



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT**

# Retour d'expérience national

Les évènements indésirables  
graves associés à des soins  
(EIGS) – 2020

---

Validé par le Collège le 9 décembre 2021

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Retour d'expérience national</b> Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2020
<b>Méthode de travail</b>	Le bilan annuel (« abrEIGÉS », « retour d'expérience national » et « cahier technique ») des EIGS reçus à la HAS dans le cadre du dispositif de déclaration accompagné des préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients est transmis au ministre chargé de la Santé et est rendu public sur le site de la Haute Autorité de santé
<b>Objectif(s)</b>	Ce « retour d'expérience national » a pour objectif de fournir les informations relatives aux regroupements d'EIGS ainsi que le détail des préconisations et focus sur les nouveaux regroupements EIGS pour l'année 2020.
<b>Cibles concernées</b>	Les professionnels de santé, les acteurs de la gestion des risques et les usagers, des secteurs sanitaires, médico-sociaux, ville ; le ministère de la Santé
<b>Demandeur</b>	Règlementation – Code de la santé publique : article R. 1413-73
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, Dr Claire Morgand, adjointe à la cheffe de service Mme Sylvia Desnoyers, assistante gestionnaire
<b>Auteurs</b>	Catherine Auger, cheffe de projet
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 9 décembre 2021

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – décembre 2021 – ISSN : 2592-6446

# Sommaire

---

<b>EDITO</b>	<b>4</b>
<b>Résumé - infographie</b>	<b>5</b>
<b>1. Organisation du bilan annuel 2020</b>	<b>6</b>
<b>2. Rappels méthodologiques</b>	<b>7</b>
2.1. Regroupements d'EIGS sur la base entière	7
2.2. Sélections des EIGS	8
<b>3. Liste des regroupements d'EIGS</b>	<b>9</b>
<b>4. <u>ACTU</u> : pandémie Covid-19</b>	<b>10</b>
<b>5. Les focus sur des regroupements d'EIGS</b>	<b>12</b>
5.1. EIGS en lien avec le recours à des soins en télémédecine	12
5.2. EIGS en lien avec le recours à la radiologie et ou l'IRM	13
5.3. EIGS en lien avec les thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires post-opératoires	14
5.4. EIGS en lien avec les neuroleptiques et les benzodiazépines	16
5.5. Cas spécifiques des EIGS en lien avec les dispositifs médicaux	18
<b>6. Que deviennent les analyses nationales des EIGS ?</b>	<b>19</b>
6.1. Des productions pour promouvoir la culture sécurité	19
6.2. Des études de risques spécifiques pour améliorer la sécurité du patient	27
<b>7. Conclusion</b>	<b>35</b>
<b>Table des annexes</b>	<b>36</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>41</b>
<b>Participants</b>	<b>43</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>44</b>

# ÉDITO

En gestion des risques, il est bien connu que mettre en place une approche de culture sécurité requiert du temps, au moins 3 ans pour l'ancrage de nouvelles pratiques.

Cette quatrième année de fonctionnement du dispositif de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) est donc charnière et la Haute Autorité de santé (HAS) fait évoluer le rapport annuel en conséquence.

C'est là mon souhait de donner la meilleure lisibilité possible sur ce qui est fait des analyses au niveau national afin que toutes celles et ceux qui participent à ce dispositif mesurent l'importance de leur travail sur le terrain pour faire évoluer la culture sécurité et le retour d'expérience en France ; sujets majeurs pour la qualité et la sécurité des soins.

L'année 2020, voit la persistance de la sous-déclaration et de la problématique de transmission des signaux au niveau national, en notant toutefois une qualité des déclarations en légère progression. Comme les années passées, les regroupements les plus fréquents dans la base restent les EIGS en lien avec un contexte accidentogène (suicides et chutes de patient) ainsi que les erreurs médicamenteuses.

La crise Covid que nous traversons nous rappelle combien il est important de réaliser du retour d'expérience, d'apprendre de nos erreurs mais aussi de nos succès.

Le dispositif EIGS n'a pas été plébiscité dans ces circonstances pandémiques. Nous observons en effet cette année la première baisse de transmission des déclarations (1 081 EIGS pour l'année 2020 contre 1 187 pour l'année 2019) et nous le déplorons. *A contrario*, le dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales ne s'est pas arrêté. Les organismes d'accréditation ont incité à la déclaration et au recueil des événements indésirables associés aux soins (EIAS) pendant cette période de pandémie permettant de tirer des enseignements et de les publier (1, 2).

J'espère que ce nouveau format trouvera sa place auprès des lecteurs de plus en plus impliqués dans la gestion des risques et suscitera la curiosité de nouveaux professionnels qui viendront renforcer les rangs des convaincus de l'apport du retour d'expérience pour la sécurité du patient.

Nous continuerons à travailler pour que l'intérêt du dispositif national de déclaration des EIGS soit connu et partagé de tous, et pour montrer combien cet outil est utile à l'amélioration de la culture sécurité. C'est dans cette optique que mes services travaillent déjà à un partage ouvert des données agrégées et préalablement anonymisées du dispositif, ainsi qu'au développement de techniques plus approfondies pour analyser les données axées sur le traitement automatique du langage.

Professeur Dominique Le Guludec

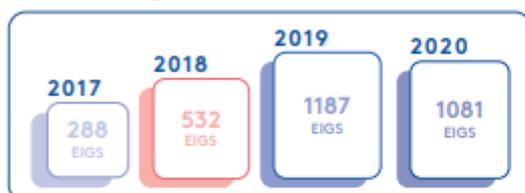
Présidente de la Haute Autorité de santé

# Résumé – infographie

## 1 QUE NOUS APPRENNENT LES EIGS DÉCLARÉS POUR L'ANNÉE 2020 ?

EIGS : événements indésirables graves associés aux soins

3088 EIGS enregistrés à la HAS

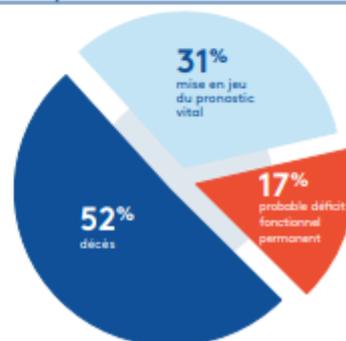


**56%** des EIGS sont évitables en 2020

### Caractéristiques des EIGS déclarés en 2020

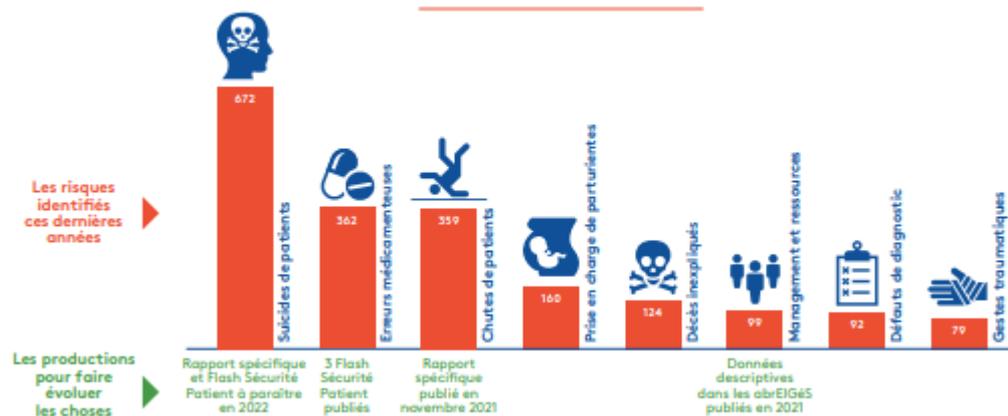
- Autant d'hommes que de femmes, **54%** de EIGS après 60 ans (1 EIGS sur 2 après 60 ans)
- 12%** des EIGS concernent un acte diagnostique **80%** un acte thérapeutique
- 58%** se déroulent sur une période de vulnérabilité (nuit, week-end, jour férié)
- 49%** des EIGS concernent des situations où la prise en charge du patient était urgente
- 83%** des EIGS sont déclarés par les établissements de santé, **11%** par les structures médico-sociales et **4%** par la ville.

### Conséquences des EIGS déclarés en 2020



Dans 93% des cas, une information sur l'EIGS est délivrée au patient ou à ses proches

## 2 QUE FAISONS-NOUS DE CES APPRENTISSAGES AU NIVEAU NATIONAL ?



[Lire le rapport](#)

HAS

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

[@HAS\\_sante](https://twitter.com/HAS_sante)

Décembre 2021

# 1. Organisation du bilan annuel 2020

Le bilan annuel des EIGS de la HAS s'articule en 2020 autour de trois documents :

- un format court, les « **abrEIGÉS** », condensant les principaux éléments à retenir pour cette année avec une sélection de risques spécifiques ;
- un « **retour d'expérience national** » détaillant les préconisations ainsi que les focus sur des regroupements d'EIGS ;
- un « **cahier technique** » avec les tableaux statistiques (tris à plat et quelques tris croisés sélectionnés) ;



## Avertissement aux lecteurs

Les données concernant les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) présentées dans ce document sont exclusivement issues de l'analyse des déclarations complètes reçues par la HAS dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS. Elles ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou à des soins pour caractériser des risques sur un secteur d'activité. Ces données éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les recherches de préconisations pour améliorer la sécurité du patient. Dans l'ensemble des documents et par souci de simplification, le mot « patient » utilisé inclut également les « résidents » ou « usagers » des structures médico-sociales.

## 2. Rappels méthodologiques

### 2.1. Regroupements d'EIGS sur la base entière

**Depuis le début de l'exploitation de la base, la HAS fait évoluer la méthodologie utilisée pour les regroupements d'EIGS afin de la rendre de plus en plus robuste et reproductible.**

Pour les rapports sur les données [2017\(3\)-2018\(4\)](#), la précocité de la démarche et le nombre faible d'évènements enregistrés dans la base n'avaient permis qu'un premier travail introductif de classement des EIGS en fonction des circonstances immédiates de l'évènement.

Depuis 2019, avec un nombre croissant de déclarations enregistrées dans la base de retour d'expérience, la HAS a développé un outil permettant de regrouper des EIGS sur un thème commun. Ce repérage informatique est réalisé grâce à un outil de classification réalisant des analyses textuelles. Il est appliqué en première intention sur la base pour réaliser un pré-tri facilitant l'exploitation des EIGS. Il s'agit de la création d'une matrice de fréquence de mots (et/ou d'associations de mots) avec construction d'un dictionnaire de mots-clés et recours à des algorithmes intelligents. [Le rapport sur les données 2019](#) décrit en détail ces étapes (5).

Comme tous les outils de détection, des faux positifs et négatifs peuvent être présents dans les résultats de recherche nécessitant, régulièrement, de les vérifier manuellement.

**Le travail d'amélioration des algorithmes et des dictionnaires, peut faire varier légèrement le nombre de déclarations sélectionnées lorsque l'on renouvelle une recherche sur le même sujet mais cela n'affecte en rien l'analyse qualitative du contenu des EIGS.**

L'an dernier [10 principaux risques identifiés avaient été présentés](#) :

- les défauts de prise en charge ;
- les suicides de patient ;
- les erreurs médicamenteuses ;
- les chutes de patient ;
- les EIGS survenant pendant la prise en charge de parturientes ;
- les décès inexplicables ;
- les interventions du SAMU/SMUR ;
- les gestes traumatiques ;
- la présence de personnel non habituel dans l'équipe ;
- les défauts de diagnostic.

Ces 10 regroupements sont suivis cette année et certains sont décrits plus spécifiquement dans le document « abrEIGÉS ».

Il apparaît cependant que le regroupement « 1. défauts de prise en charge » doit faire l'objet d'une étude plus approfondie pour notamment identifier des sous-catégories. Ce regroupement, tel qu'il est réalisé pour l'instant est trop hétérogène pour permettre d'apporter des éclairages pertinents.

Pour cette raison, il a été enlevé des regroupements pour l'instant.

## 2.2. Sélections des EIGS

Le fonctionnement du dispositif étant en progression régulière, il est possible de réaliser une analyse annuelle pour décrire les caractéristiques des EIGS tout en conservant une analyse plus qualitative sur l'ensemble de la base pour décrire les risques identifiés (regroupement d'EIGS).

Les deux sélections<sup>1</sup> suivantes sont réalisées :

→ **Sélection « annuelle » : sélection des déclarations EIGS de l'année 2020**

EIGS enregistrés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 31 décembre 2020

**soit 1 081 EIGS**

Cette sélection annuelle est utilisée pour caractériser les EIGS en permettant une mise en parallèle avec l'année précédente. Cette sélection sera retrouvée dans les « abrEIGÉS » et dans le « cahier technique ».

→ **Sélection « globale » : sélection de la base complète des déclarations d'EIGS**

Ensemble des EIGS enregistrés entre mars 2017 et le 31 décembre 2020

**soit 3 088 EIGS**

Cette sélection globale est utilisée pour réaliser des analyses qualitatives sur le contenu des EIGS et plus particulièrement pour l'identification des risques. Elle sera donc mobilisée pour ce volet « retour d'expérience national ».

---

<sup>1</sup> La variable de sélection des EIGS correspond à la date d'entrée des signaux dans le système informatique de la HAS

### 3. Liste des regroupements d'EIGS

	N
<b>Un contexte accidentogène identique</b>	
– Suicides de patient	672
– Chutes de patient	359
– Les fausses routes et troubles de la déglutition	84
– Les fugues de patient	66
<b>Un soin ou une pratique professionnelle spécifiques</b>	
– EIGS lors de contentions physiques passives	70
– EIGS en lien avec la manipulation de voies centrales	59
– EIGS lors de la pose d'une sonde (nasogastrique)	12
– EIGS lors d'une endoscopie	39
– EIGS lors d'une cœlioscopie	22
<b>Les EIGS ayant une circonstance immédiate commune</b>	
– Erreurs médicamenteuses (médicament seul ou médicament du fait d'une mauvaise utilisation d'un DM)	362
• Dont EIGS en lien avec benzodiazépines et neuroleptiques	37
– Gestes techniques traumatiques	79
– Défauts de diagnostic	92
– Défaut d'utilisation de la check-list au bloc opératoire	40
<b>Les EIGS ayant une circonstance profonde commune</b>	
– Management et ressources (personnel non habituel dans l'équipe)	99
– Défaillances du système d'information	58
– Soins en télémédecine	5
– Complications post-opératoires	51
– Thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires	37
<b>Les EIGS en lien avec une prise en charge spécifique</b>	
– EIGS lors d'interventions SAMU/SMUR	91
– EIGS lors de la prise en charge de parturientes	160
– EIGS lors d'une imagerie/IRM	28
– EIGS lors d'une dialyse	33
<b>Les EIGS conduisant à une conséquence spécifique</b>	
Brûlures	29
Décès inexplicables	124
<b>ACTU - pandémie Covid-19</b>	10

## 4. ACTU : Pandémie Covid-19

La pandémie Covid-19 impacte fortement le système de soins depuis plus d'un an, tant au niveau des organisations que des professionnels de santé et bien sûr des patients. **C'est une situation inédite dont il est primordial de tirer des enseignements.** Le recueil et l'analyse des événements indésirables associés aux soins survenus au cours de cette période ont un intérêt de premier ordre.

### Le système de déclaration des EIGS

Compte tenu des modalités de fonctionnement du système de déclaration des EIGS, il y a toujours un décalage entre la survenue des événements et la réception des déclarations dans la base nationale.

Ainsi, **dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020**, 10 EIGS en lien avec le contexte de pandémie de Covid-19 ont été retrouvés :

- 5 EIGS liés à une sous-évaluation du risque suicidaire aboutissant à des tentatives de suicide
- 2 EIGS liés à des modifications d'organisation dues au contexte de pandémie conduisant à des retards de diagnostic
- 3 EIGS liés à du personnel non habituel conduisant à des erreurs médicamenteuses ou encore un manque d'expérience pour certains gestes cliniques

Les signaux EIGS relatifs à la pandémie Covid-19 devraient remonter durant l'année 2021. Cependant, les ARS ayant parfois mis en place un système parallèle spécifique au recueil des événements liés à la Covid-19 indépendant du dispositif national, cela impactera certainement la remontée des signaux via la base nationale des EIGS à la HAS.

### L'accréditation des médecins, un temps d'avance

Dans le cadre du dispositif de l'accréditation des médecins, une campagne d'incitation à la déclaration et au recueil des événements associés aux soins (EIAS) pendant cette période de pandémie a été encouragée par les organismes d'accréditation. Les EIAS déclarés dans la base retour d'expérience de l'accréditation des médecins entre le 17 mars et le 31 octobre 2020, directement ou indirectement liés à la Covid-19, ont ainsi fait l'objet de deux publications (1, 2).

Une première analyse sur 186 EIAS (du 17 mars au 15 juillet 2020) a permis de mettre en évidence que **« la communication sous toutes ses formes a joué un rôle essentiel au cours de [la] crise. Sa bonne utilisation a permis d'amortir l'hyperactivité ambiante en clarifiant les rôles et en attribuant à chacun des objectifs clairs pour le bon fonctionnement des équipes. À l'inverse, absente voire malveillante, elle a pu contribuer à la mauvaise expérience de situations, à l'isolement, et devenir le terreau d'une grande souffrance au travail avec des conséquences graves pour le bon fonctionnement des organisations. De même, le facteur équipe en situation de crise a été déterminant pour la gestion au quotidien et il a été noté une grande solidarité entre les acteurs de première ligne, ce qui a été un élément essentiel de résilience. La collaboration a été efficace entre soignants et administratifs avec une prise en compte des contraintes de chacun dans le cadre d'une approche systémique partagée. L'écoute des acteurs de terrain par les cadres leur a permis localement d'adapter des procédures de façon dynamique en obtenant une adhésion rapide aux nouvelles pratiques. Ces processus modernes de management sont autant de leçons tirées de ces retours d'expérience et sur lesquels il faudra capitaliser »**.

Une deuxième analyse sur 576 EIAS (du 17 mars au 31 octobre 2020) a permis d'étudier les caractéristiques des EIAS déclarés en lien avec la pandémie et de les mettre en perspective avec le ressenti des patients ([données du dispositif e-Satis](#)). Ainsi, il ressort que « *la nature des EIAS est différente en fonction de la période de déclaration : ceux déclarés lors de la première vague sont plus urgents, surviennent moins souvent au bloc opératoire qu'aux urgences et sont estimés moins évitables que ceux survenus lors de la deuxième période. Ces derniers se rapprochent plus des EIAS survenant habituellement. La mise en place de barrières efficaces, notamment au sein des équipes, a permis de réduire l'impact de la deuxième vague sur la survenue de ces événements, le rôle de la communication apparaît essentiel. Le score global de satisfaction des patients et ceux relatifs aux prises en charge médicales et paramédicales ont augmenté, ce résultat pouvant être le reflet de la solidarité des patients envers les soignants. L'attitude de résilience active et productive de la part de tous les acteurs a été un élément majeur dans la gestion des risques lors de cette crise* » (2).

### **Illustration par un exemple d'EIGS**

#### **Retard de détection et de traitement de troubles du rythme chez un patient en insuffisance cardiaque, hospitalisé pour pose d'une valve aortique transcathéter (TAVI), dans un contexte désorganisé par la Covid-19, et conduisant au décès par arrêt cardio-respiratoire.**

Patient insuffisant cardiaque hospitalisé en vue de la pose d'un TAVI pour un rétrécissement aortique serré dans un contexte d'amylose. La pose du TAVI était prévue la semaine suivante.

Durant la nuit le patient fait un arrêt cardiorespiratoire pour lequel l'équipe appelle les urgences vitales internes. Le patient est en dissociation électromécanique ; après 15 minutes de réanimation cardiopulmonaire, il récupère un rythme. Une sonde est rapidement mise en place. Le patient décède 1 h après.

La télémétrie montre des troubles de conduction non signalés 1 heure avant l'appel pour l'arrêt cardiorespiratoire.

#### **Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte notamment :**

- que la configuration des chambres a été changée, ainsi que les secteurs en raison du contexte de pandémie de Covid-19 ;
- que ces modifications ont entraîné des modifications de réglages des alarmes et des interchevets ;
- que le volume sonore de l'unité de surveillance centrale a été réglé plus bas ;
- que cette diminution du volume sonore de l'unité de surveillance centrale n'a pas permis d'identifier et de prendre en charge les troubles de conduction du patient.

#### **Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :**

- une augmentation du volume des alarmes ;
- le déménagement du service dans de nouveaux locaux ;
- l'équipement de l'équipe d'infirmier(ère)s de smartphones pour les alarmes.

# 5. Les focus sur des regroupements d'EIGS

Les focus permettent de mettre en lumière certaines situations à risque identifiées cette année sans donner lieu à des préconisations et pour lesquelles une brève analyse descriptive et un rappel d'éléments de contexte sont présentés. Chaque focus est illustré par un exemple extrait de la base EIGS.

## 5.1. EIGS en lien avec le recours à des soins en télémédecine

### Contexte

Les actes de télémédecine sont des actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication (article L. 6313-1 du Code de la santé publique). Parmi eux :

- **la téléconsultation** a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;
- **la téléexpertise** a pour objet de permettre à un professionnel médical (dit « requérant ») de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux (dits « requis ») en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

La crise sanitaire a accéléré le recours à ce type de soins<sup>2,3</sup>. En effet, le recours à la téléconsultation s'est généralisé en 2020 avec un total de 19 millions d'actes remboursés par l'Assurance maladie. Un pic a été enregistré en avril 2020 avec 4,5 millions de téléconsultations (contre 40 000 en février 2020).

### Analyse descriptive

**Dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020**, 5 déclarations d'EIGS mettent en évidence des événements en lien avec un contexte de télémédecine.

Parmi les 5 EIGS, 1 EIGS fait apparaître la téléconsultation comme une barrière qui aurait pu être mise en place pour prévenir, rattraper ou atténuer l'EIGS.

Les 4 autres EIGS concernent tous des hommes, âgés de moins de 40 ans pour deux d'entre eux. Un EIGS sur les 4 a conduit au décès du patient et 1 EIGS a été estimé évitable par le déclarant

Il s'agit :

- dans 3 cas, de retard de diagnostic avec des défauts de communication à la suite de demandes de téléexpertise sans lien avec la pandémie de Covid-19 ;
- le 4<sup>e</sup> cas concerne une sous-évaluation du risque psychologique dans le contexte de la pandémie Covid-19.

Même si les signalements d'EIGS souffrent d'une sous-déclaration majeure, il convient de souligner deux éléments importants :

- dans certains EIGS, la téléconsultation a constitué une barrière efficace ;
- au regard du nombre d'actes en télémédecine, il est essentiel de ne pas regarder l'utilisation de cette technologie avec le seul prisme des EIGS.

<sup>2</sup> Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin

<sup>3</sup> Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, Décret no 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté

La lecture des évènements en lien avec cette modalité de soins, encourage à réfléchir sur les populations et/ou les interventions ou motifs qui ne peuvent se prendre en charge par ce biais.

### **Illustration par un exemple d'EIGS**

#### **Retard de diagnostic aux urgences d'un accident vasculaire cérébral chez un homme de 60-70 ans.**

Un homme de 60-70 ans consulte aux urgences pour une suspicion d'un accident vasculaire cérébral (AVC). L'urgentiste contacte un autre centre hospitalier pour une expertise par télé-médecine. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral est récusé pour un diagnostic de tumeur cérébrale. L'avis d'un neurochirurgien est demandé et le patient est admis dans un service de médecine. Devant l'aggravation des signes neurologiques du patient, une imagerie par résonance magnétique (IRM) est pratiquée et confirme le diagnostic d'accident vasculaire cérébral qui sera pris en charge en unité neuro-vasculaire.

#### **Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte notamment de :**

- l'absence de transcription écrite par le neurochirurgien des consignes et de l'avis donnés à l'urgentiste ;
- l'absence de traçabilité de l'avis obtenu via le logiciel de télé-AVC ;
- l'absence de double interprétation des scanners ;
- l'hôpital en tension sur les établissements pouvant accueillir le patient ;
- l'absence d'échange entre le médecin de soins de suites et réadaptation et le neurologue.

#### **Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :**

- d'avoir une traçabilité écrite des avis neurovasculaires ;
- d'avoir une interprétation des scanners sur site.

## **5.2. EIGS en lien avec le recours à la radiologie et/ou à l'imagerie par résonance magnétique (IRM)**

### **Contexte**

La sécurité des patients et des professionnels est un enjeu fondamental des actes d'imagerie, notamment la prévention des risques en IRM, la prévention de l'utilisation inappropriée d'un produit de contraste, etc.

### **Analyse descriptive**

**Dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020**, 28 déclarations d'EIGS mettent en évidence des évènements en lien avec une prise en charge en imagerie (radiologie, IRM, scanner, etc.).

Ces EIGS concernent des hommes dans 61 % des cas. La classe d'âge des 60-80 ans représente 44,5 % des cas. L'EIGS a conduit au décès pour 43 % des patients et a été estimé évitable (« évitable » à « probablement évitable ») par le déclarant dans 57 % des cas.

Il s'agit :

- de brûlures/blessures liées à la présence de dispositifs non compatibles avec une IRM (n = 4) ;
- de défaut d'organisation (accès à l'imagerie, disponibilité du matériel) entraînant des retards de diagnostic (n = 6) ;
- d'erreurs d'interprétation entraînant un défaut/retard de diagnostic (n = 3) ;

- des problèmes de communication conduisant à un retard de prise en charge (absence de compte-rendu, défaillance de communication entre établissements entraînant un retard de télétransmission des images) (n = 4) ;
- de défauts de surveillance pendant l'examen (n = 1) ;
- de problèmes liés au produit de contraste (chocs allergiques et erreur de produit) dont 1 EIGS associant un défaut d'identitovigilance (n = 8) ;
- de défaut de supervision (n = 2).

### **Illustration par un exemple d'EIGS**

#### **Brûlure d'un doigt chez un enfant lors d'une IRM avec capteur d'oxymétrie.**

À la fin d'un examen IRM sur un enfant âgé d'un an, sous anesthésie générale, le médecin anesthésiste constate une anomalie sur l'index de la main gauche de l'enfant. Il est brûlé à l'emplacement d'un capteur d'oxymétrie présent sur le doigt.

Le jeune patient est immédiatement transféré au bloc pour une opération de revascularisation puis à nouveau transféré dans un CHU en chirurgie pédiatrique.

Les parents sont informés du dommage lié aux soins et restent informés à chaque étape des suites de la prise en charge.

#### **Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte notamment :**

- de l'utilisation d'un capteur d'oxymétrie à patient unique (mais non spécifique IRM), que l'infirmier(ère) anesthésiste est allé se procurer au bloc, car non présent habituellement en salle d'induction ;
- du non-retrait du capteur lors de l'installation dans l'IRM ;
- d'un défaut de communication entre les deux équipes (anesthésie et radiologie) lié à leur concentration sur leurs périmètres d'action respectifs ;
- de l'absence de pictogramme lié aux risques magnétiques sur l'équipement puisque les pictogrammes sont seulement apposés sur les équipements compatibles.

#### **Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :**

- la réactualisation du protocole et de l'affichage à l'entrée en IRM ;
- la mise en place d'un nouvel affichage spécifique : faire entrer à l'IRM un bébé nu ;
- de revoir la communication et coopération entre les équipes ;
- l'organisation d'une revue morbi-mortalité (RMM) ;
- la décision de rappels au risque IRM ;
- la réalisation d'une étude biomédicale sur le matériel au regard des nouvelles pratiques anesthésiques ;
- l'apposition d'un pictogramme visuel sur l'ensemble des accessoires compatibles IRM.

## **5.3. EIGS en lien avec les thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires post-opératoires**

### **Contexte**

Bien que la prophylaxie de la maladie thromboembolique veineuse post opératoire a permis de réduire l'incidence de la maladie thromboembolique veineuse de 50 %, il semble que celle-ci ne soit pas appliquée de manière systématique pour les patients et les chirurgies les plus à risque (6). La dernière recommandation date de 2011 et propose des protocoles prophylactiques en fonction des caractéristiques des patients, mais aussi des types de chirurgies.

## Analyse descriptive

**Dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020, 37 déclarations d'EIGS mettent en évidence des événements en lien avec les thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires post-opératoires.**

Ces EIGS concernent en majorité des femmes (89 %). Les patients âgés de 60-80 ans représentent 30,6 % des cas, ceux de 20 à 40 ans 22,2 % et ceux de 40 à 60 ans 17,8 %. L'EIGS conduit au décès pour 67,6 % des patients et est estimé évitable (« évitable » à « probablement évitable ») par le déclarant dans 48,6 % des cas.

Il s'agit :

- d'un défaut/retard de prescription d'anticoagulant (post-opératoire ou autre indication médicale) (n = 20) ;
- d'un défaut de diagnostic (embolie pulmonaire/thrombose veineuse profonde) (n = 14) ;
- d'un aléa thérapeutique (n = 1) ;
- deux EIGS inexploitable sans cause profonde décrite.

### Illustration par un exemple d'EIGS

**Retard d'initiation de prophylaxie thromboembolique chez un patient obèse de 53 ans opéré en urgence d'une éventration étranglée, avec complications (bloc auriculo-ventriculaire de 3e degré) durant l'intervention, puis décès différé par embolie pulmonaire grave.**

Un patient de 53 ans hospitalisé au CHU le 25 juin pour tableau abdominal aigu (éventration étranglée), avec antécédents de cholécystectomie compliquée d'abcès sous-hépatique, appendicectomie et obésité morbide, décède par embolie pulmonaire grave différée. Durant l'intervention d'urgence le 25 juin, un trouble du rythme cardiaque initial sévère (bloc auriculo-ventriculaire de 3<sup>e</sup> degré) de courte durée sans conséquence durable est observé. Des difficultés techniques per opératoires sont relevées : obésité et ventre multi opéré avec plastron abdominal et difficulté de fermeture pariétale. Les suites sont simples avec réveil et retour en chirurgie. Anticoagulation à H+12 et non à H+8. Le 26 juin (H24), survenue d'une détresse respiratoire aiguë sévère menaçant le pronostic vital lors du 1<sup>er</sup> lever du patient qui est transféré en réanimation. Le diagnostic d'embolie pulmonaire grave avec phlébite associée est posé. Le patient est traité par thrombolyse en intra-veineuse suivie d'une héparinothérapie. L'évolution du patient est favorable et il sort de réanimation le 28 juin. Le patient décède ultérieurement des suites d'une embolie pulmonaire grave malgré le traitement médical et chirurgical.

**Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :**

- de l'absence de mise en place systématique de bas de contention au bloc opératoire ;
- du retard à l'initiation de la prophylaxie anti thrombotique : H12 au lieu de H8, mais pas d'horaire clairement précisé par l'équipe médicale ;
- d'un patient obèse avec un indice de masse corporelle (IMC) de 36 et découverte d'un facteur V Leiden lors de son séjour hospitalier.

**Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé inévitable par le déclarant prévoit notamment :**

- l'information au bloc de la mise en place de bas de contention systématique chez l'obèse (IMC > 30) ;
- l'acquisition de dispositif de compression pneumatique intermittente mise en place au bloc et poursuivie en salle de surveillance post-interventionnelle puis dans le service jusqu'au premier lever ;
- la précision clairement indiquée sur la prescription de l'heure d'injection du traitement prophylactique sous-cutané ;
- la poursuite actuelle d'une posologie standard d'anticoagulants mais réflexion actuelle avec des experts du CHU et nationaux sur une augmentation des posologies d'anticoagulant chez l'obèse.

## 5.4. EIGS en lien avec les neuroleptiques et les benzodiazépines

### Contexte

La France se situe au 2<sup>e</sup> rang de la consommation globale de benzodiazépines en Europe. En 2015, 13,4 % de la population française a consommé au moins une fois une benzodiazépine et 2,7 % ont consommé à la fois un anxiolytique et un hypnotique (7). Le 6<sup>e</sup> rapport d'étude EPI-PHARE sur l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 montre que l'usage de médicaments anxiolytiques, hypnotiques, mais aussi plus récemment antidépresseurs ne cesse d'augmenter(8). La tendance forte de l'augmentation d'utilisation de ces 3 classes de médicaments s'est encore amplifiée en 2021 avec des hausses de délivrance de + 5 % à 13 % selon les médicaments, et des hausses d'instauration de + 15 % à + 26 % par rapport à l'attendu. Globalement, sur la période de plus d'un an depuis le début du premier confinement, entre mars 2020 à avril 2021, on observe une augmentation de + 1,9 million de délivrances d'antidépresseurs, + 440 000 délivrances d'antipsychotiques, + 3,4 millions de délivrances d'anxiolytiques et + 1,4 million de délivrances d'hypnotiques par rapport à l'attendu.

### Analyse descriptive

Dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020, 37 EIGS liés aux neuroleptiques et benzodiazépines ont été retrouvés.

#### → Les neuroleptiques

Au total, 14 déclarations mettent en évidence des EIGS en lien avec des traitements par neuroleptiques ou neuroleptiques + associations.

Ces EIGS concernent des hommes dans 57 % des cas. Les patients âgés de 60 à 80 ans représentent 38,5 % des cas. L'EIGS a conduit au décès dans 1 cas sur 2 et a été estimé évitable (« évitable » à « probablement évitable ») par le déclarant dans 79 % des cas.

À l'origine de ces EIGS, il s'agit :

- d'erreurs liées à un surdosage (n = 6) ;
- d'erreurs liées à une absence de suivi thérapeutique dont l'absence de réévaluation du traitement neuroleptique et la sous-estimation du risque de fausse route ou d'occlusion intestinale chez un patient suivant un traitement par neuroleptiques (n = 4) ;
- d'erreurs d'identitovigilance chez des patients présentant des troubles cognitifs (n = 4).

### Illustration par un exemple d'EIGS

#### **Décès des suites d'une occlusion intestinale d'une patiente hospitalisée en psychiatrie pour schizophrénie, traitée par clozapine.**

Une patiente hospitalisée en psychiatrie présente des douleurs abdominales et des vomissements. Appel du médecin d'astreinte pour la réalisation d'un Normacol. Décision de transférer la patiente le lendemain qui décède aux urgences.

#### **Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :**

- du manque de connaissances des équipes soignantes sur la surveillance des effets secondaires des neuroleptiques ;
- d'un suivi des selles non systématisé, suivi du poids et de l'IMC non exploité, recommandation en vigueur du schéma posologique de réintroduction de la clozapine non suivie et ajout d'un anticholinergique favorisant la constipation sur méconnaissance de l'antécédent d'occlusion ;
- d'un antécédent d'occlusion non connu.

**Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :**

- la formation des équipes soignantes au repérage, à l'évaluation, à l'éducation et au suivi des effets secondaires des neuroleptiques ;
- l'élaboration d'un guide médical pour introduction ou réintroduction d'un traitement par Clozapine (recommandations en vigueur du schéma posologique) ;
- l'élaboration de fiches informations patient pour les traitements à risque (clozapine, olanzapine par exemple) ;
- la mise en place d'une procédure de surveillance du périmètre abdominal, des selles, de l'IMC ;
- l'actualisation de la procédure « constipation ».

➔ **Les benzodiazépines ou dérivés des benzodiazépines**

Au total, 15 déclarations mettent en évidence un EIGS lié à des traitements par benzodiazépines ou dérivés des benzodiazépines.

Ces EIGS concernent des hommes dans 47 % des cas. Les patients âgés de 60 à 80 ans représentent 29 % des cas. L'EIGS a conduit au décès du patient dans 13 % des cas et a été estimé évitable (« évitable » à « probablement évitable ») par le déclarant dans 60 % des cas.

À l'origine de ces EIGS, il s'agit :

- d'erreurs liées à des surdosages soit par une prescription inadaptée, une erreur de posologie, soit par une erreur dans la programmation du dispositif médical (n = 7) ;
- d'erreurs de médicaments (n = 6) ;
- d'erreurs d'identitovigilance (n = 2).

**Illustration par un exemple d'EIGS**

**Erreur de dose par erreur de programmation de pompe pour du midazolam chez un patient de plus de 70 ans, la nuit, dans un contexte de surcharge de travail.**

Un patient est hospitalisé en cardiologie pour fibrillation auriculaire et pose d'un stimulateur cardiaque. Face à un premier épisode de troubles du comportement, le médecin décide une prescription anticipée de midazolam 50 mg/10 ml au débit de 0,5 mg/h en intra-veineux de 20 h à 06 h. 3 h 30 après le début du traitement, le patient présente des pauses respiratoires. Il est transféré en réanimation où un surdosage de benzodiazépines est avéré.

**Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :**

- d'une erreur de préparation du midazolam à administrer en seringue électrique cumulée à une erreur de programmation dans la vitesse d'administration : le patient reçoit une dose cumulée de 8,75 mg de midazolam en 3 h 30 ;
- de la présence dans la pharmacie du service de cardiologie et de l'unité de surveillance continue de cardiologie de deux références de midazolam (50 mg/10 ml et 5 mg/5 ml) ce qui peut générer de la confusion dans les préparations des seringues électriques de midazolam ;
- d'un défaut de compréhension de la prescription informatisée ;
- de l'absence de mise en œuvre du double contrôle indépendant avant administration.

**Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :**

- la suppression de la pharmacie du service de cardiologie et de l'unité de soins intensifs de cardiologie des ampoules de midazolam 50 mg/10 ml pour ne garder que la seule référence midazolam 5 mg/5 ml ;
- la rédaction d'un protocole institutionnel de midazolam (préparation et administration) et révision du module de prescription du midazolam en seringue électrique dans le logiciel d'aide à la prescription ;
- le rappel auprès des infirmières de cardiologie et de l'unité de soins intensifs de cardiologie de l'obligation du double contrôle indépendant des préparations médicamenteuses à risque ou lors de difficultés d'une prescription ;
- la présentation en commission médicale d'établissement ainsi qu'aux équipes soignantes par les référents pharmacie de l'établissement des procédures de gestion et d'identification des médicaments à risque.

## 5.5. Cas spécifiques des EIGS en lien avec les dispositifs médicaux

L'analyse des EIGS liés à des erreurs médicamenteuses met en exergue la problématique du mésusage des dispositifs médicaux (DM) et dispositifs médicaux implantables (DMI) responsables d'erreurs médicamenteuses. Cependant les EIGS liés directement à un DM/DMI avec une conséquence directe pour le patient, autre qu'une erreur médicamenteuse, ne sont pas identifiés comme tels dans la base EIGS. Ils sont identifiés à l'aide de la cause immédiate principalement.

C'est le cas par exemple pour :

- le décès d'un prématuré par septicémie à la suite d'une infection sur cathéter de voie veineuse centrale.  
Selon une étude de cohorte et cas-témoins chez des patients gravement malades, les infections sur cathéters représentent une pathologie fréquente (incidence entre 0.5 et 2/1000 jours de cathétérisation) ; elles sont responsables d'une importante morbidité et mortalité (mortalité attribuable = 3-25 %) ; elles augmentent les durées et coûts du séjour hospitalier (en réanimation) et augmentent la durée d'hospitalisation de 6 à 20 jours (surcoût de 16 000 à 28 000 dollars) (9) ;
- la nécrose d'un sein chez une patiente à la suite d'une extravasation associée à un traitement anti-néoplasique ;
- le décès d'un nourrisson par choc septique lié à une perforation bronchique lors de la pose d'une sonde gastrique.

Ce premier focus permet de poser une vigilance autour du risque spécifique lié à ces dispositifs. Une recherche plus spécifique sera conduite afin de mieux décrire les caractéristiques de ces évènements.

### *Exemples d'EIGS en lien avec des dispositifs médicaux*

#### → Voie veineuse centrale

Une patiente de 60 ans hospitalisée en réanimation pour insuffisance respiratoire aiguë est porteuse d'une voie veineuse centrale. L'amélioration de son état justifie la suppression de la voie veineuse centrale. C'est lors de son retrait, que la patiente fait une embolie gazeuse qui a pour conséquence une triplégie.

Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :

- du non-respect de la position latérale du patient au moment du retrait de la voie veineuse centrale (patient en position assise, en train de boire et toussant), qui est à l'origine de son embolie gazeuse.

#### → Aiguille pour injection intravitréenne

Une patiente de plus de 70 ans est hospitalisée pour une injection intravitréenne dans le cadre de son traitement de dégénérescence maculaire liée à l'âge. L'opérateur utilise une aiguille de 20G à la place d'une aiguille de 30G (soit un diamètre de plus de trois fois supérieur à celui d'une aiguille pour injection intravitréenne) indiquée pour la réalisation de cet acte., ce qui entraîne la cécité de la patiente.

Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :

- d'une erreur de stockage du matériel. Les aiguilles n'étaient pas rangées dans l'arsenal du bloc opératoire ;
- d'un conditionnement identique quel que soit le calibre de l'aiguille ;
- de la non-vérification du matériel avant de réaliser l'acte, aussi bien par le chirurgien que par l'infirmière.

#### → Appareil pour oxygénothérapie

Un patient de plus de 70 ans est mis sous oxygénation à haut débit pour détresse respiratoire. Durant la nuit, l'appareil cesse de fonctionner. Le patient est alors mis sous oxygénothérapie classique, le temps de l'intubation. Le patient décédera à la suite d'un arrêt cardiaque.

Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :

- d'un matériel utilisé n'étant pas adapté à la pathologie du patient ;
- de l'arrivée d'oxygène qui a été partiellement bouchée lors de la manipulation du patient au cours de la nuit. Les professionnels ne s'en étant pas rendu compte immédiatement, le patient n'a plus été oxygéné correctement.

# 6. Que deviennent les analyses nationales des EIGS ?

## 6.1. Des productions pour promouvoir la culture sécurité

Les analyses d'EIGS mettent en évidence une persistance de la sous-déclaration de ces évènements et une formation insuffisante des professionnels à l'analyse approfondie des évènements indésirables associée à un défaut de culture de sécurité (existence d'une crainte de dévoiler l'évènement).

Les résultats préliminaires d'ENEIS 3 confirment cette sous-déclaration persistante. Ils mettent également en évidence la survenue de 4 EIGS par service de 30 lits par mois\*. Une hausse des facteurs contributifs que sont les défaillances humaines, la mauvaise définition de l'organisation et des tâches, la composition de l'équipe non-adéquate et le manque de culture sécurité sont aussi rapportés (10).

\*différence non significative par rapport aux résultats obtenus en 2010

Fortes de ces constats, les productions de cette année ont suivi **deux axes**.

### Axe ❶ « Favoriser la culture de sécurité, alerter et encourager les soignants à déclarer »

#### Description de la collection des « flash sécurité patient »

Même si l'année 2020 est particulière au regard de la crise sanitaire traversée, l'absence de transmission de déclarations observée dans plusieurs régions françaises met en évidence une culture de sécurité encore trop négligée. **Il est important de continuer à insister sur la nécessité que représente la déclaration des EIGS et faire en sorte que les erreurs soient signalées, discutées, analysées plutôt que cachées ou ignorées, pour *in fine* améliorer la sécurité du patient.** En effet, on peut ici préciser qu'autant les déclarations d'EIGS ont un peu diminué en 2020 autant le nombre de déclarations faites dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins (déclarations d'EIAS) s'est maintenu malgré la crise sanitaire et a permis de travailler notamment sur les EIAS en lien avec la pandémie (cf – [ACTU](#) : Pandémie Covid-19).

Ainsi, la HAS propose une nouvelle collection « flash sécurité patient » qui regroupe des fiches élaborées pour les professionnels de santé des secteurs sanitaires (ville et établissements de santé) et médico-sociaux. **Les enjeux de cette collection sont de promouvoir et valoriser le retour d'expérience ainsi que l'apprentissage par l'erreur à partir d'évènements indésirables associés aux soins déclarés.** Il s'agit également de montrer que déclarer des EIGS doit se faire dans une démarche constructive qui passe par une dédramatisation de la déclaration.

Chaque flash est élaboré à partir d'évènements indésirables associés aux soins identifiés et sélectionnés dans les bases de retour d'expériences nationales des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) et/ou de l'accréditation des médecins selon leur intérêt pédagogique et leur qualité d'analyse.

En effet, l'analyse de ces bases de retour d'expérience permet de tirer des enseignements, en promouvant une culture de la déclaration et de l'analyse des événements indésirables graves associés à des soins. Ces analyses permettent de comprendre les causes profondes de ces événements, de les partager et de proposer des solutions pour éviter leurs récurrences.

Les professionnels de santé ont été confrontés à ces événements qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements dont il faut tirer des enseignements pour que cela ne se reproduise plus.

Le format du flash sécurité patient a été étudié pour être didactique. Il comprend toujours trois parties : le titre, la partie description (trois à quatre événements décrits) et la partie préconisations « pour que cela ne se reproduise pas »

Au total, ce sont cinq « flashs sécurité patient » qui ont été publiés :

**Flash sécurité patient : Au bloc opératoire – Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !**

	<p>Ce flash porte sur la sécurité au bloc opératoire avec l'analyse approfondie des événements indésirables, mettant en cause une défaillance d'utilisation de la check-list au bloc opératoire sur l'un de ses trois temps. Bien réalisée, la check-list est un outil simple et efficace pour limiter les complications opératoires en agissant sur une meilleure communication entre les équipes de soins.</p> <p>Pour faciliter son appropriation par les professionnels, la HAS encourage ces derniers à s'en emparer et à apporter les modifications nécessaires pour optimiser son utilisation.</p> <p><b>ADAPTEZ LA CHECK-LIST À VOS PRATIQUES POUR L'ADOPTER</b></p>
--	--

**Flash sécurité patient : Médicament à risque – Sous-estimer le risque c'est risqué !**

	<p>Ce flash s'intéresse à la survenue d'événements indésirables mettant en cause le mésusage des médicaments dits « à risque » (cf. arrêté du 6 avril 2011) à toutes les étapes, de la prescription à l'administration du médicament.</p> <p>Le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation, d'administration et de suivi constitue une barrière de sécurité pour chacune de ces étapes, pour chacune des grandes catégories de médicaments à risque.</p> <p>Ce flash a été élaboré en collaboration avec les OMEDIT.</p>
---	---



## Évaluation de l'intérêt des flashs sécurité patient par les professionnels de santé : enquête sur le flash sécurité patient sur les accidents liés au potassium

Le flash sécurité patient sur les accidents liés au potassium a été diffusé le 5 juillet 2021 par la HAS. La collection étant nouvelle, l'intérêt et la portée de ces documents ne sont alors pas connus.

Dans le cadre d'une thèse réalisée à la HAS (11), une enquête a été diffusée auprès de professionnels de santé afin de recueillir leur compréhension et leur avis sur ce flash sécurité patient. **Cette enquête avait pour objectif principal d'étudier l'intérêt d'un document pédagogique de ce type auprès de professionnels de santé en établissement de santé et qui interviennent dans le circuit du potassium.**

Un questionnaire composé de 19 items regroupés en 4 rubriques (profil des participants, modalités de diffusion et prise de connaissance du flash sécurité patient, évaluation de la connaissance des problématiques liées au potassium, appréciation de l'intérêt des participants pour le flash sécurité patient) a été réalisé. Le flash sécurité patient sur les accidents liés au potassium accompagnait le questionnaire. L'ensemble a été diffusé via une « mailing list » de la Société française de gestion des risques en établissement de santé (SoFGRES), le réseau des OMEDIT, la SFAR et le réseau social professionnel LinkedIn. À la clôture de l'enquête, 646 réponses ont été comptabilisées.

L'analyse des résultats a été réalisée à l'aide de statistiques descriptives et l'analyse des questions avec l'échelle de Likert a été faite par moyenne pondérée et pourcentage de réponse par rapport à la moyenne.

La moitié des répondants sont des pharmaciens (50 %). Les médecins représentent 33 % des répondants, les infirmier(ère)s 10 %, les cadres de santé 3 %, les gestionnaires de risques 2 % et les directions et usagers 2 %.

Plus de la moitié des répondants n'ont pas reçu le flash sécurité patient avant de le recevoir avec le questionnaire (59 %).

Parmi ceux l'ayant reçu, la grande majorité l'a reçu par courriel (92 %). Les réseaux sociaux représentent 4 % des réceptions. Parmi les répondants qui ont pris connaissance du flash sécurité patient avant de répondre au questionnaire, 39 % l'ont reçu via le réseau des OMEDIT, 25 % par l'intermédiaire de la HAS ou l'ANSM, et 8 % respectivement par la direction ou la cellule qualité de leur établissement.

La note moyenne donnée pour l'intérêt du flash sécurité patient potassium par les 646 participants est de 4,1/5 (médiane 4/5, 1 représentant « pas d'intérêt » et 5 « beaucoup d'intérêt »). Aucune différence marquée n'a été retrouvée entre les différents profils de répondants.

La compréhension et l'utilité de chaque partie du flash sécurité patient (titre, événements et préconisations) ont été évaluées (Tableaux 1 et 2). Le flash sécurité patient potassium comporte 4 exemples d'événements indésirables. Le titre et les événements sont globalement bien compris. Les préconisations ont un score un peu plus faible (tableau 1) mais sont jugées très utiles (tableau 2).

Tableau 1. Niveau de compréhension déclaré par les répondants selon les parties du flash sécurité patient

		Compréhension déclarée			
		Très compréhensible	Assez compréhensible	Peu compréhensible	Pas compréhensible
Structure du flash sécurité patient	Titre	75%	22%	2%	0%
	Événement 1	71%	26%	3%	0%
	Événement 2	71%	26%	3%	0%
	Événement 3	68%	29%	3%	0%
	Événement 4	66%	30%	3%	0%
	Préconisations	66%	30%	3%	0%

Tableau 2. Niveau d'utilité déclaré par les répondants selon les parties du flash sécurité patient

		Utilité déclarée			
		Très utile	Assez utile	Peu utile	Pas utile
Structure du flash sécurité patient	Événement 1	64%	31%	4%	1%
	Événement 2	63%	32%	4%	1%
	Événement 3	63%	32%	4%	1%
	Événement 4	61%	33%	5%	1%
	Préconisations	65%	30%	5%	0%

Les réponses de chaque partie sont ensuite compilées pour noter le flash sécurité patient dans sa totalité.

Le flash sécurité patient est **parfaitement compris** par 70 % des participants, seulement 3 % des répondants ne le trouvent pas très compréhensible et aucun ne le comprend pas (figure 1).

Le flash sécurité patient est **jugé utile** pour 63 % des répondants, 31 % le trouvent assez utile et 6 % ne le trouvent pas utile (figure 2). Aucune différence marquée n'est retrouvée entre les différents profils de répondants.

Figure 1. Compréhension globale du flash sécurité patient



Figure 2. Utilité globale du flash sécurité patient



S'agissant de l'aide que le flash sécurité patient apporte dans la sécurisation du circuit du potassium : 86 % des répondants pensent que le flash sécurité patient apporte des solutions claires et pratiques, et 13 % ne sont pas d'accord (cf. encadré 1 ci-contre). La majorité des pharmaciens pense que le flash sécurité patient est tout à fait pratique et clair (98 %), 88 % des infirmier(ère)s/cadres de santé et 76 % des médecins donnent la même réponse.

Les participants ont été questionnés sur leur volonté de mettre en place des mesures de sécurisation du circuit du potassium à la suite de la lecture du flash sécurité patient. Parmi les 69 % de participants qui répondent « oui », 63 % pensent les mettre en œuvre dans les 6 mois.

Sur l'ensemble des répondants, 17 % déclarent n'avoir jamais mis en place des mesures de sécurisation du circuit du potassium. Pour les 83 % restants, les dispositifs mis en place sont : le stockage séparé du potassium des autres électrolytes (le plus fréquent, 22 %), le suivi de la limitation des présentations disponibles (19 %) et la mise en place d'un système d'étiquetage spécifique (18 %).

Le double contrôle est appliqué par 13 % des répondants. Le double contrôle de la préparation du potassium injectable est l'action la plus fréquente (5 %), et le double contrôle de la prescription et de l'administration est appliqué par 4 % des répondants.

Enfin, les deux dernières questions portaient sur l'intérêt des références et de la page web du flash sécurité patient. La majorité des participants consulte les références citées sur le flash sécurité patient (61 %) et plus de la moitié consulte la page web (52 %).

En conclusion, toutes les parties du flash sécurité patient sont majoritairement bien notées, tant sur la compréhension que sur l'utilité. Le flash sécurité patient est reçu principalement via les structures nationales et régionales (HAS, ANSM, ARS et OMEDIT, sociétés savantes) en comparaison des réseaux locaux (direction, cellules qualité, pairs). Parmi les réseaux nationaux et régionaux, celui des OMEDIT est le plus efficace. Du fait de leurs missions régionales, ils sont plus proches des soignants que les agences nationales. Chaque catégorie de profession a son canal de diffusion privilégié : les pharmaciens reçoivent les informations principalement via les OMEDIT et les médecins et infirmier(ère)s plutôt de la HAS. Les pharmaciens étant des experts en produits de santé, cœur d'action des OMEDIT, cela peut être une explication à cette différence.

Encadré 1. Point de vue des non-convaincus par le flash sécurité patient

Pour les 13 % de participants (n=87) qui ne pensaient pas que le flash sécurité patient apporte des solutions claires de sécurisation du circuit du potassium, la raison leur était demandée parmi 5 propositions :

- 4 % ne sont pas en contact avec le circuit du potassium dans leur pratique ;
- 53 % pensent que le flash sécurité patient n'apporte rien de plus que ce qu'ils savaient déjà ;
- 31 % pensent qu'il manque des informations pratiques pour la mise en place de solutions de sécurisation, sans préciser le type d'information manquante ;
- 3 % ne s'identifient pas aux événements décrits ;
- 9 % pensent que le message n'est pas assez clair.

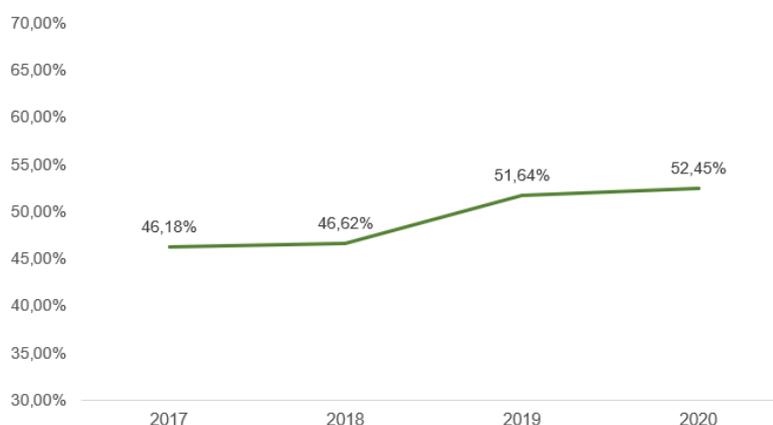
Sur ces 87 participants, 20 ont donné leur propre raison. Parmi eux, 3 répondent que le flash sécurité patient est trop long, et une proposition de remplacer le document par une vidéo est donnée. Les autres commentaires qui reviennent fréquemment sont le manque de formation des infirmier(ère)s (5 réponses) et le manque de solutions humaines par rapport aux préconisations organisationnelles citées (3 réponses).

## Axe ② « Accompagner la déclaration des EIGS »

Depuis 4 ans, et malgré une légère progression ces deux dernières années (figure 1), les bilans annuels de la HAS sur les EIGS mettent en lumière une qualité insuffisante de l'analyse des déclarations :

- une part importante des déclarations d'EIGS reçues sont inexploitable car la qualité de l'analyse est insuffisante ;
- lorsque l'analyse approfondie permettant d'identifier les causes profondes et les barrières est réalisée, elle reste la partie de la déclaration la moins bien traitée.

Figure 1. Évolution de la qualité globale de l'analyse des déclarations jugée « suffisante »



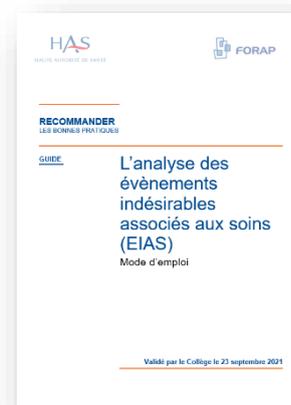
**Pourtant, la qualité des analyses réalisées conditionne la qualité du retour d'expérience produit.** Ainsi, si l'objectif est de produire des recommandations, préconisations, solutions pour la sécurité utiles et fiables, la qualité des données recueillies est essentielle et doit être une priorité.

Dans ce contexte, la HAS en partenariat avec la [FORAP](#) a mis à disposition en octobre 2021 un [guide pragmatique pour aider à l'analyse des EIAS \(12\)](#).

L'enjeu est de renforcer la compétence des professionnels dans tous les secteurs délivrant des soins pour une analyse plus efficace.

Ce document s'inscrit en complément et dans la continuité des documents tels que le « Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins » et « Le guide RMM » tout en abordant **deux points majeurs** et nouveaux :

1. la prise en compte du **récit du patient** ;
2. et la nécessité de **réaliser une analyse des barrières**.



Depuis 2019 une légère amélioration de la qualité des déclarations est à noter. Les années prochaines confirmeront peut-être cette tendance même si les données de l'année 2021 devront être interprétées au regard de la crise sanitaire.

Il apparaît également que lorsque le déclarant bénéficie de l'appui d'une expertise, qu'elle soit interne ou externe, cela impacte positivement la qualité de l'analyse (figure 2).

Le recours aux structures régionales d'appui à la qualité et la sécurité des soins (SRA-QSSP) pour leur expertise dans l'accompagnement à l'analyse approfondie est encore trop peu utilisé. **Dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020,** seulement 3 % (88/3 088) des déclarations mentionnent l'appui des SRA-QSSP (tableau 3).

Pourtant, les chiffres sur la qualité globale de l'analyse indiquent que lorsqu'il y a recours à une SRA-QSSP l'analyse est jugée bonne dans 60 % des cas.

Figure 2. Qualité de l'analyse en fonction du recours à une expertise interne ou externe

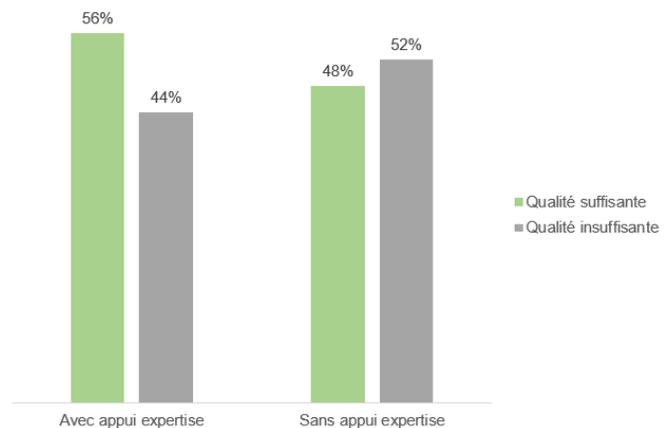


Tableau 3 : Evolution des chiffres du recours au SRA-QSSP

	2017	2018	2019	2020	TOTAL
N	3	18	31	36	88

**Une étude rétrospective publiée en octobre 2021** revient sur l'intérêt de recourir à une structure régionale d'appui pour l'analyse approfondie des causes des événements indésirables associés aux soins (13). D'après les résultats obtenus en Bourgogne-Franche-Comté et comparés aux données nationales ou internationales, **l'accompagnement par une SRA-QSSP** permet, par un apport méthodologique externe à l'établissement, **d'identifier un nombre de causes profondes plus important** lors de l'analyse avec les équipes, dans des domaines souvent peu étudiés. Il permet également de proposer des actions variées, avec une proportion importante d'entre elles ayant une efficacité estimée forte.

La [FORAP](#) a publié une synthèse qualitative des appuis réalisés par les SRA-QSSP à la qualité des soins et la sécurité des patients pour l'année 2020 (cf. annexe 2 – Infographie FORAP). Celle-ci rend compte de :

- **1 820 professionnels** de santé qui ont été **formés** au signalement et/ou à l'analyse des EIGS en 2020 ;
- **238 EIGS** pour lesquels un **accompagnement par les SRA-QSSP** a été réalisé.

**Ces chiffres sont encourageants.** Ils corroborent toutefois la sous-déclaration observée via le portail de signalement et également l'absence de réalisation de la partie 2 de la déclaration et/ou l'absence de transmission.

## 6.2. Des études de risques spécifiques pour améliorer la sécurité du patient

Ces analyses spécifiques répondent à la **production des préconisations demandées à la HAS**.

### ① Les risques en lien avec une chute de patient

#### Contexte

Les chutes sont parmi les risques les plus fréquemment déclarés dans le dispositif de déclaration des EIGS et ce, malgré le nombre de recommandations, études proposant des stratégies pour les réduire, notamment celles survenant à domicile.

En France, 450 000 personnes de plus de 65 ans sont victimes d'une chute tous les ans<sup>4</sup>. D'après les données issues des certificats de décès en 2016 en France métropolitaine, 6 758 personnes de plus de 65 ans sont décédées à la suite d'une chute accidentelle, parmi lesquelles 2 956 hommes et 3 802 femmes (7 655 tous âges confondus soit 11,8/100 000 habitants)<sup>5</sup>.

L'analyse des EIGS<sup>6</sup> déclarés en France, bien que leur nombre soit non exhaustif, permet ainsi de compléter les connaissances sur le sujet, notamment sur ceux se produisant en établissements de santé ou médico-sociaux.

#### Base REX-EIGS

**Dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020**, 11,6 % des déclarations (n = 359) sont des EIGS en lien avec des chutes. Dans 64 % des cas, les EIGS en lien avec des chutes surviennent en dehors d'un acte de soin. Dans ce cas, les principales causes immédiates retrouvées sont les manifestations somatiques du patient ou sont en lien avec un dispositif d'immobilisation ou de contention (absence, mauvais fonctionnement, ablation par le patient...). Lorsque les chutes surviennent au cours d'un acte de soin (36 %), généralement d'hygiène et de confort, la cause immédiate la plus souvent citée est une mauvaise utilisation d'un matériel, y compris les dispositifs de contention (appareil de mobilisation non approprié, contention mal positionnée, sangle mal attachée, frein non enclenché, matelas non adapté...).

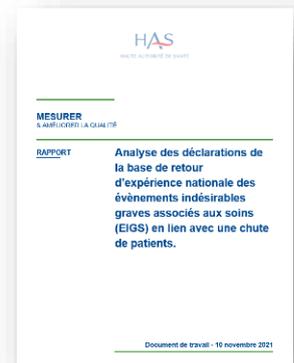
<sup>4</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/donnees/#tabs>

<sup>5</sup> <http://cepfdc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

<sup>6</sup> Un événement 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 événement 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. Source : décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. JORF n° 0276 du 27 novembre 2016 texte n°45. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSP1624746D/jo/texte>

Les causes profondes les plus fréquemment déclarées concernent les facteurs liés aux patients (83 %) et, plus précisément, l'existence d'une perte d'autonomie et /ou d'une instabilité physique, de troubles mentaux ou de pathologies graves (cardiaques, pulmonaires, neurologiques, obésité majeure...), ainsi que la prise de médicaments tels que les anxiolytiques, les antidépresseurs ou les hypnotiques.

**Un rapport spécifique et détaillé** sur les EIGS, déclarés entre le 1<sup>er</sup> février 2017 et le 10 juillet 2019, en lien avec des chutes de patient a été publié en novembre 2021 (14). Ce rapport revient en détail sur les causes profondes déclarées et a notamment été l'occasion d'élaborer des préconisations, reprises ci-après.



## Préconisations pour réduire les événements liés aux chutes

De nombreuses publications et initiatives locales (7-8)(15, 16), régionales (9-12)(17-20), nationales (13-20)(21-28) et étrangères (21-23)(29-31) existent déjà sur le sujet de la prévention des chutes chez les personnes âgées (exemples non exhaustifs). Dans la majorité des cas, les préconisations et actions portent sur l'évaluation du risque de chute et la mise en place de mesures appropriées au risque identifié, en ciblant presque exclusivement les facteurs liés aux patients (pathologies chroniques et aiguës, traitements, état nutritionnel, comportement, chaussage, facteurs sociaux ou familiaux...) et à leur environnement (aménagement de l'espace, éclairage...). Même si cet aspect du problème est fondamental – l'analyse des EIGS le confirme – il met cependant de côté toutes les causes profondes liées, entre autres, à l'environnement de travail des soignants, aux tâches à accomplir et à l'équipe, incontournables lorsque l'on s'intéresse aux chutes en établissements de santé et en établissements sociaux ou médico-sociaux.

Les préconisations listées ci-dessous ne concernent que les facteurs de risque de chute identifiés au cours de l'analyse des déclarations d'EIGS. Ainsi, elles ne reprennent pas, par exemple, toutes les recommandations concernant les facteurs de risque liés aux patients ou à son environnement déjà citées dans les précédents travaux de la HAS (11-14)(19-22). Celles-ci restent cependant complètement valides :

- systématiser l'évaluation du risque de chute en équipe, dès l'arrivée du patient lorsque celui-ci est institutionnalisé, et le réévaluer régulièrement ;
- s'assurer de la disponibilité des résultats de l'évaluation du risque de chute et des actions mises en place dans le dossier médical du patient, et transmettre l'information aux différents acteurs de la prise en charge du patient, y compris la famille ou les aidants ;
- évaluer systématiquement le bénéfice risque des traitements prescrits (médicaments susceptibles de provoquer les chutes ou d'entraîner des risques graves pour la santé en cas de chute) et les réévaluer régulièrement ;
- aménager la chambre et la salle de bains des patients à risque de chute de façon à limiter ce risque au maximum (exemples : hauteur variable des lits, espaces libres pour des déplacements avec un appareillage, fauteuil de repos stable et sécurisable, douche sans seuil ou marche, barres d'appui dans les toilettes...) et permettre une intervention rapide en cas de chute (bouton d'appel facile d'accès...) ;
- disposer de dispositifs de mobilisation, de contention et de relevage adaptés aux besoins identifiés dans l'établissement/le service et auxquels les professionnels de santé auront été formés (localisation, conditions et techniques d'utilisation), y compris les éventuels intérimaires.

- disposer d'une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de chute, connue de l'ensemble des professionnels travaillant dans l'établissement/le service, y compris des éventuels intérimaires ;
- sécuriser l'accès aux locaux qui sont susceptibles d'entraîner des chutes (escaliers, terrasses...);
- tracer l'ensemble des chutes dans le dossier médical du patient et systématiser la déclaration des chutes graves (EIGS) pour permettre l'analyse des facteurs contributifs en équipe pluridisciplinaire (causes immédiates et causes profondes) ;
- être particulièrement attentif à la charge de travail des professionnels, en s'assurant que les effectifs habituels soient suffisants au regard des besoins, et que les absences et les vacances de postes soient traités rapidement.

### **Illustration par un exemple d'EIGS**

#### **Défaut de coordination de l'équipe de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), défaut du matériel et manipulation dangereuse d'un lève-malade entraînant une chute et le décès d'une personne âgée fragile.**

Une patiente âgée en soins palliatifs doit être changée de lit. Au cours du transfert de lit la patiente chute alors qu'elle était dans le lève-malade.

#### **Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :**

- de l'utilisation de sangles non adaptées ;
- d'une charge insuffisante de la batterie du lève-malade ;
- d'une interruption de tâche avec l'aide-soignante qui a dû s'absenter pour chercher une batterie dans un autre service, allongeant le temps de la manipulation ;
- de l'absence de module de formation à l'utilisation des matériels de manutention pour les nouveaux arrivants ou en rappel pour les personnels en poste ;
- d'un défaut de communication entre les membres de l'équipe, conduisant au non-respect de la préconisation de l'ergothérapeute (utilisation du chariot douche disponible ou d'une sangle hamac présente dans la salle de bains de la chambre de la résidente).

#### **Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :**

- 10 actions annoncées mais non décrites dans la déclaration ;
- de faire le lien avec la commission de soins infirmier(ère)s, de rééducation et médico-techniques.

## **② Les risques en lien avec une tentative de suicide de patient**

### **Contexte**

En 2016, en France métropolitaine, 8 435 décès par suicide ont été enregistrés par le CépiDc. Les décès par suicide concernent les hommes 3 fois sur 4. Le nombre de suicides augmente avec l'âge, surtout chez les hommes. Le suicide est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans et la deuxième chez les 15-24 ans, après les accidents de la voie publique. En 2017, le nombre global de séjours hospitaliers pour tentative de suicide était d'un peu moins de 89 000 et a concerné plus de femmes que d'hommes (32).

Ces chiffres de la mortalité nationale par suicide sont sous-estimés (33) et plusieurs études montrent l'impact de la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur la santé mentale des populations confrontées aux restrictions sanitaires (34).

## Base REX-EIGS

Dans le cadre d'un master réalisé à la HAS(35) une première étude exploratoire a été réalisée. L'objectif était de caractériser les EIGS de la base REX-EIGS en lien avec des tentatives de suicide patient et de les analyser.

**Ainsi, dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020**, 21,8 % des déclarations (N=672) sont des EIGS en lien avec une tentative de suicide de patient. L'analyse de ces déclarations est primordiale pour comprendre et prévenir de tels évènements.

Parmi les 672 EIGS étudiés, 97,6 % sont déclarés en établissements de santé ou médicosociaux. Il ressort que 63,8 % des tentatives de suicides aboutissent au décès du patient. Ces décès concernent principalement les hommes âgés ainsi que les patients atteints de troubles de l'humeur. Ils surviennent la nuit où 71,9 % des tentatives de suicide sont létales (contre 60,6 % le jour). Si l'on compare les EIGS en lien avec une tentative de suicide à l'ensemble des autres EIGS, il apparaît que :

- les patients concernés sont plus jeunes pour les tentatives de suicide ;
- les EIGS en lien avec une tentative de suicide surviennent aussi bien en services de psychiatrie que dans d'autres services tels qu'en MCO ;
- les EIGS en lien avec une tentative de suicide sont plus létaux (63,8 % contre 47,6 %) ;
- les EIGS en lien avec une tentative de suicide sont plus souvent jugés évitables (60,1 % contre 51,9 %) ;
- les EIGS en lien avec une tentative de suicide surviennent en plus grande proportion en dehors des jours ouvrés.

L'analyse des causes profondes pointe cinq grandes catégories de facteurs contributifs, qui ont trait à des défauts de sécurisation des locaux, aux difficultés et défauts de formation du personnel soignant, à l'organisation du service, à un défaut de communication et au patient lui-même. Pour diminuer les occurrences de tentatives de suicide au cours des soins, il est nécessaire que la culture de sécurité des soins soit implémentée à tous les niveaux (soignants, établissements, national) et qu'elle ait comme objectif de réduire à 0 le nombre de tentatives de suicide en établissements. Il faut donc identifier les causes profondes et proposer des barrières en instaurant un retour d'expérience systématique.

## Préconisations pour réduire les évènements liés aux tentatives de suicides

L'identification des situations à risque de tentatives de suicide en institution mène à la question des interventions à mettre en place pour les prévenir. Dans cette optique l'État de l'Ontario recommande trois étapes : l'implémentation d'une stratégie « zéro suicide » avec la mise en place de moyens et soutiens permettant aux hôpitaux d'améliorer leur environnement, et également l'amélioration de la collecte de données concernant les tentatives de suicide (36). Dans cette optique de zéro évènement indésirable, le *Children's National Medical Center* aux USA a réussi à diminuer de 70 % le nombre de « *serious safety events* » tout en estimant une économie de 35 millions de dollars (37). De son côté, le *Cincinnati Children's Hospital Medical Center* rapporte une diminution des évènements graves de 80 % en 4 ans (38).

Concernant le risque de suicide en particulier, il ressort de l'analyse des EIGS et de la littérature que les deux axes d'amélioration pour les hôpitaux généraux sont la modification de l'environnement hospitalier (sécurisation des locaux) et la formation des professionnels de soin (39). Bien que ces possibilités soient aussi pertinentes en psychiatrie, le risque de suicide dans l'année après une

hospitalisation en psychiatrie reste impossible à estimer correctement (40). En France, le dispositif Vigilans permet d'envisager une réduction du risque de suicide en accompagnant de manière plus proche le suivi des patients suicidants et ceci dans une approche multimodale (41).

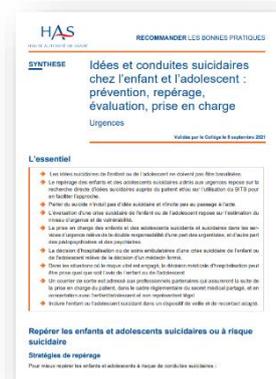
Aucun facteur (et aucune combinaison de facteurs) ne permet d'estimer efficacement ce risque. Ainsi seules des recommandations empiriques sont disponibles pour les accompagnements après une hospitalisation en psychiatrie, soit un dialogue étroit entre les professionnels psychiatriques, la famille du patient et les acteurs de soin ambulatoires. En attendant, des recommandations générales sont envisageables, quel que soit le type d'établissement. Le partage en équipe élargie dans l'analyse des EIGS, le repérage dès l'admission des patients à risque suicidaire à l'aide de l'échelle « RUD », l'amélioration de la traçabilité et la transmission des informations ou encore l'utilisation d'équipements permettant de réduire l'accessibilité aux moyens létaux sont autant d'axes possibles sur la réduction du risque suicidaire en établissement. L'évaluation du risque ou de la vulnérabilité suicidaire sont des éléments indispensables à rechercher, en particulier lors d'antécédents de tentative de suicide, de pathologies psychiatriques mais également lors d'annonces de pathologies chroniques.

Les idées suicidaires ne doivent jamais être banalisées. Chez l'enfant et l'adolescent des outils spécifiques existent et la conduite à tenir est fonction du niveau d'urgence suicidaire. En septembre 2021, la HAS a publié des recommandations de bonne pratique pour les professionnels chargés de repérer, évaluer et orienter les enfants et adolescents pouvant présenter un risque suicidaire à court, moyen ou long terme (42).

Près de la moitié des tentatives de suicide déclarées surviennent dans un contexte de troubles de l'humeur associés. Ce chiffre de troubles de l'humeur est probablement sous-estimé car mal dépisté et il est aujourd'hui clairement établi que ce dépistage est encore plus rare et difficile chez les personnes âgées. Il s'agit donc dans un premier temps de repérer la dépression et de la prendre en charge. En 2019, la HAS a édité des recommandations sur la prise en charge des épisodes dépressifs de l'adulte en premier recours avec pour objectifs de mieux identifier les patients, d'améliorer leur qualité de vie et de prévenir le risque suicidaire(43).

Une des nécessités est d'envisager l'avenir comme une extension de la crise sanitaire de Covid-19 actuelle. Celle-ci a un impact certain sur la santé mentale des populations et la prévalence des idées suicidaires en population générale (44, 45), mais la crise économique qui risque d'en découler aggraverait très probablement les souffrances psychiques comme les crises économiques passées ont pu le faire (46). Début 2020, une étude a suggéré des pistes d'amélioration pour atténuer les conséquences de la quarantaine dans le cadre de la crise sanitaire (garder le contact, accéder aux fournitures de base, ligne téléphonique de soutien, groupe de soutien, etc.) tout en faisant le constat de vide de preuve concernant les interventions proposées (47). Malgré cela et plus d'un an plus tard, la communauté scientifique n'a toujours pas mis en place d'étude de grande ampleur pour évaluer les interventions suggérées (47, 48). Il est nécessaire de mettre en place une politique nationale soutenant les efforts de l'intégralité des acteurs de soin. Il est admis qu'elle doit associer dans une approche multimodale : des programmes universels, des programmes sélectifs et des programmes ciblés (41). Il est également possible de s'inspirer de ce qui se fait à l'étranger (49, 50).

La découverte et la prise en charge en urgence d'un patient suicidant ont un impact non négligeable sur les soignants en termes de stress professionnel (51). Il est donc nécessaire, pour améliorer les



prises en charge, d'accompagner les soignants et les équipes dans ces situations traumatisantes, on parle ainsi de seconde victime et la postvention doit être un élément indispensable de l'accompagnement des équipes et proches. Les intégrer dans la réflexion concernant la mise en place locale de prévention semble aussi primordial pour l'adhésion aux mesures prises par l'établissement de soin (52).

### **Illustration par un exemple d'EIGS**

#### **Défaut dans la gestion du circuit du médicament dans un hôpital psychiatrique entraînant une tentative de suicide à partir de plaquettes de médicaments récupérées dans la poubelle du service par un patient.**

Après la prise de son traitement du matin, le patient se rend au petit déjeuner. Celui-ci a une fatigabilité, les soignants lui proposent d'aller se reposer dans sa chambre. Ce qu'il effectue.

Vers 9 h, un patient avertit les soignants que son voisin de chambre ne réagit pas aux stimulations extérieures.

Appel du médecin de garde qui, à son arrivée, constate une altération de l'état de conscience du patient et déclenche la procédure d'appel d'urgence vitale. Le SAMU décide d'intervenir dans le service. Les pompiers arrivent en premier lieu et effectuent un repérage de la chambre du patient. Ils trouvent une plaquette de médicaments entamée dans le sac à dos de la victime. Des patients témoins informent l'équipe soignante que la victime a été vue en train de se servir dans la poubelle du chariot de l'aide sociale à l'hébergement.

#### **Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :**

- que le protocole lié au circuit du médicament n'a pas été appliqué ;
- qu'un arrêt de la dispensation nominative des médicaments par la pharmacie a été relevé ;
- que le soignant concerné par le rangement des médicaments était un remplaçant provenant d'une autre unité ;
- que la salle à pharmacie de l'unité de soins comporte deux portes donc avec un risque d'oubli de fermeture de l'une des portes et la possibilité pour les patients, en cas d'oubli, d'accéder à la pharmacie ;
- que le circuit des déchets liés au médicament n'est pas différencié en cas de procédure dégradée.

#### **Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :**

- de mettre en place des visites de contrôle ;
- de différencier le circuit des déchets liés au médicament ;
- de former les nouveaux arrivants et vacataires sur la procédure du circuit du médicament.

## **3 Les risques en lien avec une prise en charge de dialyse**

### **Contexte**

En 2019, la France comptait 50 501 patients pris en charge en dialyse. La technique de dialyse majoritairement utilisée est l'hémodialyse (94 % des patients). Les personnes de plus de 65 ans constituent 66 % des patients dialysés. L'âge médian des patients en dialyse est de 71,2 ans. La prévalence est 1,7 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Tous âges confondus, les comorbidités associées sont fréquentes, notamment le diabète (47 % des patients) et les comorbidités cardio-vasculaires (60 % des patients) (53).

Sur une année, ce sont près de 7,1 millions de séances de dialyse qui sont réalisées en France (données 2018) (54).

Différents risques sont connus dans la prise en charge de la dialyse. Parmi les risques spécifiques à l'hémodialyse, il existe les risques :

- liés à l'utilisation de l'abord vasculaire (fistules artério-veineuses (FAV), aiguilles creuses de gros calibre, cathéters) ;

- liés au circuit extra corporel (projection de liquide biologique souillé (dialysat), projection de sang)
- liés aux facteurs organisationnels et humains (défaut d'organisation, stress, routine) ;
- de transmission de maladies infectieuses (hépatites B, C, HIV).

Les résultats d'une étude menée auprès de près de 1 000 infirmières en néphrologie aux États-Unis montrent que si la majorité des infirmières jugent que les soins dispensés étaient sûrs, 20 % rapportent des problèmes de sécurité dans leurs unités de dialyse et 23 % s'accordent pour dire que « par chance » des erreurs plus sérieuses ne se sont pas produites (55, 56).

## Base REX-EIGS

**Dans l'ensemble de la base EIGS, au 31 décembre 2020**, 1,1 % des déclarations (n = 33) sont des EIGS en lien avec l'hémodialyse. Ces EIGS concernent des hommes dans 57,6 % des cas. La classe d'âge de 60-80 ans représente 42,4 %. L'évènement est survenu en établissement privé dans 51,5 % des cas (33,6 % en établissement public, 15,2 % en ESPIC). Il est lié à la voie d'abord dans 60,6 % des cas (désinsertions, déconnexions, rupture, erreur de pose), à un défaut de prise en charge ou de diagnostic dans 21,2 % des cas, à un arrêt cardiaque inexpliqué dans 21,2 % des cas. Des facteurs favorisants liés au patient sont déclarés dans 69,7 %, des facteurs liés aux tâches à accomplir dans 42,4 % ou à l'équipe pour 36,4 %. L'EIGS conduit au décès des patients dans 42,4 % des cas et est estimé évitable (« évitable » à « probablement évitable ») par le déclarant dans 48,5 % des cas.

## Préconisations pour réduire les risques en lien avec les soins en dialyse

L'hémodialyse constitue une situation à risque de survenue d'EIGS. La majorité des EIGS déclarés concerne un évènement en lien avec la voie d'abord. Il s'agit principalement pour les cathéters de désinsertion ou de déconnexion et pour les FAV de délogement d'aiguille. Le décès secondaire à un saignement sur la voie d'abord de dialyse est un évènement rare, dont la fréquence est estimée à moins d'un évènement pour 1 000 patients/année (57).

Pour limiter le risque de déconnexion, le verrouillage adéquat des raccords entre les lignes et les aiguilles/ les voies ainsi que la fixation des aiguilles sont primordiaux.

Le suivi de protocoles est nécessaire :

- la double vérification lors du branchement pourrait permettre de limiter ce risque, même si aucune étude à ce jour n'a démontré son efficacité ;
- la surveillance de la voie d'abord au cours de la séance d'hémodialyse est également indispensable. La voie d'abord doit être toujours visible (58), permettant un contrôle visuel systématique à chaque passage médical ou paramédical (59) ;
- l'adaptation des alarmes de pression sur le générateur doit également permettre de détecter précocement un saignement en rapport avec une déconnexion. Cependant, les déconnexions des lignes veineuses n'engendrent pas systématiquement d'alarme de pression. L'utilisation de capteurs spécifiques permettant de détecter une fuite sanguine, signe d'une déconnexion ou d'un délogement d'aiguille, est une solution pour limiter ce risque.

Enfin, certains patients sont considérés à haut risque de déconnexion ou de délogement d'aiguille, en particulier en cas d'agitation ou de positionnement incorrect. Une évaluation personnalisée permet d'identifier ces patients les plus à risque afin de leur proposer une surveillance adaptée.

Dans des cas plus rares, les EIGS déclarés impliquant la voie d'abord correspondaient à des ruptures ou des erreurs de pose de cathéter. La matériovigilance peut, dans le premier cas, permettre de limiter ce risque (60). Dans le deuxième cas, les erreurs de pose étaient associées à un défaut de formation de l'opérateur et/ou de supervision par un praticien plus expérimenté. Pour un médecin junior, chaque nouvelle pose de cathéter (par voie jugulaire ou fémorale) augmente son degré de confiance de 1,9 à 2,2 fois respectivement (61). Selon les médecins juniors, certains facteurs comme l'utilisation de l'échographie, la meilleure formation à la réalisation de la procédure ou encore la meilleure connaissance de l'anatomie ou le positionnement du patient auraient pu empêcher la survenue de complications dans près de 50 % des cas (61). Ainsi, la formation et la supervision des médecins juniors pourraient modifier ces facteurs.

L'acquisition d'une culture de sécurité par les professionnels de santé est indispensable. Déclarer les évènements indésirables en hémodialyse est nécessaire, afin de permettre leur analyse et leur correction, dans une démarche non punitive.

### ***Illustration par un exemple d'EIGS***

#### ***Défaut de supervision d'un personnel junior lors de la mise en place du cathéter de dialyse entraînant une embolie gazeuse chez une femme âgée.***

Un cathéter de dialyse est mis en place chez une patiente en jugulaire droit. Cette pose est aussitôt compliquée d'une détresse respiratoire au décours immédiat de l'ablation du guide, avec désaturation jusqu'à 60 %, perte de connaissance brève sans mouvements anormaux, l'hémodynamique demeurant stable.

Un retour à un état de conscience de la patiente est constaté après mise en route d'une oxygénothérapie à haute concentration (15 l/min) dans l'hypothèse d'une embolie gazeuse mais un déficit moteur flasque de l'hémicorps gauche avec déviation de la tête à gauche est mis en évidence.

L'échographie transthoracique confirme le diagnostic d'embolie gazeuse en identifiant des bulles intracardiaques dans les cavités droite et gauche.

La radiographie de thorax et l'électrocardiogramme ne sont pas modifiés, le scanner crânien réalisé à J+2 montre le cathéter jugulaire en place et l'absence d'anomalies.

Les suites ont été favorables avec une récupération du déficit neurologique. L'annonce sur le dommage lié aux soins a été réalisée.

#### ***Les éléments de l'analyse des causes profondes fournis par le déclarant rendent compte :***

- que le médecin junior n'a pas été supervisé lors de la pose du cathéter ;
- que la fiche prévention du risque d'embolie gazeuse n'était pas disponible.

#### ***Le plan d'actions correctives de cet EIGS jugé évitable par le déclarant prévoit notamment :***

- la formalisation de l'évaluation des compétences des juniors ;
- l'actualisation du livret de l'interne ;
- le rappel des consignes de supervision par l'infirmier(e).

## 7. Conclusion

Ce « retour d'expérience national », nouveau dans sa forme, permet de mettre en lumière les travaux et publications issus des analyses d'EIGS. Ce travail est important et ne pourra que s'amplifier avec la progression du nombre et de la qualité des déclarations d'EIGS.

L'implication croissante des SRA-QSSP est encourageante et fera progresser l'analyse des EIGS et la qualité de leur déclaration.

Le « coup de frein » lié à la pandémie ne doit pas nous faire perdre de vue les objectifs premiers de ce dispositif national de déclaration des EIGS. Pour rappel, la stratégie nationale de santé 2018-2022 donnait le cap des actions principales à mener pour les prochaines années en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dont certaines directement applicables au dispositif de déclaration des EIGS :

- poursuivre le développement de la déclaration des événements indésirables graves associés aux soins et la création des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité du patient ;
- contribuer au développement de la culture de sécurité et, notamment, impliquer le management, objectiver le coût de la non-qualité, promouvoir les valeurs du soin (travail en équipe, incidence des savoirs non techniques), inciter soignants et usagers à développer un partenariat et tirer les enseignements des EIGS déclarés.

Ce sujet de culture sécurité n'est pas pris en compte qu'au niveau national. L'amélioration de la culture de sécurité est une priorité importante et affichée par les pays membres de l'OCDE. Ainsi depuis 2020, l'OCDE a mis en place des travaux sur la culture sécurité et notamment la promotion des enquêtes culture sécurité. L'OCDE rappelle que la culture de sécurité est à la base des efforts visant à améliorer la sécurité des patients et à réduire les événements indésirables associés aux soins.

Le *Health at a Glance* de l'OCDE [publié en cette fin d'année 2021](#) revient sur la notion de culture positive de la sécurité des patients pour les professionnels de santé (62). Selon l'OCDE, la culture positive de la sécurité des patients est associée à de meilleurs résultats pour la santé et l'expérience des patients, ainsi qu'à une amélioration de la productivité organisationnelle et de la satisfaction du personnel.

# Table des annexes

---

Annexe 1.	Quelques chiffres clés	37
Annexe 2.	Infographie FORAP	40

## Annexe 1. Quelques chiffres clés

Pour rappel, l'ensemble des chiffres descriptifs (tris à plat) se trouvent dans le « cahier technique ». Le document « abrEIGés » comporte quant à lui des descriptions spécifiques. Ci-après sont présentés des chiffres spécifiques aux regroupements.

### Regroupements EIGS par secteurs de soins

		Regroupements EIGS				
		Suicides	Erreurs médicamenteuses (médicament seul ou médicament du fait d'une mauvaise utilisation d'un DM)	Chutes	Prise en charge de parturientes	Décès inexpliqués
2020	MCO*	32	72	45	56	18
	SSR**	22	15	22	1	1
	PSY	137	7	3	0	13
	HAD	3	2	1	0	0
	Ville	1	0	0	0	0
	Autre	35	19	56	1	7
2019	MCO*	48	84	31	65	20
	SSR**	17	28	34	0	2
	PSY	141	6	7	1	23
	HAD	4	6	1	0	0
	Ville	1	0	0	0	0
	Autre	48	35	55	3	6
2018	MCO*	13	39	20	19	9
	SSR**	13	8	11	1	0
	PSY	74	0	7	1	17
	HAD	1	2	0	0	0
	Ville	0	0	0	0	0
	Autre	26	24	23	1	4
2017	MCO*	11	9	13	11	1
	SSR**	2	1	12	0	0
	PSY	29	1	1	0	3
	HAD	1	2	0	0	0
	Ville	0	1	0	0	0
	Autre	13	1	17	0	0

		Regroupements EIGS				
		Gestes traumatiques	Management et ressources (personnel non habituel)	Défaut de diagnostic	Check-list au bloc opératoire	Système d'information
<b>2020</b>	MCO*	18	17	16	11	9
	SSR**	0	4	2	0	1
	PSY	0	5	6	0	0
	HAD	0	0	0	0	0
	Ville	0	0	0	0	1
	Autre	5	7	8	0	3
<b>2019</b>	MCO*	27	24	29	13	24
	SSR**	0	5	0	0	2
	PSY	0	2	0	0	1
	HAD	0	0	0	0	0
	Ville	0	0	0	0	0
	Autre	2	12	12	0	5
<b>2018</b>	MCO*	14	5	6	9	7
	SSR**	1	1	2	0	4
	PSY	0	2	0	0	0
	HAD	0	0	0	0	0
	Ville	0	0	0	0	0
	Autre	1	6	4	0	1
<b>2017</b>	MCO*	7	6	4	7	0
	SSR**	1	0	0	0	0
	PSY	0	0	0	0	0
	HAD	0	0	0	0	0
	Ville	0	0	0	0	0
	Autre	3	3	3	0	0

## Regroupements EIGS stratifiés sur la gravité de l'évènement

		Regroupements EIGS				
		Suicides	Erreurs médicamenteuses (médicament seul ou médicament du fait d'une mauvaise utilisation d'un DM)	Chutes	Prise en charge de parturientes	Gestes traumatiques
2020	Décès	155	22	45	30	7
	Non décès	75	93	82	28	16
2019	Décès	155	38	55	36	12
	Non décès	104	121	73	33	17
2018	Décès	88	13	23	15	5
	Non décès	39	60	38	7	11
2017	Décès	31	3	24	2	4
	Non décès	25	12	19	9	7

		Regroupements EIGS			
		Management et ressources (personnel non habituel)	Défaut de diagnostic	Check-list au bloc opératoire	Système d'information
2020	Décès	12	20	0	6
	Non décès	21	12	11	8
2019	Décès	10	21	0	9
	Non décès	33	20	13	23
2018	Décès	5	6	0	4
	Non décès	9	6	9	8
2017	Décès	2	5	0	0
	Non décès	7	2	7	0

## Annexe 2. Infographie FORAP

# Bilan national des activités en lien avec les Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) des structures régionales d'appui en 2020

Les structures régionales d'appui à la qualité des soins et sécurité des patients (SRA) sont regroupées au sein de la FORAP. La FORAP a pour principales missions de représenter les SRA auprès des institutions nationales (partenariat formalisé avec la HAS), de mutualiser des compétences et des outils sur la qualité et la sécurité en santé, et de faciliter la conduite de projets de recherche nationaux et internationaux.

Les 14 SRA ont pour mission de soutenir et d'accompagner les établissements et les professionnels de santé de leur région dans leur démarche qualité et gestion des risques, notamment l'accompagnement à la déclaration et l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins, à la demande des établissements de santé, sanitaires ou médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux ou de l'ARS.

Retrouvez et contactez l'ensemble des SRA sur : [www.forap.fr](http://www.forap.fr)

**238** accompagnements suite à un EIGS

Comment votre SRA peut-elle vous accompagner suite à un EIGS ?

- Accompagnements à l'analyse approfondie des causes
- Accompagnements au signalement externe auprès des professionnels en santé
- Accompagnements à la définition et/ou la mise en place du plan d'actions



**62** journées régionales et webinar organisés

Quelles sont les thématiques abordées lors de ces journées ?

- Signalement des EIGS
- Analyse des EIGS
- COVID-19
- Certification
- Santé Mentale...



**38** fiches RETEX, réflexes et EIGS pédagogiques publiés  
issus des analyses approfondies des causes

Quelles sont les thématiques abordées ?

- Médicaments
- Bloc opératoire
- Troubles de la déglutition
- Obstétrique
- Fausse route...



**1820** professionnels de santé formés au signalement et/ou à l'analyse des EIGS

Quels sont les profils des professionnels formés ?

- Responsables Qualité et Ingénieurs Qualité
- Directeurs d'établissements
- Médecins
- Cadres de santé
- Infirmiers...



# Références bibliographiques

1. Cabarrot P, Coniel M, Haniquaut F, Fourali R, Morgand C, May-Michelangeli L, et al. La crise Covid a-t-elle submergé les barrières de sécurité du système de santé ? Risques & Qualité 2020 ;17 : 195-205.
2. Morgand C, Cabarrot P, Coniel M, Prunet C, Gloanec M, Morin S, et al. Impact de la pandémie Covid -19 sur les événements indésirables associés aux soins. Santé publique. 2021 ;33.
3. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2017. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2018.
4. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2018 Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019.
5. Haute Autorité de Santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) - Rapport annuel 2019 Saint Denis La Plaine : HAS ; 2020.
6. Samama C, Gafsou B, Jeandel T, Laporte S, Steib A, Marret E, et al. [French Society of Anaesthesia and Intensive Care. Guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis. Update 2011. Short text]. Annales francaises d'anesthesie et de reanimation. 2011 ;30(12) : 947-51.
7. ANSM. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. ANSM ; 2013.
8. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021 - Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. : EPI-PHARE - Groupement d'intérêt scientifique (GIS) ANSM-CNAM ; 2021.
9. Digiovine B, Chenoweth C, Watts C, Higgins M. The attributable mortality and costs of primary nosocomial bloodstream infections in the intensive care unit. American journal of respiratory and critical care medicine. 1999 ;160(3) : 976-81.
10. Hospimedia. 4 événements indésirables graves par service de 30 lits sont observés par mois en 2019. 2021 [https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20211112-santexpo-4-evenements-indesirables-graves-par-service-de]
11. Hemery C. Evénements indésirables liés au potassium, apprendre de nos erreurs : LYON 1 ; 2021.
12. Haute Autorité de Santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) - Mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021.
13. Daucourt V, Vabre J, Wicht S, Grisot C, Thomet H, Morand C, et al. Intérêt d'une structure régionale d'appui pour l'analyse approfondie des causes des événements indésirables associés aux soins. Risques & Qualité. 2021 ;18(3) : 163-70.
14. Haute Autorité de Santé. Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021.
15. Madani A, Carpentier A. Prévention des chutes. Conduite à tenir en cas de chute. Démarche professionnelle de prise en charge au CH de Denain. 2013 : https://www.ch-denain.fr/fichs/15429.pdf.
16. Annweiler C. Dix "clés" pour prévenir les chutes et les fractures. 2021 : https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/acteur-de-sante-publique/prevention-les-mardis-de-la-sante/dix-cles-pour-prevenir-les-chutes-et-les-fractures-69918.kjsp.
17. Agence régionale de santé Bretagne. Prévention des chutes en EHPAD ARS Bretagne ; 2018.
18. Levy-Djebbour S. Bilan de la campagne « Pare à chute, maîtriser le risque » en Ile de France. Saint-Denis : ARS Ile-de-France. 2018 : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Bilan\_PareAchute\_6-7.pdf.
19. Agence régionale de santé Ile-de-France. MOOC chute : éviter les chutes graves chez les personnes âgées. Mis à jour le 29 janvier 2019 [En ligne]. Saint Denis : ARS Ile de France ; 2019.
20. Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques. Iatrogénie et chutes chez le sujet âgé. Fiche de bonne pratique & bon usage. Tours : OMÉDIT Centre-Val de Loire ; 2019.
21. Société française de documentation et de recherche en médecine générale HAdS. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005.
22. Société française de gériatrie et de gérontologie et Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2009.
23. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive. Les personnes âgées. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019.
24. Haute Autorité de Santé. Le patient à risque de chutes. Outil n°3. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.
25. Haute Autorité de Santé. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2012.
26. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris : INSERM ; 2015.
27. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques. Saint denis : INPES ; 2005.
28. Caisse nationale d'assurance maladie. Comment prévenir les chutes des personnes âgées ? [En ligne]. Paris : CNAM ; 2021.
29. Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Recueil de programmes de prévention des chutes en maison de repos et de soins. Bruxelles : PAQS ASBL ; 2013.
30. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux ; Mararescu E. Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Quebec : INESSS ; 2013.
31. Institut canadien pour la sécurité des patients - l'Ontario Adieiad. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant !. Trousse en avant ! : prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Mise à jour en avril 2015. Ottawa : CPSI ; 2013.
32. L'Assurance Maladie En Ligne. Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide. 2021.
33. Jougle E, Pequignot F, Chappert J, Rossollin F, Le Toullec A, Pavillon G. [Quality of suicide mortality data]. Revue d'epidemiologie et de sante publique. 2002 ;50(1) : 49-62.
34. Sher L. The impact of the Covid-19 pandemic on suicide rates. QJM : monthly journal of the Association of Physicians. 2020 ;113(10) : 707-12.
35. Michels PE. Analyse des déclarations de tentatives de suicide dans la base de retour d'expérience des événements indésirables graves associés aux soins de la HAS : Etude quantitative et qualitative des événements de 2017 à 20211 : M2 Méthodologie et Statistiques en Recherche biomédicale | Université Paris-Saclay ; 2021.
36. Ontario Hospital Association. Strengthening Suicide Prevention in Ontario Hospitals. Toronto : OHA ; 2017.
37. Hilliard MA, Sczudlo R, Scafidi L, Cady R, Villard A, Shah R. Our journey to zero : reducing serious safety events by over

- 70% through high-reliability techniques and workforce engagement. *Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management*. 2012 ;32(2) : 4-18.
38. Muething SE, Goudie A, Schoettker PJ, Donnelly LF, Goodfriend MA, Bracke TM, et al. Quality improvement initiative to reduce serious safety events and improve patient safety culture. *Pediatrics*. 2012 ;130(2) : e423-31.
39. Navin K, Kuppili PP, Menon V, Kattimani S. Suicide Prevention Strategies for General Hospital and Psychiatric Inpatients : A Narrative Review. *Indian journal of psychological medicine*. 2019 ;41(5) : 403-12.
40. Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen O. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital : a systematic meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2011 ;45(8) : 619-28.
41. Jardon V. Prévention du suicide : intérêt d'une approche multimodale. *La Santé en action - No 450 – Décembre 2019*. 2019 : p. 7-8.
42. Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Saint Denis La Plaine : HAS ; 2021.
43. Haute Autorité de Santé. Dépression de l'adulte - Repérage et prise en charge initiale. Saint Denis La Plaine : HAS ; 2019.
44. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the Covid-19 pandemic : A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry research*. 2021 ;301 : 113998.
45. Thorisdottir IE, Asgeirsdottir BB, Kristjansson AL, Valdimarsdottir HB, Jonsdottir Tolgyes EM, Sigfusson J, et al. Depressive symptoms, mental wellbeing, and substance use among adolescents before and during the Covid-19 pandemic in Iceland : a longitudinal, population-based study. *The lancet Psychiatry*. 2021 ;8(8) : 663-72.
46. Benioudakis E, Lykiardopoulos V, Georgiou V, Archontaki M, Tsourounaki A, Bottonaki G, et al. Suicide Attempts and Their Interrelation With the Economic Crisis in Chania, Greece : A Time-Series Analysis of the Period 2008-2015. *The primary care companion for CNS disorders*. 2017 ;19(1).
47. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*. 2020 ;395(10227) : 912-20.
48. Gilbody S, Littlewood E, Gascoyne S, McMillan D, Ekers D, Chew-Graham CA, et al. Mitigating the impacts of Covid-19 : where are the mental health trials? *The lancet Psychiatry*. 2021 ;8(8) : 647-50.
49. Bhatia D, Lynch M, Murmann M, Roerig M, Allin S, Marchildon G. Never Events in Acute Care : Policy Lessons from International Comparisons. *Rapid Review No. 29*. Toronto : NAO ; 2021.
50. Rezaeian M, Platt S, Arensman E. Iran's National Suicide Prevention Program. *Crisis*. 2021.
51. Buurman BM, Mank AP, Beijer HJ, Olff M. Coping with serious events at work : a study of traumatic stress among nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011 ;17(5) : 321-9.
52. Gutierrez LdS, dos Santos JLG, Barbosa SdFF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative : perspective of nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019 ;27 : e3108.
53. Agence de la Biomédecine. Registre français de traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique : rapport du Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) 2019. Saint-Denis La Plaine : AB ; 2021.
54. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Panorama de la DREES, les établissements de santé. Paris : DRESS ; 2020.
55. Garrick R, Morey R. Dialysis Facility Safety : Processes and Opportunities. *Seminars in dialysis*. 2015 ;28(5) : 514-24.
56. Ulrich B, Kear T. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings : Initial Findings. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 2014 ;41(5) : 459-75.
57. Jose MD, Marshall MR, Read G, Lioufas N, Ling J, Snelling P, et al. Fatal Dialysis Vascular Access Hemorrhage. *American journal of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation*. 2017 ;70(4) : 570-5.
58. Ashby D, Borman N, Burton J, Corbett R, Davenport A, Farrington K, et al. Renal Association Clinical Practice Guideline on Haemodialysis. *BMC nephrology*. 2019 ;20(1) : 379.
59. Rushing J. Caring for a patient's vascular access for hemodialysis. *Nursing management*. 2010 ;41(10) : 47.
60. Haute Autorité de Santé. Parcours du dispositif médical en France Guide HAS, 2017 mis à jour en 2020. Saint Denis La Plaine : HAS ; 2017.
61. Mourad M, Kohlwes J, Maselli J, Auerbach AD. Supervising the supervisors--procedural training and supervision in internal medicine residency. *Journal of general internal medicine*. 2010 ;25(4) : 351-6.
62. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Safe acute care – workplace culture and patient experiences - Health at a Glance 2021. 2021.

# Participants

---

## Remerciements

Isabelle Alquier

Claire Hemery

Hélène Lazareth

Zineb Messarat-Haddouche

Pierre-Emmanuel Michels

# Abréviations et acronymes

---

ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
EHPAD	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIAS	Evènement indésirable associé aux soins
EIGS	Evènement indésirable grave associé aux soins
ENEIS	Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé
HAS	Haute Autorité de santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMEDIT	Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
SAMU/SMUR	Service d'aide médicale urgente / Service mobile d'urgence et de réanimation
SRA-QSS	Structure régionale d'appui à la qualité et la sécurité des soins

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

