en vigueur et ayant entraîné la mise en jeu du pronostic vital de la résidente.

Pneumopathie d'inhalation non-liée aux soins avec mise en jeu du pronostic vital de la résidente en EHPAD

N°23

Secteur :
Médico-social EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Mise en jeu du pronostic vital

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

Résumé de la chronologie des faits

Une résidente accueillie en l'EHPAD en secteur UVP depuis 3 ans pour maintien à domicile difficile lié à une maladie d'Alzheimer. Elle est GIR 2, a besoin d'aide pour tous les gestes de la vie quotidienne, déambule en fauteuil roulant avec une contention pelvienne et a une alimentation mixée, eau épaissie car un risque de fausses routes a été identifié. Elle reçoit la visite régulière de son compagnon et de sa sœur.

Une nuit d'été, la résidente présente des vomissements alimentaires dans le masque de sa ventilation non-invasive. Le masque est enlevé et nettoyé et l'oxygénothérapie est remise aux lunettes. La résidente est changée, mise au propre et sa température est prise, elle est apyrétique. Les transmissions écrites sont faites, sans noter la valeur de la température. Dans la nuit, elle présente à nouveau des vomissements alimentaires et des selles molles à deux reprises. Elle est nettoyée, remise au propre et sa température est prise : 40,4°C. Un suppositoire de doliprane 1g est administré sans prescription médicale afin de traiter cette fièvre. La résidente est installée en position demi-assise et un peu sur le côté. Les transmissions écrites sont faites.

À la distribution du petit-déjeuner, la résidente est somnolente mais reste réactive à la douleur. Le petit-déjeuner n'est pas pris et elle présente de la fièvre. Un premier appel au médecin est passé qui préconise une surveillance. La toilette de la résidente est réalisée à deux soignants, les transmissions écrites sont faites et le plan de soins signé par l'un des deux soignants. La surveillance clinique de la résidente est réalisée avec une prise de température à 38°C. Elle est aréactive, a une respiration crépitante et des selles mousseuses. Elle est mise au propre et au vu de son état, elle est gardée alitée. Les transmissions écrites sont faites et l'infirmière est alertée. Un second appel est passé au médecin pour hyperthermie, désaturation, vomissements dans la nuit. Sans se déplacer, le médecin donne des consignes téléphoniques : prescription orale d'une antibiothérapie par Augmentin 1g x3/24h en per os et adresser la résidente aux urgences en cas de dégradation clinique. Deux infirmières essayent de donner l'antibiothérapie en per os à la résidente, mais la prise per os est impossible, la résidente n'avale pas et reste somnolente.

En début d'après-midi, le médecin est rappelé par téléphone pour demander un changement galénique de l'antibiothérapie. Une prescription d'antibiothérapie injectable et de paracétamol est réalisée, envoyée par fax. Elle est transmise à la pharmacie, les médicaments sont dispensés et la première injection est administrée. La résidente est réactive à la douleur. Ses constantes sont contrôlées avec une saturation à 85%. L'oxygénothérapie est augmentée à 3L sans avis médical et la saturation remonte à 91%. La famille de la résidente est informée de la situation, et son conjoint demande une prescription d'hydrocortisone.

N°23

En fin d'après-midi, l'état clinique de la résidente est vérifié, elle reste somnolente et a à nouveau eu des selles molles : elle est changée et remise au propre. Elle présente des membres inférieurs froids et des marbrures au niveau des genoux. Sa température est contrôlée à 37,9°C. Informées de l'état de la résidente, les deux infirmières échangent à nouveau sur la conduite à tenir. Le médecin est rappelé plusieurs fois au sujet de l'hydrocortisone. Il ne rappelle pas l'EHPAD mais envoie une prescription per os par fax. L'hydrocortisone est livrée par la pharmacie et l'administration per os s'avère à nouveau impossible car la résidente ne déglutit pas.

En début de soirée, les constantes de la résidente sont reprises : tension artérielle à 8/5 mmHg, saturation à 91%, aréactive aux stimuli excepté à la douleur. Au regard de l'absence d'amélioration clinique, le SAMU-Centre 15 est appelé selon les consignes initiales du médecin traitant. Après négociation et explication du contexte familial, un VSAV pompier est déclenché par le Centre 15. La résidente part aux urgences avec les pompiers en ambulance. La résidente reste hospitalisée une vingtaine de jours pour pneumopathie d'inhalation avant de revenir à l'EHPAD.

Cause(s) immédiate(s) :

Pneumopathie d'inhalation

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Troubles de la déglutition rendant la prise de médicament per os difficile et favorisant l'apparition de pneumopathies d'inhalation, diabète de type 2 aggravant les épisodes d'infection
- Refus de la famille de respecter le régime alimentaire prescrit malgré les troubles de la déglutition
- Difficultés relationnelles avec la famille

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Pas d'utilisation d'outils de communication standardisés pour porter l'alerte auprès du médecin traitant
- Pas d'examen médical de la résidente
- Prescriptions verbales régularisées, plusieurs administrations médicamenteuses (paracétamol, oxygène) sans prescription médicale

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Médecin remplaçant

=> Liées à l'équipe :

- Difficulté de joindre le médecin traitant de la résidente
- Certains soins et constantes réalisés ne figurent pas dans les transmissions écrites (température, surveillance de nuit, etc.), signature unique sur des soins à 2 soignants
- Doute sur l'exhaustivité de la transmission orale des symptômes de la résidente et de leur gravité au médecin traitant (diarrhées, mention « résidente aréactive »), absence d'utilisation d'outils connectés pour une véritable téléconsultation
- Absence de médecin coordonnateur à l'EHPAD

=> Liées à l'environnement de travail :

- Difficultés de prise en charge du transfert de la résidente au SAU par le SAMU
- Difficulté de disposer d'une compétence médicale disponible à l'EHPAD, manque d'effectif IDE au moment de l'évènement (nuit)

=> **Liées à l'organisation et au management :** aucune

=> Liées au contexte institutionnel :
- Impossibilité de recrutement d'un médecin coordonnateur pour l'EHPAD

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui n'a pas fonctionné :
- Demande d'avis médical

=> Barrière de récupération qui a fonctionné :
- Transmissions orales inter-équipe efficaces

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Alerte SAMU-Centre 15

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

- En absence de médecin coodonnateur, l'EHPAD s'est équipé pour proposer de réaliser des téléconsultations en cas d'urgence
- Remise en conformité de la traçabilité des administrations médicamenteuses et des soins, avec étude de la possibilité de faire signer les 2 soignants participants à un soin sur le logiciel métier
- Utiliser des prescriptions en « besoin » pour les antalgiques de grade 1, ainsi que des protocoles d'administration de nuit
- Sensibiliser au recours plus systématique à la permanence des soins d'urgence en cas de symptômes problématiques la nuit
- Remise en place des temps de transmission journaliers avec la présence infirmière sur l'état des résidents dans le secteur UVP
- Réflexion de l'utilisation de l'outil SAED pour standardiser les communications importantes

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

Les dysfonctionnement identifiés au cours de cette prise en charge n'ont pas directement concouru à l'apparition de la pneumopathie, les symptômes ont été rapidement identifiés et communiqués au médecin traitant et les consignes médicales ont été suivies sur les premières 10h de prise en charge avant l'appel au SAMU-Centre 15. Il ne s'agit donc pas d'un évènement lié aux soins.

Défaut de communication des éléments essentiels lors de l'appel au service d'urgence

N°24

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, sous anticoagulants en unité de vie protégée au sein de son EHPAD, chute en début de nuit en présence de son épouse avec un choc à la tête. Il est pris en charge par les soignants avec une prise des constantes vitales indiquant un besoin de soins hospitaliers. Le SAMU-Centre 15 est donc contacté dans les dix minutes suivant la chute.

L'assistant régulateur médical (ARM) réceptionne l'appel de l'EHPAD pour motif d'une chute au sol. L'ARM engage les pompiers et transfère l'appel au médecin régulateur urgentiste (MRU) pour avis médical. Il est transmis au MRU que le résident a chuté de son lit et ronfle. Il a été mis en PLS mais réagit et répond un peu maintenant, il présente une grosse dermabrasion au niveau de la main. Le MRU indique que les pompiers sont en route. Au vu des éléments, il n'y a pas à ce moment d'envoi de renfort médical.

Trente minutes après le constat de la chute, les pompiers arrivent sur place. Ils relèvent le résident. Ils transmettent leur bilan à l'ARM 10 minutes plus tard : le résident a été retrouvé à côté de son lit, il parle aisément et dit se sentir bien. Les symptômes ont disparu, pas de douleurs thoraciques, pas de dyspnée, une hypotension à 89/65mmHg, habituelle d'après l'équipe et en cours de bilan, il a vu son cardiologue le jour-même. L'appel des pompiers est transmis au médecin régulateur qui donne pour consigne de laisser le résident sur place.

Une heure après le départ des pompiers, l'EHPAD rappelle le SAMU-Centre 15 car le résident se dégrade avec une hypotension systolique à 5mmHg, il est devenu violet et présente des râles. L'appel est transmis au MRU qui envoie une ambulance pour un transfert vers le service d'urgences le plus proche pour une imagerie. L'ambulance arrive 45 minutes plus tard et transmet son bilan au médecin régulateur qui formule une demande de renfort médical. 4 minutes plus tard, le médecin arrive sur place, le résident est confus, pâle, et se plaint de céphalées. Il est somnolent mais conscient. Sa saturation est à 98%, sa fréquence cardiaque est à 73, sa tension à 6/4 mmHg malgré les jambes surélevées, sa glycémie à 3,21 g/L : le résident est évacué vers le service d'accueil des urgences le plus proche. Il décèdera quelques heures après son arrivée au service des urgences.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut de communication des éléments essentiels lors du premier appel au Centre 15

N°24

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Arythmie complète par fibrillation auriculaire, cardiopathie ischémique stentée, troubles cognitifs, résident pris en charge en unité de vie protégée
- Personne vulnérable, désorientation temporo-spatiale habituelle, hypotension en cours de bilan avec arrêt de son traitement le jour de sa chute
- Anticoagulants
- Pas de plaintes du patient au cours de la prise en charge par les pompiers

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Pas de protocole existant ou de trame avec les informations à transmettre lors d'une sollicitation du Centre 15 (existence du dossier de liaison d'urgence transmis au moment du départ)
- Informations transmises au moment du premier appel imprécises ne permettant pas au MRU de déterminer au mieux l'équipe à dépêcher sur place, informations transmises par l'équipe aux pompiers et non prise en compte par ceux-ci

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Aide-soignant en formation infirmière
- Panique au moment de la survenue des faits avec gestion de l'épouse qui était présente lors de la chute et d'autres résidents déambulant dans le service

=> Liées à l'équipe :
- Transmission partielle des éléments par l'EHPAD, pas de transmission concernant la chute sur la tête et la présence d'un traitement anticoagulant ou non au vu des antécédents du résident, relation conflictuelle entre les pompiers et le personnel de l'EHPAD au moment de la prise en charge du résident
- Manque d'informations cruciales au moment du premier appel au Centre 15

=> Liées à l'environnement de travail :
- Prise en charge de nuit

=> 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 :
- Évaluation du risque de chute et commission chute

=> Barrière de récupération qui n'a pas fonctionné :
- Appel des services de secours de manière immédiate lors du constat de la chute avec traumatisme crânien

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Transfert lors de la situation d'urgence

N°24

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

- Protocoliser les informations à transmettre au Centre 15 lors d'une sollicitation sous forme d'un mémo pour l'équipe
- Imprimer ou s'enquérir du dossier de liaison des urgences avant d'appeler le Centre 15 pour transmettre les informations essentielles et définir au mieux le besoin de médicalisation ou non (antécédents, traitements, description de la chute…)
- Diffuser le kit ASSURE (amélioration des soins d'urgence en EHPAD) précisant les recommandations de bonnes pratiques
- Rappeler au SDIS les critères de gravité d'un patient chuteur (anticoagulants, choc de la tête)
- Orienter les questions lors de la réception de l'appel d'un EHPAD afin d'améliorer la qualité des informations transmises

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car des dysfonctionnements ont été relevés au cours de la prise en charge et le résident est décédé dans les suites de son transfert ce qui constitue un EIGS selon la définition du décret du 25 novembre 2016.

Paralysie d'un résident dans les suites d'une chute avec traumatisme crânien

N°25

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Déficit fonctionnel permanent

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

Résumé de la chronologie des faits

Un résident âgé de plus de 60 ans fait une chute en salle à manger lors d'un déplacement. Sa tête a heurté une table puis le sol. L'aide-soignant présent au moment des faits sollicite l'infirmier au bout du couloir pour l'aider. Le résident est aréactif et présente une plaie sur le haut de la paupière droite et des éraflures sur le côté de l'œil. L'infirmier remets le résident sur le dos avec 2 aides-soignants et la cadre de santé, puis dans un fauteuil pour le réinstaller dans son lit en chambre. Il ne prend pas appui sur ses jambes. Il est porté par les soignants pour le remettre au fauteuil, puis dans son lit. Il n'exprime pas de plainte ou de douleur hormis au niveau du bras. L'infirmier prend les constantes et ne constate pas d'autres plaies. Sa tension artérielle est à 21/12mmHg, sa fréquence cardiaque est à 70bpm et sa saturation est à 90 % en air ambiant.

L'infirmier appelle le médecin pour le prévenir de la chute, elle précise que le résident a été aréactif et que la tension systolique est à 21mmHg. Le médecin lui répond de surveiller sa conscience, de reprendre la tension et qu'il passera le lendemain matin. Il précise qu'en cas de dégradation de l'état du résident, il devra être transféré après appel au Centre 15. L'infirmier recontrôle la tension du résident 2h après sa chute, elle est alors à 19/11mmHg et le résident est conscient. L'infirmier prévient le personnel aide-soignant de nuit de poursuivre la surveillance de conscience par rapport au traumatisme crânien. L'aide-soignant de nuit a effectué à quatre reprises une surveillance avec conscience conservée et mobilisation des membres supérieurs qui a été tracée dans le logiciel de soins.

A son passage le lendemain matin à 7h, le médecin, après examen médical et devant une hypotonie manifeste du bras droit, suspecte un accident vasculaire cérébral et transfère le résident en centre hospitalier pour prise en charge. Le résident est conscient, il répond aux questions posées et ne présente pas de déficit facial. La famille est prévenue par l'infirmier du transfert.

Deux jours après le transfert, une infirmière de l'EHPAD appelle pour prendre des nouvelles du résident, il présente une ischémie médullaire et ne peut plus se servir de ses bras et de ses jambes pour le moment. 10 jours après cet appel, le médecin coordonnateur appelle le service où est hospitalisé le résident et le médecin du service lui confirme que la tétraplégie est toujours présente.

Cause(s) immédiate(s) :

Défaut de communication des éléments essentiels lors du premier appel au Centre 15

N°25

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Diabète, hypertension, accidents thromboemboliques antérieurs avec séquelles motrices
- Patient connu comme « chuteur », fluctuations importantes de la glycémie avec hypoglycémies
- Modulation des traitements antihypertenseurs pour éviter une hypotension orthostatique
- Difficultés de compréhension séquellaires avec déambulation

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Protocole de surveillance d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance inexistant
- Pas de programmation de la surveillance du traumatisme crânien

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Aide-soignant non formée à la surveillance du traumatisé crânien, selon son décret de compétences avec protocole inexistant, AFGSU pas à jour

=> Liées à l'équipe : aucune

=> Liées à l'environnement de travail :
- Pas de possibilité pour les médecins libéraux d'accéder au logiciel de l'EHPAD depuis leurs cabinets

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de prévention qui a fonctionné :
- port de chaussons adaptés par suite d'une évaluation du risque de chute

=> Barrière de récupération qui a fonctionné :
- Surveillance du traumatisme crânien

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Prise en charge rapide des soignants après la chute avec appel au médecin

N°25

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

- Rédiger un protocole détaillé de surveillance et de prise en charge en cas de traumatisme crânien adapté au décret de compétences des aides-soignants et des infirmiers
- Reprendre les cycles de formation AFGSU pour l'ensemble des soignants
- Assurer la traçabilité de tous les éléments médicaux et paramédicaux dans le logiciel de soins
- Mettre en place le logiciel de soins dans le cabinet des médecins traitants dans le cadre de la permanence de soins

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'évènement est inattendu dans ce type de prise en charge et a entraîné un déficit foncrionnel permanent chez le résident

Décès inattendu d'un résident à la suite d'une détresse respiratoire aiguë dans le cadre d'un séjour de répit de l'aidant

N°26

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 70 ans pris en charge pour un séjour de répit de l'aidant. Dans ses antécédents, on note un AVC hémorragique, des troubles cognitifs, une hypertension ainsi qu'un risque de fausse route.

Le résident présente de manière brutale une détresse respiratoire avec une sensation de malaise et une saturation à 80 % en air ambiant. Il est mis sous 10L/min d'oxygène aux lunettes par l'infirmière avec en parallèle l'appel au SAMU-Centre 15 car la saturation continue de baisser malgré la mise en place de l'oxygène.

L'infirmière échange avec un premier médecin régulateur de la situation clinique, des antécédents du résident, de son autonomie. Il est décidé de laisser l'oxygène au même débit. Au vu de ses antécédents et du GIR 1, il est décidé une limitation des thérapeutiques actives et de laisser le résident sur place malgré l'absence de directive anticipée. Le médecin missionne SOS Médecins pour se rendre sur place. L'évènement se produisant un week-end, le délai minimum d'attente est autour de 4 heures. La consigne dans l'attente du passage du médecin est de mettre en place un pousse-seringue d'hypnovel à 1mg/h et de morphine à 1mg/h. Dans les minutes qui suivent l'appel, l'infirmière s'aperçoit qu'il n'y pas d'hypnovel disponible sur l'établissement et passe un second appel au SAMU-Centre 15.

L'infirmière a en ligne un second médecin car le premier est en pause, elle signale l'absence d'hypnovel et propose le valium comme alternative disponible dans l'établissement. Le médecin demande de ne rien faire dans l'attente d'un échange avec la famille pour connaitre leur position en absence de directive anticipée disponible dans le dossier. Le médecin préconise d'augmenter l'oxygène à 15L/min en attendant l'arrivée de l'épouse.

L'épouse arrive 45 minutes plus tard, l'infirmière rappelle alors une troisième fois le SAMU-Centre 15 et a de nouveau au téléphone le premier médecin régulateur qui s'entretient avec l'épouse. Une décision commune est prise de ne pas engager d'acharnement thérapeutique, la consigne est alors donnée à l'infirmière d'administrer de la morphine sous-cutanée toutes les 5 minutes jusqu'à obtenir l'apaisement du résident.

A l'issue de l'appel, l'infirmière commence à administrer la morphine et obtient l'apaisement du résident après 3 injections, soit 15 minutes. Le résident décède deux heures après le premier appel au SAMU, le constat du décès est fait par le médecin de SOS qui arrive 15 minutes après son décès.

Cause(s) immédiate(s) :

Détresse respiratoire aiguë malgré la mise en place d'oxygène à haut débit

N°26

Causes profondes

=> Liées au patient :
- AVC, troubles cognitifs
- Résident grabataire avec GIR 1
- Résident en séjour temporaire pour répit de l'aidant, absence de directive anticipée dans le dossier, pas de note sur le refus d'établir les directives anticipées ce qui était le cas pour ce résident

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Absence de protocole dans l'établissement pour la conduite à tenir en cas de détresse respiratoire en l'absence de médecin (nuit, week-end, jour férié etc…)

=> Liées aux professionnels impliqués :
- Stress lié à la situation d'urgence et l'absence de possibilité de soulager rapidement l'asphyxie résident

=> Liées à l'équipe : aucune

=> Liées à l'environnement de travail :
- Connaissance du matériel et de la dotation du chariot d'urgence

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

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrière de récupération qui n'a pas fonctionné :
- Multiples appels au SAMU-Centre 15 avec différence de discours

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Administration de morphine sous-cutanée jusqu'au soulagement du résident

N°26

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

Pour l'EHPAD

- Rédiger un protocole de conduite à tenir en cas de détresse respiratoire (débit d'oxygène, matériel, injection de morphine sous-cutanée etc…) et appel au service d'urgence et fin de vie (produits disponibles, conduite à tenir en cas de décès imminent, appel aux soins palliatifs etc…)
- Communiquer les informations essentielles pour assurer la bonne prise en charge par les services d'urgences (SAED)
- Diffuser le kit ASSURE (amélioration des soins d'urgence en EHPAD)
- Formaliser l'accompagnement des secondes victimes
- Poursuivre la formation AFGSU à l'ensemble du personnel
- Faire apparaitre dans le dossier du patient les directives anticipées ou le souhait de ne pas se prononcer

Pour le SAMU-Centre 15 :

- Prévoir la réécoute des bandes de cet EIGS en staff
- Envisager des rencontres métiers d'échanges de quelques heures entre médecin coordonnateur d'EHPAD et SAMU sur les difficultés de chacun

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car l'évènement est inattendu dans le cadre de ce type de prise en charge, associé aux soins car des problématiques de communication et de traçabilité ont été identifiées au cours de l'analyse et a entrâiné le décès du résident.

Rupture de traitement habituel antiépileptique et administration d'un anticoagulant contre indiqué en EHPAD

N°27

Secteur :
Médico-social EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Mise en jeu du pronostic vital

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

Résumé de la chronologie des faits

Une nouvelle résidente est admise à l'EHPAD après un séjour en centre hospitalier pour un AVC hémorragique. Elle présente dans ses antécédents une épilepsie connue et stabilisée par un traitement. Son entrée est réalisée par une infirmière intérimaire. N'ayant pas connaissance du fonctionnement du logiciel, elle reporte la saisie du traitement au lendemain.

Le lendemain, une infirmière titulaire reprend le dossier pour finaliser l'admission de la résidente. Elle transcrit notamment une ordonnance antérieure datant d'il y a 3 mois. Selon cette ordonnance, la résidente reçoit un anticoagulant et aucun traitement antiépileptique durant les 3 premiers jours de son accompagnement à l'EHPAD.

Quatre jours après son admission, la résidente est retrouvée inconsciente, avec des mouvements tonico-cloniques. L'infirmier en poste appelle le SAMU-Centre 15 et la résidente est transférée aux urgences.

Le médecin urgentiste informe l'EHPAD que la résidente a bien présenté une crise d'épilepsie, est aphasique, et soulève deux erreurs : un traitement anticoagulant non arrêté et son traitement antiépileptique non administré. La cadre de santé informe la direction et entame l'analyse du dossier avec le médecin coordonnateur. En consultant à nouveau le dossier papier, la lettre de sortie hospitalière est retrouvée, avec l'ordonnance de sortie agrafée.

La résidente est de retour à l'EHPAD le soir même après administration du traitement antiépileptique par voie intraveineuse et surveillance neurologique de 4h aux urgences.

Cause(s) immédiate(s) :

Retranscription d'une ordonnance obsolète lors de l'admission d'une résidente

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Épilepsie
- Résidente âgée, polypathologique, avec une hospitalisation récente pour AVC,
- Pas de capacité d'alerte ou d'autocorrection de la part de la patiente

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Pas de mention de la recherche des documents de liaison hospitaliers lors de la réalisation des admissions à l'EHPAD
- Confiance excessive dans un document obsolète sans recherche de la lettre de sortie hospitalière, ni recherche de confirmation auprès de la famille, absence de check-list pour les admissions à l'EHPAD
- Pas de saisie du traitement à l'admission de la résidente et relai avec une collègue le lendemain

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Méconnaissance du logiciel métier de l'EHPAD par l'infirmière intérimaire

=> Liées à l'équipe :

- Pas de transmission entre les deux infirmières sur la réalisation de cette admission, pas de validation croisée entre professionnels pour vérifier le traitement habituel de la résidente
- Admission réalisée par une infirmière intérimaire
- Pas de supervision mise en place pour la réalisation de cette admission malgré le recours à un personnel temporaire

=> Liées à l'environnement de travail : aucune

=> Liées à l'organisation et au management :

- Absence de procédure spécifique pour l'encadrement des IDE intérimaires
- Glissement de tâche sur la prescription des traitements habituels lors des admissions, car le médecin coordonnateur n'est présent que 2 jours par semaine et le pharmacien d'officine n'utilise pas l'accès au logiciel métier de l'EHPAD

=> Liées au contexte institutionnel :

- Turn-over infirmier important, rendant inévitable le recours à l'intérim non-formé aux outils internes et avec des temps d'intégration non formalisés

Analyse des barrières de sécurité

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

- Lettre de sortie hospitalière
- Supervision du personnel intérimaire

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

- Double vérification
- Transmissions inter-équipes

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Mobilisation du médecin coordonnateur et appel au SAMU-Centre 15

N°27

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

- Formation systématique des infirmiers à la vérification du dossier papier et à l'analyse critique de l'ordonnance
- Ajout d'une formation express au logiciel métier pour les IDE intérimaires sous la forme d'une page aide-mémoire et d'un tutorat d'accueil
- Mise en place d'une check-list obligatoire pour l'admission des résidents, incluant vérification de l'ordonnance de sortie hospitalière
- Création d'un support visuel pour identifier les ordonnances hospitalières dans le dossier papier (ex : intercalaire rouge)
- Révision de la procédure d'admission médicale avec vérification systématique des traitements prescrits en sortie d'hospitalisation
- Mise en place d'un audit ciblé post-admission pour vérifier la conformité des traitements avec les documents hospitaliers
- Rappel des pratiques définies dans la convention et dans la procédure du circuit du médicament concernant le rôle de chacun dans la retranscription et la délivrance des traitements
- Intégration de l'accueil des professionnels extérieurs dans la politique qualité et sécurité des soins

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car l'évènement concerne la continuité du traitement habituel d'une résidente lors de son admission en EHPAD et est donc inattendu dans ce cadre. Il a mis en jeu le pronostic vital de cette résidente.

Inversion de traitement entre deux résidents en EHPAD

N°28

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Mise en jeu du pronostic vital

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

Résumé de la chronologie des faits

Une résidente est accompagnée en EHPAD depuis 3 ans car elle nécessite un accompagnement et une aide totale dans les actes de la vie quotidienne. On note dans ses antécédents une ostéoporose, une hypertension artérielle, de l'arthrose avec des douleurs parfois intenses, un reflux gastro-œsophagien et une dégénérescence maculaire liée à l'âge . Elle peut parfois se montrer intolérante à la contradiction. Elle bénéficie d'un suivi médical régulier par son médecin traitant et le médecin coordonnateur avec un traitement habituel stable, délivré en préparation des doses à administrer (PDA) par l'officine référente.

Un soir, les deux aides-soignants présents réalisent l'aide à la prise médicamenteuse. Lors de cette tâche, le pilulier de notre résidente est inversé avec un autre, comprenant des neuroleptiques. L'erreur est identifiée dans les 5 minutes et l'infirmière en est immédiatement informée.

Le médecin coordonnateur est prévenu et contacte immédiatement le centre antipoison (CAP-TV) pour évaluer le risque toxique des neuroleptiques. Sur avis du CAP-TV, le médecin coordonnateur contacte le SAMU-Centre 15 qui se déplace pour réaliser une évaluation neurologique. A l'issue, la résidente est transférée au service des urgences le plus proche pour surveillance neurologique et traitement symptomatique.

La famille est informée du transfert aux urgences dans un délai court. La résidente est gardée une semaine en observation pour surveillance au centre hospitalier avant de revenir à l'EHPAD.

Cause(s) immédiate(s) :

Inversion de piluliers entre deux résidents

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Résidente âgée et vulnérable
- La résidente n'a pas la capacité de comprendre et d'alerter sur son traitement

=> Liées aux tâches à accomplir :
- Procédure d'aide à la prise et livret du circuit du médicament existants, mais leur appropriation par l'ensemble des professionnels n'est pas systématique
- Absence de double contrôle, pas d'application des bonnes pratiques d'identitovigilance, interruptions de tâche lors de la réalisation de l'aide à la prise médicamenteuse

=> Liées aux professionnels impliqués : aucune

=> Liées à l'équipe :
- Aide à la prise médicamenteuse réalisée par 2 soignantes sans réelle coordination préalable
- Aide à la prise médicamenteuse

=> Liées à l'environnement de travail :
- Piluliers nominatifs, mais noms des résidents similaires, pas d'alerte visuelle sur cette similarité

=> Liées à l'organisation et au management :
- Manque de sensibilisation sur le circuit du médicament
- Pas de vérification active de la bonne application des protocoles

=> Liées au contexte institutionnel : aucune

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :
- Présence d'un pilulier nominatif
- Partage de la tâche à 2 soignants
- Protocoles existants et à jour sur l'aide à la prise médicamenteuse

=> Barrières de récupération qui ont fonctionné :
- Signalement immédiat de l'erreur à l'infirmier
- Réactivité du médecin coordonnateur
- Contacts aux structures de référence

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :
- Prise en charge de l'urgence

N°28

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

- Sensibilisation aux interruptions de tâche en équipe : réunions flash, affiches, cas concrets
- Organisation de débats éthiques autour des erreurs et du droit à l'erreur (2/an)
- Relecture de la procédure d'aide à la prise médicamenteuse par tous les aides-soignants avec émargement
- Création d'un plan de soin « aide à la prise médicamenteuse » dans le logiciel métier de l'EHPAD dès la mise en place des tablettes numériques
- Modification de la procédure « aide à la prise médicamenteuse » avec instauration d'une règle claire : 1 tâche = 1 aide-soignant pour la distribution médicamenteuse
- Mise en place d'un système visuel renforcé sur les piluliers : couleur + photo + prénom souligné
- Étiquetage d'alerte « NOMS SIMILAIRES » sur les piluliers à risque
- Mise en œuvre d'un audit trimestriel sur l'observance de la procédure d'aide à la prise
- Intégration systématique de la procédure médicament dans le parcours d'intégration des nouveaux soignants
- Rencontre de la pharmacie afin de souligner la nécessité d'ajouter la photo des personnes accompagnées sur les piluliers dans le cadre de la démarche qualité / identitovigilance / respect des recommandation de bonnes pratiques de la HAS
- Organisation de CREX semestriels sur les erreurs médicamenteuses avec implication des équipes

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car l'évènement concerne la prise médicamenteuse et a mis en jeu le pronostic vital de cette résidente.

Agression physique d'une résidente par un autre résident dans les suites d'une décompensation psychiatrique

N°29

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Mise en jeu du pronostic vital

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

Résumé de la chronologie des faits

En milieu d'après-midi, en passant dans le couloir, le médecin aperçoit le résident 1 en train de frapper la résidente 2 à coups de poing sur le visage. Le médecin intervient pour faire cesser l'agression en s'interposant entre les 2 résidents, et appelle dans le même temps l'équipe à proximité.

La résidente 2 s'est trompée de chambre et s'est assise sur le fauteuil du résident 1 alors que le résident 1 était dans son lit ce qui semble avoir déclenché ce comportement. La résidente 2 présente une aphasie, et se trouve donc dans l'incapacité d'appeler à l'aide.

À la suite de l'agression, un aide-soignant prend en charge le résident 1 qui présente des mains en sang et nie avoir frappé la résidente 2. Pendant ce temps, l'infirmier et un deuxième aide-soignant prennent en charge la résidente 2. Le médecin décide son transfert aux urgences au vu de la tuméfaction au niveau du visage et de son état de choc. L'époux de la résidente est prévenu des faits.

Après discussion avec le cadre supérieur de santé du Pôle Personnes âgées, le médecin demande au cadre de santé de l'EHPAD de contacter le service de gérontopsychiatrie pour demander le transfert du résident 1, et prescrit une injection de midazolam ainsi qu'une contention au fauteuil pour le résident 1 après avoir prévenu son fils. Le psychiatre de garde de l'équipe de liaison du centre hospitalier est aussi prévenu pour avis et se déplace auprès du résident 1.

Le service de gérontopsychiatrie doit recontacter le service pour un séjour de répit avec observation du comportement et adaptation du traitement. Il est à noter que ce comportement agressif du résident 1 envers les autres résidents est habituel depuis plusieurs mois.

Cause(s) immédiate(s) :

Retard de prise en charge spécialisée en gérontopsychiatrie d'un résident hétéro-agressif

Causes profondes

=> Liées au patient :

- Résidente 2 aphasique donc dans l'impossibilité d'alerter l'équipe
- Troubles cognitifs chez les 2 résidents

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Absence de procédure vis-à-vis de la collaboration avec le service de psychiatrie générale du centre hospitalier
- Défaut de coordination avec le centre hospitalier par rapport à la recherche de collaboration avec le service de géronto-psychiatrie.
- Lors de l'admission du résident 1, une protection juridique n'est pas évoquée

Liées aux professionnels impliqués :

- Avis géronto-psychiatrie impossible à obtenir sur le centre hospitalier, absence de réponse du service de géronto-psychiatrie

=> Liées à l'équipe :

- L'expertise psychiatrique ou géronto-psychiatrique n'est pas recherchée au-delà des ressources du groupement hospitalier de territoire

=> Liées à l'environnement de travail :

- Accès aux chambres possible par les autres résidents

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

=> Liées au contexte institutionnel :

- Absence de réponse du service de géronto-psychiatrie auquel a été adressé une demande de prise en charge

Analyse des barrières de sécurité

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

- Évaluation psychiatrique du résident présentant des signes d'agressivité antérieurs à l'EIGS

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

- Expertise spécialisée obtenue auprès du l'équipe de psychiatrie de liaison du centre hospitalier

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Transfert de la résidente 2 pour prise en charge

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

- Collaborer avec le service de psychiatrie du centre hospitalier pour la mise en place d'une évaluation psychiatrique par un IDE de liaison en psychiatrie en EHPAD.
- Étudier la faisabilité d'un système sécurisant qui permet le libre accès du résident à sa chambre en empêchant les autres résidents d'y accéder.

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un EIGS car le risque hétéro-agressif de ce résident avait été évalué et une prise en charge spécialisée était en attente pour le sécuriser lui et les autres résidents. L'évènement a eu pour conséquence la mise en jeu du pronostic vital de la résidente agressée, il correspond donc bien à un EIGS au sens du décret du 26 novembre 2016.

Décès d'une résidente à la suite d'une chute N°30

Secteur :
Médico-social
EHPAD

Spécialité :
Gériatrie

Gravité déclarée :
Décès

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

Résumé de la chronologie des faits

La veille de l'évènement, il est constaté que la résidente concernée présente une plaie à l'arcade sourcilière avec une légère ecchymose fronto-latérale, probablement consécutive à une chute non signalée à l'équipe soignante. Des soins locaux sont réalisés avec pose de stéristrips et une surveillance spécifique du traumatisé crânien est mise en place les 6h suivantes.

Au petit matin, en conformité avec son plan de soins personnalisé, les veilleuses entrent dans la chambre pour réaliser la toilette de la résidente. Celle-ci dormait profondément, la tête au pied du lit. Les veilleuses l'ont laissée dormir après s'être assurées qu'elle respirait.

Une heure plus tard, la résidente est retrouvée décédée dans sa chambre, le corps plié sur la barrière de lit et les pieds au sol avec le fil de la télécommande du lit enroulé autour de la cheville droite. L'IDE d'astreinte est immédiatement appelée. Les soins mortuaires sont réalisés et la famille et le cadre d'astreinte sont informés du décès. Le médecin traitant de la résidente est aussi contacté pour réaliser le constat du décès et établir le certificat de décès mais ne travaille pas ce jour de la semaine, l'appel est donc basculé au médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Cause(s) immédiate(s) :

Chute accidentelle ayant entrainé le décès de la résidente

Causes profondes

=> Liées au patient :
- Résidente démente et déambulante
- Se déplace avec une canne dans l'établissement et en dehors

=> 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

N°30

Analyse des barrières de sécurité

=> Barrières de prévention qui ont fonctionné :

- Évaluation et mise en place des dispositifs de prévention du risque de chute à l'admission de la résidente
- Plan de soins personnalisé adapté et revu régulièrement pour cette résidente
- Effectifs adaptés et en nombre

=> Barrières d'atténuation qui ont fonctionné :

- Présence et respect des directives anticipées mentionnant le souhait de ne pas être réanimée
- Famille prévenue du décès dans les meilleurs délais et appels au médecin coordonnateur et à l'encadrement d'astreinte pour réalisation du constat en absence du médecin traitant

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

Aucune action d'amélioration n'a été mise en oeuvre à l'issue de cette analyse, en dehors des actions de prévention du risque de chute déjà en cours dans la structure

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

Il ne s'agit pas d'un EIGS car le risque de chute a été évalué à l'admission et régulièrement réévalué auprès de cette résidente en adaptant son plan de soins personnalisé. Cette chute n'est donc pas liée aux soins, aucune cause immédiate en dehors d'une action de la résidente n'a pu être identifiée. De plus, la présence de directives anticipées a permis de respecter le souhait de la résidente de ne pas être réanimée.



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
- Co-pilotage du groupe de travail national FORAP sur les EIGS
- Participation à l'enquête nationale sur la fonction de coordonnateur de la gestion des risques en établissement hospitalier
- 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
- 4ème édition du Challenge "Ensemble agissons pour la sécurité des patients et des personnes accompagnées"

AU NIVEAU RÉGIONAL :

- **Actions réalisées en 2025 :**
  - Webinaire de présentation du kit EIGS en collaboration avec l'association Soins aux Professionnels de Santé
  - Adaptation de la carte mentale des barrières en identitovigilance au secteur médico-social avec webinaire de présentation en collaboration avec la cellule régionale d'identitovigilance
  - Webinaire de retour d'expérience sur le streptocoque A en maternité lors de la Semaine de Sécurité des Patients en collaboration avec le CPIAS Grand Est et la COPEGE
  - 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 au jury du concours de la Semaine de Sécurité des Patients
  - Intervention du médecin coordonnateur en formation initiale des étudiants en pharmacie
  - Stand au village des partenaires du Congrès inter-URPS

- **Nouvelles ressources partagées en lien avec les EIGS :**
  - Bilan EIGS 2024 en capsule vidéo
  - Vade-mecum 2024 des accompagnements
  - 5 nouveaux mémos : « Culture juste, repérer les limites », « Les erreurs à éviter lors d'un transfert de patient dans un autre établissement », « Un contexte pour plusieurs niveaux de risques » en secteurs sanitaire et médico-social, « Check-list au bloc »
  - Version 2025 mise à jour et augmentée du mémo « Rédaction du rapport circonstancié »
  - Tome 5 de la BD sur les EIGS « Comment votre SRA vous accompagne dans les retours d'expérience inter-établissements ? »
  - 10 fiches régionales de retour d'expérience (Fiches RETEX), dont 1 en facilitation graphique
  - Carte mentale des barrières de sécurité en identitovigilance en secteur médico-social
  - Infographie « Comment contacter la SRA Grand Est ? »

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

Soins de ville :
- Publication des travaux dans la revue « Risque et Qualité en milieux de soins »
- Validation d'une stratégie de communication des travaux du groupe
- Mise à jour du mémo « Rédaction du rapport circonstancié »

AU NIVEAU RÉGIONAL :

- **Projets régionaux et locaux lancés en 2025 :**
  - Lancement du déploiement du recueil du récit patient/résident lors de l'analyse des évènements indésirables associés aux soins en région Grand Est
  - Participation au projet d'amélioration des sorties d'hospitalisation par une gestion commune ville-hôpital des évènements indésirables de la CTU 67

- **Actions de formation en région en lien avec les EIGS :**
  - 7 sessions de formation à la déclaration des EIGS
  - 4 sessions de formation à la démarche de retour d'expérience et aux méthodes d'analyse systémique des EIAS
  - 5 sessions de formation sur la Culture de sécurité et l'amélioration continue
  - 1 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

AFGSU = Attestation de formation aux gestes de premiers secours
AINS = Anti-inflammatoire non-stéroïdien
ALARM-E = Association of Litigation And Risk Management - Extended
ARM = Assitant de régulation médicale
ARS = Agence Régionale de Santé
AS = Aide Soignante
ASH = Agent de service hospitalier
ASSURE (kit) = kit d'Amélioration des Soins d'Urgence en EHPAD
AVC = Accident vasculaire cérébral
AVP = Accident de la voie publique

B

BPCO = Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C

CAP-TV = Centre antipoison et de toxicovigilance
CH = Centre hospitalier
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
CREX = Comité de retour d'expérience
CRLCC = Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
CRPV = Centre régional de pharmacovigilance
CTU = Commission Territoriale des Usagers

D

DLU = Dossier de liaison d'urgence
DMLA = Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DPI = Dossier patient informatisé

E

ECG = Électrocardiogramme
ECBU = Examen cytobactériologique des urines
EHPAD = Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EIAS = Evènement Indésirable Associé aux Soins
EIGS = Evènement Indésirable Grave Associé aux Soins
ESI = Etudiante en soins infirmiers
EVA = Echelle d'évaluation analogique
EVN = Echelle d'évaluation numérique

F

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

G

GDS = Gazs du sang
GHT = Groupement hospitalier de territoire
GIR = Groupe iso-ressource

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
IOA = Infirmier d'orientation et d'accueil
IPP = inhibiteur de la pompe à proton
IRM = Imagerie par résonance magnétique
IV (voie) = Voie intraveineuse

M

MAP = Machine à Perfuser le greffon
MAR = Médecin Anesthésiste-Réanimateur
MAS = Maison d'Accueil Spécialisée
MAO = Médecin d'orientation et d'accueil
MID = Matelas immobilisateur à dépression
MRU = Médecin régulateur urgentistes

O

OMEDIT = Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

P

PCA = Patient-controlled analgesia
PDA = Préparation des doses à administrer
PLS = Position latérale de sécurité
PNRG = Pôle National de Répartition des Greffons
PNSP = Programmes Nationaux pour la Sécurité des Patients
PM = Prescription médicale
PP = Projet personnalisé
PRS = Programme régional de santé
PSE = Pousse-seringue électrique

R

RBPP = Recommandations de bonnes pratiques professionnelles
RETEX = Retour d'expérience
RREVA = Réseau Régional des Vigilances et d'Appui
RUD (échelle) = Échelle Risque Urgence Dangerosité

S

SAED = Situation Antécédents Évaluation Demande (outil de communication)
SAMU = Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU = Service d'accueil des urgences
SDIS = Service départemental d'incendie et de secours
SHA = Solution hydroalcoolique
SMR = Soins Médicaux et de Réadaptation
SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPILF = Société de pathologie infectieuse de langue française
SRA = Structure Régionale d'Appui
SRVA = Structures Régionales de Vigilance et d'Appui

U

UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USC = Unité de soins continus
UVP = Unité de vie protégée

V

VNI = Ventilation non-invasive

Structure Régionale d'Appui
Grand Est

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

Structure Régionale d'Appui
Grand Est