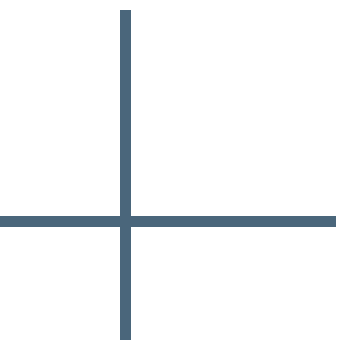
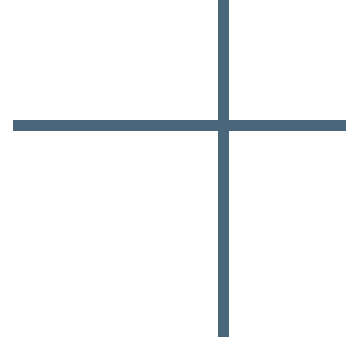


2022

VADE-MECUM DES EIGS EN RÉGION GRAND EST

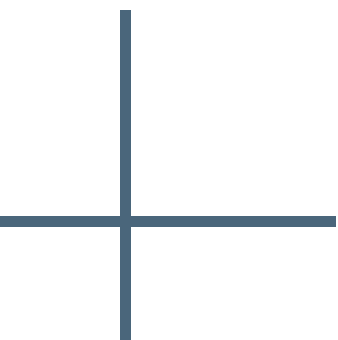
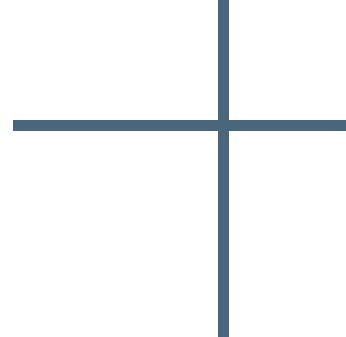
EIGS = ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS





SOMMAIRE

- 5** **Préface**
- 7** **Partie 1 : La gestion régionale
des EIGS**
- 17** **Partie 2 : Récits des EIGS
accompagnés**
- 17** **A. Signalements du secteur
sanitaire**
- 43** **B. Signalements du secteur
médico-social**
- 63** **Partie 3 : Enseignements du
bilan de ces accompagnements**



PRÉFACE

LE CRAYON ET LA GOMME

Alphonse Allais disait « L'erreur est humaine, sinon il n'y aurait pas de gomme au bout des crayons. »

Il y a quarante ans, « l'erreur n'avait pas la place dans un cockpit d'avion ». Aujourd'hui, un bon pilote est celui qui l'envisage et qui la considère possible. En la gérant, il fait d'abord tout pour l'éviter. Mais il la rend aussi détectable et évite ses conséquences.

Le Briefing avant une arrivée sur un terrain envisage toujours la remise des gaz. C'est par cette simple évolution du comportement, seul ou en équipe, par le positionnement et l'utilisation des bonnes pratiques, que l'aviation a le plus progressé depuis vingt ans.

Sans la gestion des menaces et des erreurs, il y aurait, dans le monde, un accident chaque semaine.

C'est ainsi, par les Bonnes Pratiques de Sécurité élaborées puis appliquées systématiquement par les professionnels, que cette gestion s'est nommée Sécurité.

On prévoit ce qui pourrait se produire. Et pourtant, il s'en passe des choses, tous les jours, et la machine à café le sait !

Toute erreur qui s'est faite se refera. On entend les « je savais que ça allait arriver ! » ou « j'ai failli la faire ! ». Cela doit nous amener à dire, à partager, pour profiter et progresser. Criez votre erreur et vous en entendrez d'autres.

On ne peut pas tout traiter mais choisissons bien. Un évènement précurseur peut être plus critique et plus riche qu'un évènement qui a des conséquences.

Analysons-le, analysons bien et avec bienveillance. La SRA nous aide.

Écoutons pour comprendre et corrigeons. On ne peut pas tout faire, mais allons au bout de ce qu'on a décidé.

Et communiquons, partageons. Ce Vade-mecum en est un formidable outil, profitons-en.

Il est comme pour nous, dans l'aérien, notre bulletin « Sûrvol ». Ce magazine de Sécurité, très lu par les pilotes, nous transporte vers des situations vécues par d'autres et nous met « à la place de » pour réfléchir et progresser.

Ne pensons pas, comme les chiffres semblent l'indiquer, qu'un évènement sur deux est inévitable.

J'ai vu les copains décoller avec le Concorde en flammes. Ils ont essayé de se poser au Bourget. L'accident était inévitable ! ... sauf que des précurseurs de cet accident auraient dû être considérés bien avant !

Il y a peu, j'ai rappelé un cheminot cinq ans après avoir travaillé avec lui en gestion d'évènements. Il m'a de suite nommé « Ah oui, tu es le Pourquoi Pourquoi ! ».

Oui, allons chercher le Pourquoi pourquoi, on corrigera mieux.

Puis positionnons, dans notre activité, les Bonnes Pratiques de Sécurité que l'on repère correctrices :

Une « check-list avant décollage », se fait juste avant le décollage !

« Faire confiance mais vérifier », « Parler à voix haute pour soi », « Être sûr d'avoir compris » doivent nous habiter.

Nous avons besoin de briefing et de débriefing beaucoup plus qu'on ne le pense.

Ayons le doute raisonnable permanent. Exprimons-le doute, entendons-le et levons-le.

Et utilisons la gomme.

« Qu'est-ce qu'on est tous mieux après ! »

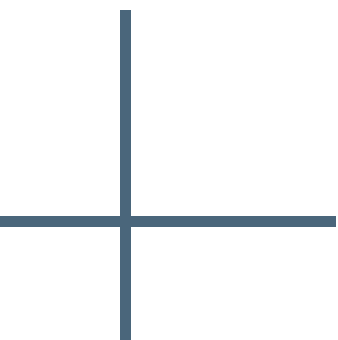
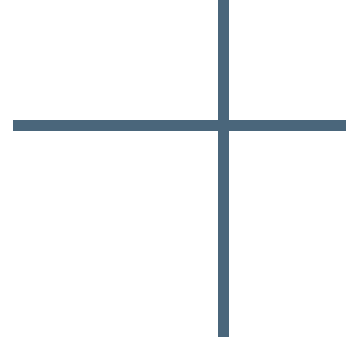
Dominique ARICKX

Pilote, ex Responsable du Niveau professionnel 747 Air France

Consultant AFM42 - Gestion des risques

PARTIE 1

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



CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

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

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

« 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 » [2].

Ils doivent être signalés par tout professionnel de Santé qui en est témoin, par le biais d'un portail numérique, accessible à tous depuis un ordinateur offrant une connexion internet : www.signalement.social-sante.gouv.fr.

Ce signalement s'effectue en 2 parties :

- Une première partie à réaliser sans délai, comprenant les premiers éléments relatifs à l'évènement [3],
- Puis une seconde partie, après analyse approfondie des causes de l'EIGS, à réaliser dans les 3 mois et comprenant des éléments de retour d'expérience ainsi que les mesures correctrices envisagées [4].

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

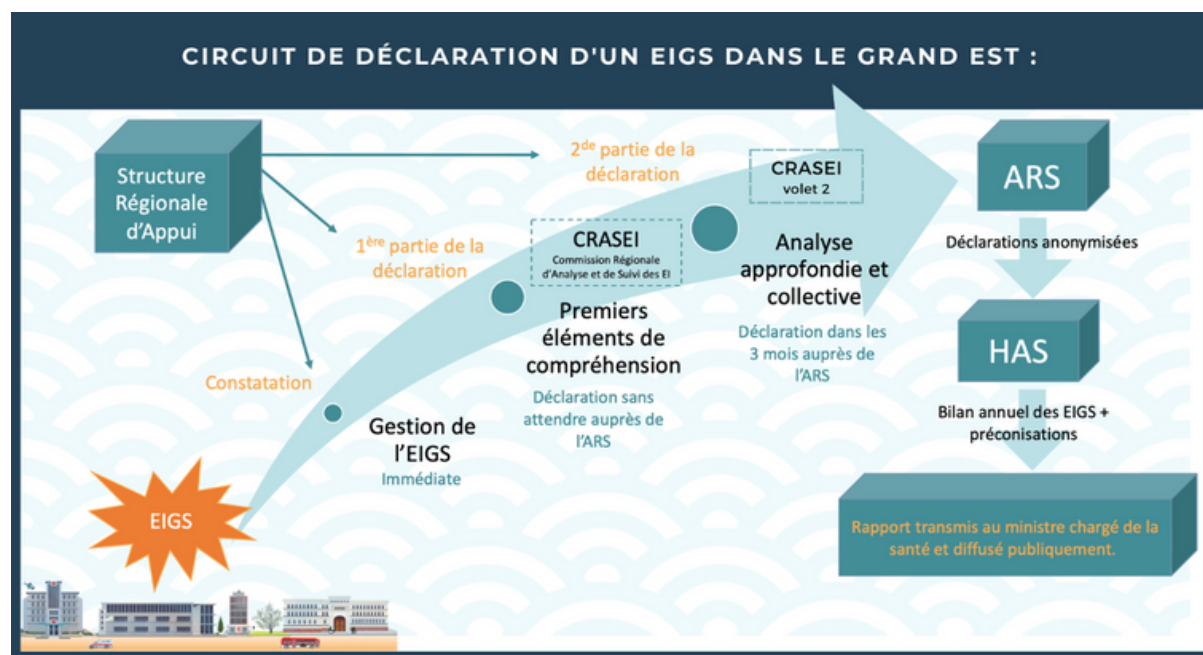
[1] République française. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des Événements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGS) et aux Structures Régionales d'Appui (SRA) à la qualité et à la sécurité des soins. JO du 27 novembre 2016

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

[3] Haute Autorité de Santé. Liste des éléments Volet 1 : Déclaration EIGS. Paris ; Juillet 2017.
Disponible sur : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017_07_25_has_vo-let_1_declaration_eigs.pdf

[4] Haute Autorité de Santé. Liste des éléments Volet 2 : Analyse des causes EIGS. Paris ; Juillet 2017.
Disponible sur : www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017_07_25_has_vo-let_2_declaration_eigs.pdf

CIRCUIT DE TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS D'EIGS



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

<https://sragrandest.org/t/uvnYH>

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

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

L'ÉQUIPE DE LA SRA GRAND EST

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

Du signalement à l'analyse, la SRA Grand Est est donc à vos côtés (secteurs sanitaire, médico-social et soins de ville) dans chacune des étapes de la gestion de vos EIGS. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, des professionnels sont spécifiquement dédiés à cette mission :



Dr Olivier MARTIN
MÉDECIN COORDONNATEUR

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

medecincoordonnateur@sragrandest.org



Emilie STEINFELD
CHARGÉE DE MISSION INFIRMIÈRE

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

infirmier.nancy@sragrandest.org



Dr Lucie CAZET
MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE

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

medecin.strasbourg@sragrandest.org

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

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

COMMENT SOLLICITER LA SRA GRAND EST ?



SRA Grand Est

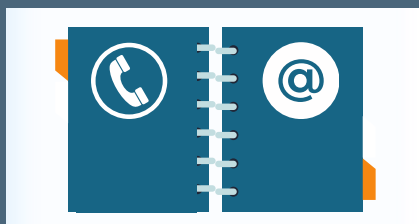
1 rue du Vivarais,
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
03 83 40 85 11
contact@sragrandest.org

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

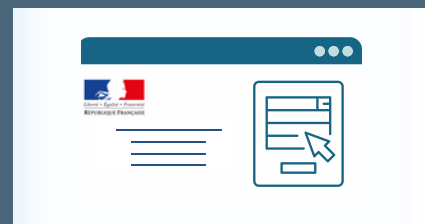
Pour vous accompagner spécifiquement dans la gestion de vos EIGS :



Via notre **site internet**
grâce au formulaire
"contact"



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



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

BILAN D'ACTIVITÉ 2022

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

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

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

La nouveauté 2022 de notre vade-mecum est d'intégrer ces analyses d'EIAS afin de partager ces enseignements et d'aider les équipes de la région à sélectionner les événements pertinents à signaler sur le portail national des événements sanitaires indésirables.

FOCUS SUR LES ACCOMPAGNEMENTS ET APPUIS EIGS



29 CRASEI

509 signalements analysés dont 302 EIGS



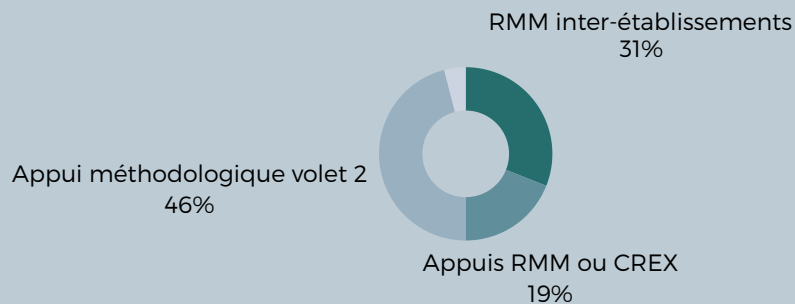
26 Accompagnements à l'analyse des causes profondes

Détaillés ci-dessous

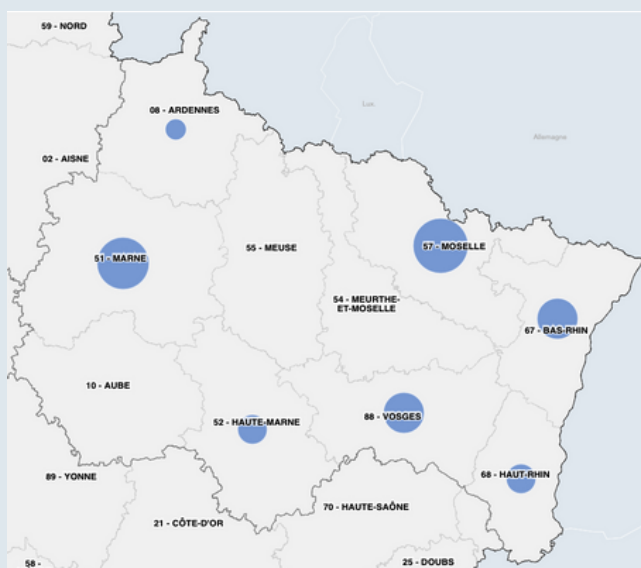
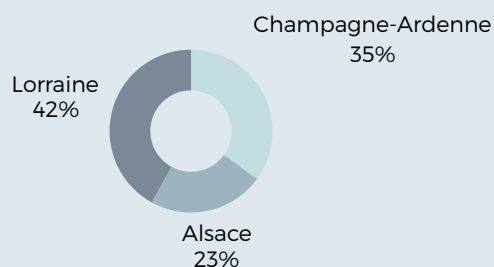
[1] Haute Autorité de Santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021.

[2] Haute Autorité de Santé. Comprendre les événements indésirables graves (EIGS). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2022.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2787338/fr/comprendre-les-evenements-indesirables-graves-eigs

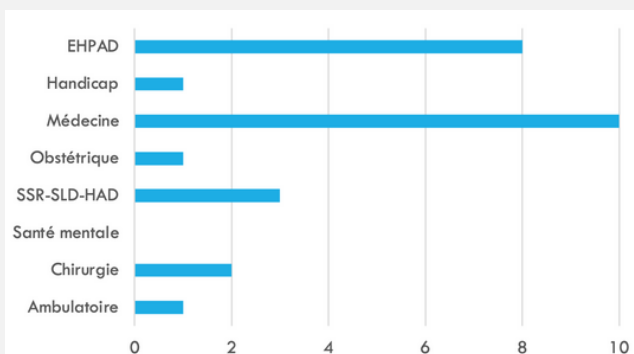
Type d'accompagnement EIGS effectué par la SRA :



Territoire d'origine des EIGS accompagnés :



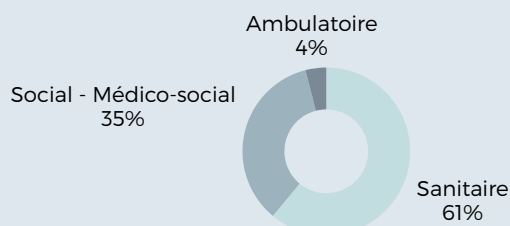
Service déclarant :



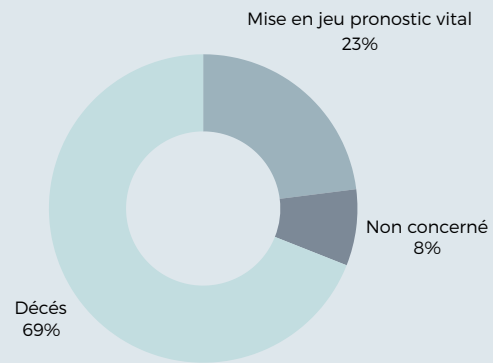
Statut de l'établissement :



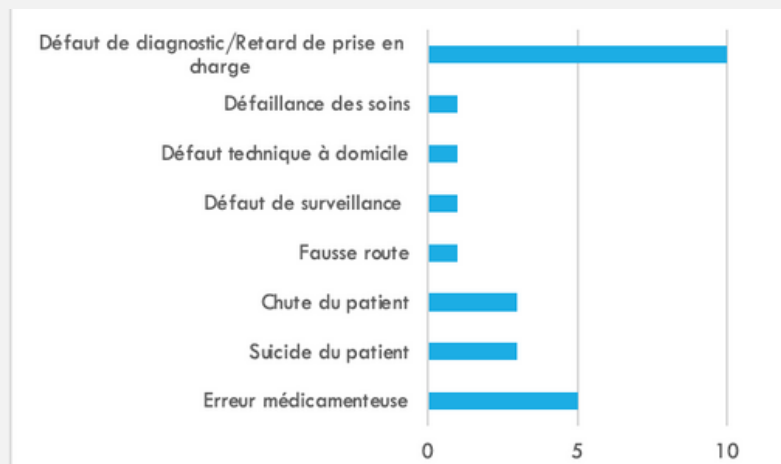
Secteur d'activité :



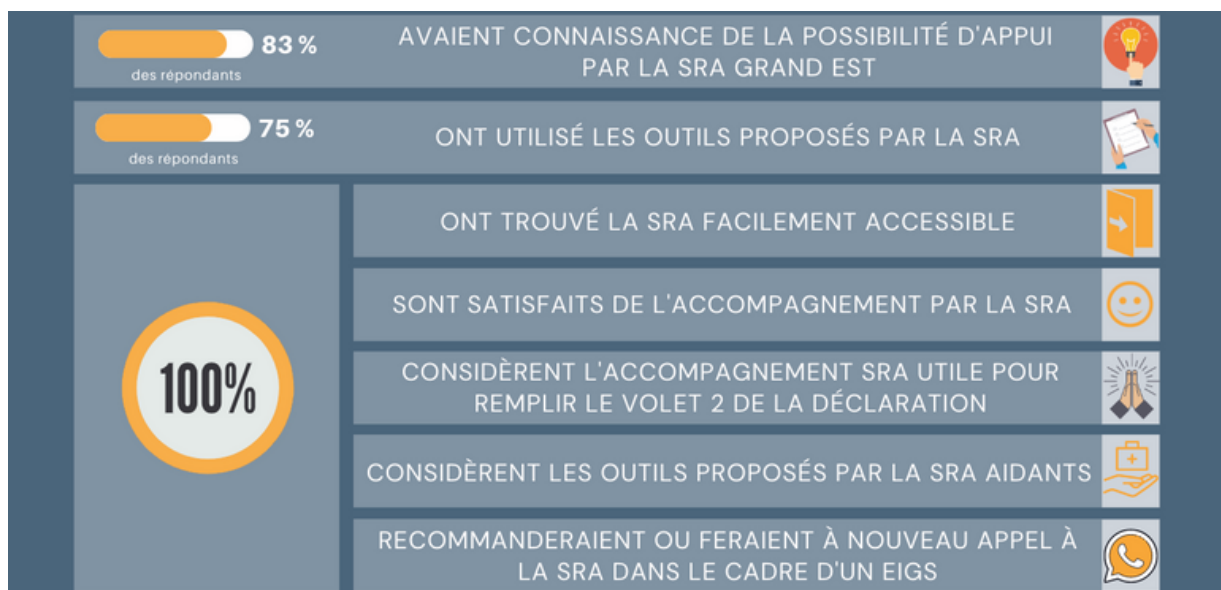
Conséquence pour le patient :



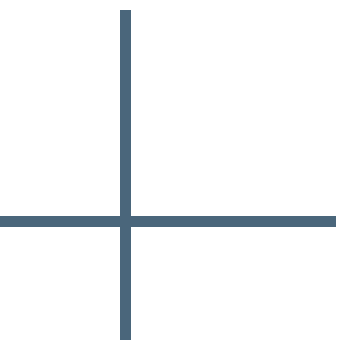
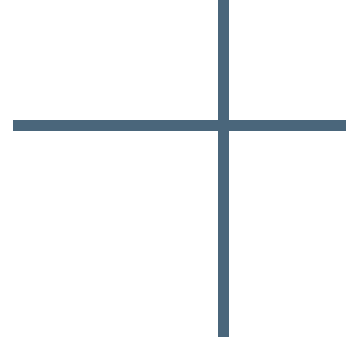
Nature du risque selon le référencement HAS :



RÉSULTATS DE LA SATISFACTION DES APPUIS EIGS 2022



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

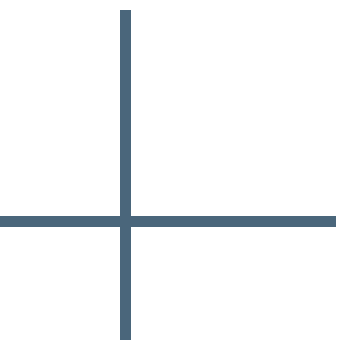
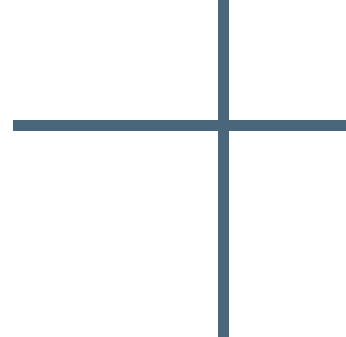


PARTIE 2

RÉCITS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS) ACCOMPAGNÉS EN 2022

A

Signalements du secteur sanitaire



Retard de prise en charge de douleurs épigastriques

○ EIAS

✓ EIGS

○ FICHE RETEX



Secteur :
Sanitaire



Spécialité :
Urgences



Gravité de l'EIGS :
Mise en jeu du pronostic vital



Résumé de la chronologie des faits :

Une jeune femme se présente à deux reprises dans la même journée au service des urgences pour douleurs épigastriques. Elle sera finalement hospitalisée en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) dans l'attente d'un lit dans un service de gynécologie d'un autre établissement.

A son arrivée dans le second établissement, l'état de la patiente se dégrade avec la nécessité d'une intervention en urgence pour occlusion intestinale avec une résection intestinale. La patiente sera ensuite transférée en service de réanimation pour poursuite de sa prise en charge.

Une analyse des causes profondes a été faite de manière conjointe entre les deux établissements et a permis la mise en place d'actions d'amélioration.



Cause(s) immédiate(s) :

=> Retard de prise en charge de la patiente par un spécialiste.



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Antécédents médicaux : endométriose, péritonite, tabagisme
- Personnalité : refus de la patiente d'une consultation gynécologique car elle estimait que c'était un problème gastrique

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Résultats d'examens complémentaires : difficultés d'obtenir un acte d'imagerie par le médecin urgentiste
- Aide à la décision : trois appels téléphoniques pour obtenir un avis gynécologique avec mise en place d'un traitement sans demande d'examen complémentaire ni visualisation des imageries disponibles

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Défaut de communication entre le médecin urgentiste et le radiologue
- Défaut de communication de la disponibilité des lits par le médecin gynécologue au médecin urgentiste

=> Liées à l'environnement de travail :

- Retards : difficultés pour obtenir un transport afin de transférer la patiente entre les deux établissements hospitaliers

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Aucune

**Analyse des barrières de sécurité :****=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :**

- Procédure de transfert inter-établissement activée tardivement

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

- Actualiser la procédure de transfert entre le service des urgences du premier hôpital et les différents services du second établissement
- Établir une convention avec une société d'ambulance pour les transferts entre ces deux établissements
- Revoir les critères d'acceptation lors de la demande d'actes d'imagerie
- Diffuser un tableau de disponibilité des lits du second établissement hospitalier au service des urgences du premier

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Dans cette analyse, des dysfonctionnements de prise en charge ont pu être identifiés et pourront ainsi être sécurisés. L'évènement est donc bien lié aux soins, inattendu au vu de l'état de santé et de la pathologie de la patiente et a eu des conséquences graves selon les termes du décret des EIGS.

Retard de diagnostic d'un sepsis chez un enfant non francophone

○ EIAS

✓ EIGS

○ FICHE RETEX



Secteur :
Sanitaire MCO



Spécialité :
Pédiatrie



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

L'EIGS concerne un enfant de 10 ans non francophone pris en charge aux urgences pédiatriques après prise en charge au domicile par les sapeurs-pompiers. La maman, non francophone, a interpellé un témoin sur la voie publique pour demander de l'aide. Le témoin a appelé les secours en évoquant des douleurs abdominales associées à des vomissements avec antécédent récent de convulsions.

L'évaluation initiale d'entrée conclue à une déshydratation secondaire à une pathologie infectieuse de type gastro-entérite. Une hospitalisation est alors décidée avec remplissage vasculaire pour traiter la déshydratation. La poursuite des examens (examens biologiques, échographie...) va amener à envisager un sepsis d'étiologie inconnue. Une antibiothérapie probabiliste est débutée.

L'état de l'enfant va rapidement se dégrader malgré l'antibiothérapie, justifiant une décision de transfert vers un service de réanimation pédiatrique d'un autre établissement. Différents établissements du secteur ont été contactés mais leurs services de réanimation étaient complets. Le transfert a finalement eu lieu quelques heures après la recherche d'un lit disponible.

A son arrivée dans le service de réanimation, l'évolution a été rapidement défavorable avec évolution vers une dysfonction myocardique sévère évoluant vers un arrêt cardiaque non récupérable.



Cause(s) immédiate(s) :

=> Accumulation de délais dans la prise en charge ayant conduit à une arrivée tardive en milieu adapté



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Gravité de l'état clinique
- Personnalité : barrière initiale de la langue levée à l'arrivée du père de l'enfant

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Aides à la décision : utilisation de la salle d'accueil d'urgence vitale située dans le secteur des urgences adultes non envisagée (l'utilisation de cette salle permet une concertation pluridisciplinaire au lit du patient et optimise le repérage des tableaux cliniques complexes)
- Protocoles : fiches réflexes de prise en charge des urgences pédiatriques mises à jour, disponibles, mais leur utilisation dans le service n'est pas uniforme au sein de l'équipe
- Communication : difficultés de communication pour transmettre l'urgence de la situation aux équipes de soins critiques des établissements extérieurs

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Fiches réflexes de prise en charge des urgences pédiatriques mises à jour, disponibles, mais non utilisées de façon systémique par les professionnels

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : absence de temps de réflexion pluridisciplinaire car focalisation de l'équipe sur l'urgence vitale
- Repérage tardif du tableau clinique complexe pouvant faire évoquer le sepsis

=> Liées à l'environnement de travail :

- Défauts de lits disponibles sur le territoire Grand Est
- Défauts de places disponibles sur le CHRU de référence
- Charge de travail importante aux urgences pédiatriques
- Interruption de tâches en lien avec l'organisation médicale en vigueur reposant sur un poste de pédiatre sénior mutualisé entre le service de pédiatrie et les urgences pédiatriques

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

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé publique régionale et nationale : Pénurie de pédiatres sur le territoire



Analyse des barrières de sécurité :

- Aucune barrière identifiée dans cette analyse



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

- Sensibilisation des équipes sur la reconnaissance des états de chocs septiques pédiatriques
- Diffusion d'un flyer d'aide à la communication
- Optimisation de la communication inter-établissement :
 - Sensibilisation des services de réanimation en support sur les attendus qualité lors des demandes de télé-expertise en urgence : réponse rapide à la demande
 - Demande d'accès direct à un sénior lors d'un appel pour transfert
 - Liste des éléments à communiquer en cas de demande de transfert en réanimation pédiatrique

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'enfant est décédé dans le cadre de sa prise en charge.

Survenue d'un cluster COVID-19 ayant entraîné le décès d'une patiente non vaccinée

N°3

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX


Secteur :
Sanitaire SSR



Spécialité :
Soins de Suite et
Réadaptation



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

Une patiente, non-vaccinée contre le COVID-19, est hospitalisée dans un service de SSR pour réadaptation locomotrice après une chute à domicile. Lors de son admission, elle souffre encore d'une pneumopathie traitée par antibiotiques. Elle est admise en précautions complémentaires contact et gouttelettes (PCC + PCG) pendant 7 jours en attente d'un résultat de PCR COVID-19 négatif, en accord avec les dernières recommandations. 7 jours après son admission, son test PCR revient négatif et la septaine est levée. Cependant, le même jour, le test PCR d'un autre patient du service revient positif.

Chronologie de l'épidémie intra-hospitalière

J0

1er dépistage PCR COVID-19 positif d'un patient de l'étage dans un couloir de 14 lits. Le patient a été transféré depuis un service de gastro-entérologie en PCC + PCG en attente du résultat de son test PCR. Il est maintenu en PCC + PCG à la réception du résultat positif.

J1

Des symptômes évocateurs de COVID-19 apparaissent chez la patiente concernée par l'EIGS : fièvre à 39°C et désaturation à 92% en air ambiant. Elle est remise en PCC + PCG.

J3

Découverte de 3 autres patients présentant des symptômes évocateurs de COVID-19. Mise en PCC + PCG des patients symptomatiques, dépistage de l'ensemble du service (2 couloirs - 30 lits) et campagne de dépistage des professionnels volontaires. Les résultats reviennent positifs pour 7 patients, dont la patiente concernée par l'EIGS, dans des chambres consécutives d'un même couloir. L'ensemble des patients positifs est mis en PCC + PCG, avec soins en chambre et maintien des visites. Les cas positifs sont déclarés à l'ARS Grand Est sans déclaration sur e-SIN (portail spécifique de signalement des infections nosocomiales).

J10

Une nouvelle campagne de dépistage de l'ensemble du service est réalisée à une semaine d'intervalle à la demande de l'ARS Grand Est : retour d'un nouveau résultat positif dans le 2nd couloir, non-contigu aux chambres précédentes avec une hypothèse de contamination personnelle. Le patient concerné est mis en PCC + PCC. Une nouvelle campagne de dépistage des professionnels volontaires est réalisée.

L'état respiratoire de la patiente concernée par l'EIGS se dégrade. Une sédation en urgence pour détresse respiratoire aigüe sera mise en place, mais la patiente décèdera le lendemain.



Cause(s) immédiate(s) :

=> Probable transmission manuportée liée à une défaillance des précautions standard et complémentaires



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Patiente non vaccinée
- Pneumopathie en cours de traitement lors de l'admission
- Patiente âgée, avec visites de sa famille
- Consignes hétérogènes entre établissements qui n'incitent pas les usagers à respecter les mesures adoptées par l'établissement

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles prévus en révision, et non à jour lors de l'EIGS
- Consignes hétérogènes entre étages et selon les professionnels ce qui a entretenu un flou pendant la gestion de cet évènement
- Pas d'évaluation récente de l'application des précautions au vu du contexte sanitaire

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Surutilisation des équipements de protections individuels (EPI), notamment des gants par crainte, et sous-utilisation des SHA (audit du CLIN)
- Méconnaissance des précautions standard et complémentaires
- Fatigue des soignants liée à la gestion de différents clusters COVID

=> Liées à l'équipe :

- Temps de latence en fonction du contexte de l'admission du patient sur la mise en place des précautions standard : recherche de l'information
- Pas d'anticipation de la levée des isolements : temps de latence dans la communication des résultats entre l'équipe médico-soignante

=> Liées à l'environnement de travail :

- Surblouses lavables dédiées à un patient
- Nombre limité de portiques
- Plusieurs clusters COVID survenus dans l'établissement : charge de travail importante des équipes parfois en sous-effectif
- Pas de SHA dans les chambres des patients
- Pas de chambre à sas dans l'établissement

=> Liées à l'organisation et au management :

- Respect et interprétation des précautions complémentaires différents selon les services
- Une IDE hygiéniste mais pas d'EOH (Équipe Opérationnelle d'Hygiène) dans l'établissement
- Pas de signalement sur e-SIN

=> Liées au contexte institutionnel :

- Contraintes liées à la gestion de la pandémie COVID

**Analyse des barrières de sécurité :****=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :**

- Vaccination des patients et des professionnels

=> Barrières d'atténuation qui ont fonctionné :

- Campagnes de dépistage



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

- Sensibiliser régulièrement les équipes sur l'application des précautions standard et complémentaires et la pratique du port des EPI (qualitatif et quantitatif) en réunion d'équipe
- Organiser la formation aux précautions standard et complémentaires pour les paramédicaux transversaux, les ASH, les personnels logistiques et techniques
- Recruter une EOH
- Réviser les procédures relatives à la prévention et à la gestion des infections associées aux soins en accord avec les dernières recommandations
- Évaluer l'application des précautions standard et complémentaires en utilisant des outils validés
- Revoir le circuit interne et le signalement externe des infections nosocomiales
- Uniformiser les pratiques médicales de l'établissement concernant le respect des règles d'hygiène hospitalière
- Sensibiliser les usagers (patients et visiteurs) aux précautions standard et à l'hygiène des mains par les équipes soignantes
- Promouvoir le signalement des EIAS au sein de l'établissement

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

En hospitalisation, bien que le risque zéro n'existe pas, l'application des précautions standard et complémentaires a pour but de prévenir la survenue d'épidémie nosocomiale.

De plus, la survenue de cette épidémie a eu des conséquences graves selon les termes du décret car elle a pu participer au décès de cette patiente.

Difficultés d'orientation d'un patient venant des urgences

○ EIAS

✓ EIGS

✓ FICHE RETEX



Secteur :
Sanitaire MCO



Spécialité :
Urgences



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

Un patient est transféré d'un service d'urgences vers un service de médecine d'un autre établissement pour surveillance d'une déshydratation dans le cadre d'une prise en charge pour mononucléose. Un scanner réalisé aux urgences ne montre aucun signe de cellulite cervicale à ce stade. Il a été mis initialement sous corticoïdes par son médecin traitant.

Le lendemain, le patient hospitalisé en médecine présente toujours une symptomatologie ORL sans signe de gravité respiratoire, associée à une température à 39°C. Une hydratation par perfusion est prescrite, associée à des antalgiques et antipyrétiques. Le bilan sanguin du jour retrouve un syndrome inflammatoire, et il est à noter que le traitement initial du patient par corticoïdes est poursuivi. Le médecin responsable de la prise en charge demande de prévoir une consultation ORL. Le cabinet est fermé le dimanche et il est impossible de joindre les ORL par un autre moyen. Il est prévu de prendre un rendez-vous le lendemain.

Trois jours après son admission, en début de matinée, le patient est retrouvé confus et déambulant dans le couloir avec des propos incohérents. Une demande d'IRM cérébrale en urgence est réalisée par le médecin responsable et un rendez-vous est fixé en tout début d'après-midi. Le médecin renouvelle sa demande de consultation ORL, mais les praticiens sont au bloc opératoire et non disponibles dans la journée.

Deux heures plus tard, le patient est retrouvé dans un état semi-comateux avec des crachats brunâtres et sa perfusion arrachée. Le médecin est informé, il demande le passage d'un anesthésiste. L'état clinique du patient continue de se dégrader avec une agitation et une désaturation. Il est mis sous oxygène à 3L aux lunettes et une gazométrie est prélevée par le médecin avec difficultés devant l'agitation. Le patient est encombré, une tentative d'aspiration s'avère inefficace car le patient ne se laisse pas faire. Le médecin appelle la famille et contacte les services de réanimation de proximité pour un transfert. A midi, aucune place en réanimation n'est disponible. Le médecin rappelle le service des urgences d'où provient initialement le patient qui accepte le transfert devant l'impossibilité de garder le patient en service de médecine.

Entre temps, l'anesthésiste examine le patient qui présente toujours un état d'agitation avec augmentation du volume du cou ce qui confirme un problème ORL, le patient est difficilement examinable. Dans l'attente d'un transfert médicalisé, deux anesthésistes surveillent le patient en chambre et décident de le transférer en salle de réveil pour une surveillance plus étroite. Une ambulance non médicalisée se présente à la clinique pour le transfert mais est renvoyée car il est impossible d'effectuer le transfert sans présence médicale. L'anesthésiste appelle le SAMU-Centre 15 et obtient une place en service de réanimation avec transfert médicalisé.

Dans l'intervalle, le patient est transféré en salle de réveil. Il est en acidose métabolique avec dégradation de son état neurologique nécessitant une intubation orotrachéale. Une antibiothérapie à large spectre et un traitement par noradrénaline sont débutés. Une échographie cardiaque et abdominale sont réalisées.

Le patient est transféré en réanimation médicale en début d'après-midi où il décèdera le lendemain d'une cellulite sur adénopathie cervicale avec thrombose veineuse cervicale compliquée d'un choc septique et d'une défaillance multiviscérale.

**Cause(s) immédiate(s) :**

=> Cellulite cervicale sur un adénophlégon



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Patient jeune
- Corticothérapie sur problème pharyngé instaurée par le médecin traitant
- Mononucléose infectieuse, angine compliquée bactérienne, cellulite cervicale, thrombose jugulaire
- Signes de gravité non décelables les 2 premières journées d'hospitalisation

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocole d'appel des ORL quand le cabinet est fermé en fonction de la gravité inexistant

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Communication : pas de possibilité d'obtenir un avis ORL le week-end

=> Liées à l'environnement de travail :

- Admission le dimanche
- Transfert d'un service d'urgences vers un service de médecine non spécialisé dans cette prise en charge : une admission en ORL dans un service approprié aurait été souhaitable

=> Liées à l'organisation et au management :

- Admission non programmée dans un service de médecine interne, service de décharge des urgences

=> Liées au contexte institutionnel :

- Manque de place en réanimation et centres hospitaliers



Analyse des barrières de sécurité :

=> Barrières d'atténuation qui ont fonctionné :

- Intervention rapide des équipes médicales et soignantes sur place

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

- Révision de la procédure d'appel pour avis d'une autre spécialité, avec appel de médecin à médecin
- Prioriser les avis ORL notamment devant un tableau complexe d'angine mononucléotique
- Réflexion sur une orientation des patients aux urgences

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

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

Chute d'un patient très âgé dans la salle de bains d'un service de médecine

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX



Secteur :
Sanitaire MCO



Spécialité :
Gériatrie



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

Un patient de 98 ans est admis pour chutes à répétition et déshydratation sur une infection broncho-pulmonaire dans un contexte de troubles neurocognitifs. Il est retrouvé le lendemain de son admission étendu au sol de sa salle de bains par une infirmière de nuit.

Le patient est sur le dos, sa tête située entre les toilettes et le mur avec présence de selles. L'infirmière appelle sa collègue aide-soignante pour l'aider à relever le patient. La prise de paramètres est impossible, le patient est aréactif, sans réponse pupillaire ni verbale. Il présente une importante déformation de la hanche et du fémur droit avec une augmentation de volume de la cuisse.

Il est demandé de l'aide à un autre service situé à l'étage inférieur en raison d'une aggravation rapide de l'état clinique du patient. Il est réinstallé dans le lit afin de le ventiler et installer la planche de massage. Le médecin d'astreinte est contacté en parallèle pour préciser la conduite à tenir. Celui-ci demande de ventiler le patient et de poser une voie veineuse afin de pouvoir réaliser un remplissage vasculaire rapide. La pose de voie veineuse s'avère impossible. Le défibrillateur n'indique pas de rythme cardiaque, le médecin d'astreinte juge alors inutile de réaliser un massage cardiaque. Il se déplace pour constater le décès, et informe la fille du patient de son décès.



Cause(s) immédiate(s) :

=> Absence d'évaluation du risque de chutes



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Antécédents : AVC, coronaropathie, troubles neurocognitifs débutants, pace-maker, PTH droite
- État de santé : grand âge, troubles articulaires, cardiologiques, neurologiques et cognitifs
- Traitement : modification récente de son traitement
- Personnalité : difficultés de communication et de compréhension avec le patient lié à des troubles de la mémoire

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : non-utilisation des protocoles (urgence et conduite à tenir en cas de chute) car non-adaptés à cet évènement
- Examens complémentaires : défaut de prescription de kinésithérapie pour la prévention des chutes

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Facteurs de stress physique ou psychologique : absentéisme, charge de travail, charge mentale importante dans le service, stress face à la situation d'urgence

=> Liées à l'équipe :

- Demande de soutien ou comportements face aux incidents, en rapport avec l'évènement : insuffisance ou absence de dispositif de soutien au niveau institutionnel, manque de soutien entre les différentes catégories professionnelles

=> Liées à l'environnement de travail :

- Effectifs : Absence de personnel non remplacé
- Conditions et charge de travail : charge de travail excessive, mauvaises conditions de travail

=> Liées à l'organisation et au management :

- Aucune

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé publique nationale : absence de valorisation des métiers de la santé entraînant des difficultés de recrutement
- Démarche de signalement et gestion des EIGS : manque de confiance dans la démarche et peur de représailles et de stigmatisation de la part des professionnels



Analyse des barrières de sécurité :

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

- Absence dans le protocole chute d'une partie dédiée à la prévention du risque de chute et absence d'évaluation du risque de chute

=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :

- Appel du médecin et aide d'un autre service très rapide, gestion de la situation d'urgence par les équipes



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

- Évaluation du risque de chute dès l'entrée en cas d'antécédents de chute
- Élaboration un protocole sur la prévention du risque de chute
- Sensibilisation des professionnels sur les déclarations des EIGS
- Rédaction d'un protocole sur l'utilisation des contentions
- Conciliation médicamenteuse pour les médicaments potentialisant le risque de chute
- Rappel aux professionnels de la possibilité de rencontrer une psychologue lors de la survenue d'un EIGS ou d'une autre situation grave

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

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

Erreur de programmation d'une PCA (patient controlled analgesia) de morphine

○ EIAS

✓ EIGS

○ FICHE RETEX



Secteur :
Sanitaire SSR



Spécialité :
Soins palliatifs



Gravité de l'EIGS :
Mise en jeu du pronostique vital



Résumé de la chronologie des faits :

Un patient de 70 ans est admis en soins palliatifs dans les suites d'un cancer pulmonaire. Il est traité par morphine via une pompe PCA (Patient Controlled Analgesia : analgésie contrôlée par le patient).

Lors d'un changement de perfusion, la pompe est programmée avec un débit de 20 ml/h au lieu de 2ml/h. Le patient reçoit donc 2000 mg de morphine en 10h, entraînant des signes de surdosage morphinique : nausées, vomissements, fourmillements des doigts et sensation de malaise.

Un SMUR interne est déclenché, l'état du patient reste néanmoins stable avec un retour dans le service 12h après. Le retour à domicile du patient en HAD a été retardé d'une semaine par suite de ce surdosage.



Cause(s) immédiate(s) :

=> Défaut de programmation du débit de la pompe PCA

Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Antécédents : patient en soins palliatifs souffrant d'un adénocarcinome métastatique

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Acte rare dans le service de SSR
- Fiche de synthèse d'utilisation d'une PCA manuscrite
- Pas de répartition des tâches entre préparation et vérification
- Absence de procédure harmonisée et validée pour l'utilisation de la PCA sur l'ensemble de l'établissement



=> Liées aux professionnels impliqués :

- Programmation de la PCA non maîtrisée par l'équipe qui effectue le changement
- Stress vis-à-vis de l'acte non maîtrisé à réaliser

=> Liées à l'équipe :

- Absence de vérification de la programmation après la pose
- Défaut de transmission/ partage de pratiques en équipe suite à la formation faite sur la PCA.

=> Liées à l'environnement de travail :

- Absence de supports d'information validés, notice de la PCA non disponible
- Manque d'uniformisation du parc de dispositifs d'administration
- Nombre de lits augmentés dans le service en raison de travaux dans l'établissement
- Unité de débit à choisir par le soignant sur le matériel de PCA

=> Liées à l'organisation et au management :

- Formation insuffisante sur l'utilisation de la PCA
- Augmentation de la capacité de l'établissement

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune



Analyse des barrières de sécurité :

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

- Prescription complète mentionnant la dose et le débit conforme aux recommandations en vigueur
- Formation réalisée sur 2 équipes (pas d'émargement retrouvé)



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

- Trouver un prestataire et mettre en place des PCA à disposition dans les services
- Récupérer le mode opératoire des PCA auprès du prestataire
- Mettre en place une stratégie de formation sur l'utilisation des PCA dans l'ensemble de l'établissement
- Évaluation de la formation sur l'utilisation des PCA
- Revoir le protocole d'antagonisation de la morphine par Naloxone

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est lié à une erreur lors de l'administration médicamenteuse et a mis en jeu le pronostic vital du patient.

Décès d'un patient sous-dialysé par défaut de transport

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX



Secteur :
Sanitaire MCO



Spécialité :
Dialyse



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

Afin de conserver une vie sociale active et une activité professionnelle, un patient hémodialysé chronique a choisi de réaliser ses séances de dialyse en nocturne. Le centre le plus proche proposant ce type de prise en charge se trouve à plus de 50km de son domicile. Il se rend habituellement à ses séances nocturnes avec un taxi. En cas de séances programmées de jour, il s'y rend avec son propre véhicule. Il est dialysé sur un cathéter veineux central tunnélisé par suite de plusieurs échecs de réalisation d'une fistule artério-veineuse.

À la suite d'un dysfonctionnement de son cathéter de dialyse, le patient est dialysé de manière incomplète à 2 reprises. Il lui a été proposé de rester hospitalisé en surveillance mais il a refusé à chaque proposition. Les bilans sanguins prélevés à la fin des séances de dialyse, dont les kaliémies, sont rassurants.

Une séance de dialyse est prévue le lendemain de la seconde dialyse partielle en début d'après-midi. Le patient devait s'y rendre par ses propres moyens mais appelle le service pour dire qu'il ne tient pas sur ses jambes. La cadre du service tente de contacter une ambulance privée pour assurer le transport mais obtient une quinzaine de refus. Elle demande de l'aide auprès de la régulation des transports du département qui ne trouvera pas d'ambulance pour assurer le transport. La séance est donc reportée au lendemain, le patient doit se rapprocher de sa société pour assurer le transport.

Le lendemain, 2 heures avant la séance de dialyse, le patient prévient qu'il n'a pas réussi à trouver de transport. L'IDE en poste tente de trouver un transport en vain. Le médecin de garde est informé et décide de faire appel au SAMU - Centre 15. Une ambulance privée assure le transport demandé et arrive dans les 2 heures au domicile du patient. Au cours du transport, l'ambulancier réalise un bilan intermédiaire et le transmet à l'assistant de régulation médicale (fourmillements dans les jambes, hématome au niveau du cathéter de dialyse, patient conscient), mais ne le trace pas sur la fiche d'intervention.

Le patient arrive 1 heure après sa prise en charge au service des urgences, l'IOA (Infirmière d'orientation et d'accueil) prévient l'urgentiste d'une absence de tension et d'un patient somnolent. Le patient passe très rapidement en arrêt cardio-vasculaire. Le décès est déclaré après 30 minutes de réanimation.



Cause(s) immédiate(s) :

- Difficultés d'acheminement d'un patient dialysé vers ses soins ayant entraîné un retard possible dans la prise en charge



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Mode de vie : choix de dialyse nocturne compatible avec le maintien d'une activité professionnelle
- Patient autonome dans la gestion de sa pathologie et de ses moyens de transport
- État de santé : patient polyvasculaire, tabagisme actif, mauvais état général, stigmates d'AOMI (Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs)
- Traitements : difficultés de mise en place du cathéter de dialyse avec sous-dialyse depuis 3 jours
- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux : plaintes récurrentes concernant des fourmillements et déficit sensitif des membres inférieurs
- Relations conflictuelles : refus d'hospitalisation en service de néphrologie à 2 reprises

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : pas de protocole formalisé en cas de patient sous-dialysé
- Résultats d'examens : bilans biologiques rassurants à l'issue des séances de dialyse incomplètes
- Définition des tâches : réservation du transport à la charge du patient malgré le retard de dialyse, proposition tardive de gérer les transports, motif du transport inadapté

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe :

- Communication : sous-entendus de communication sur les risques potentiels et la destination du transport
- Informations écrites : bilan ambulancier intermédiaire non tracé sur la fiche d'intervention

=> Liées à l'environnement de travail :

- Retards, délais : aucune société de transport disponible en direct
- Programmation, planification : report du transport 2 jours de suite

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

- Politique de santé publique régionale : difficultés récurrentes à obtenir des transports en dehors des rendez-vous programmés

**Analyse des barrières de sécurité :****=> Barrière de sécurité qui n'a pas fonctionné :**

- Prévention : proposition d'hospitalisation du patient (refus de celui-ci), et bilans biologiques en fin de séance (rassurants)
- Récupération : recherche de transports par l'équipe d'hémodialyse
- Atténuation : mesures d'urgences vitales

=> Barrière de sécurité qui a fonctionné :

- Appel à la régulation médicale départementale pour le transport du patient

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

En cas de situation similaire avec un patient sous-dialysé :

- Établir une prise de contact médicale avec le patient afin de définir le niveau d'urgence de la prise en charge
- Assurer la planification des transports chez les patients qui rencontreraient des difficultés successives d'acheminement vers le centre de dialyse

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est lié à la prise en charge du patient en dialyse chronique et a eu pour conséquence le décès du patient.

Erreur de voie d'administration en HAD

N°8

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX


Secteur :
Sanitaire HAD



Spécialité :
Rhumatologie



Gravité de l'EIGS :
Pas de critère de gravité



Résumé de la chronologie des faits :

Une patiente âgée d'une trentaine d'année, hospitalisée en HAD, est traitée pour des douleurs rhumatismales par un anti-inflammatoire par voie intra-veineuse (IV), du kétoprofène. La prescription a été réalisée par le rhumatologue de la patiente à l'hôpital. Porteuse d'une chambre implantable, l'injection du kétoprofène doit être réalisée via ce dispositif.

L'HAD ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), c'est pourquoi les médicaments disponibles en ville sont dispensés par le pharmacien d'officine de la patiente. Celui-ci délivre la seule forme de kétoprofène disponible en ville, à savoir la voie intra-musculaire (IM).

Dans le but d'aider l'infirmière, la patiente anticipe son passage et prépare le matériel en vue de l'injection. Cinq cures sont administrées avant que l'erreur ne soit détectée, malgré des douleurs à l'injection.

Dès la première administration, la délivrance du médicament avait été réalisée par l'officine de la patiente. Lors de la première délivrance, l'infirmière a interrogé le pharmacien d'officine concernant la divergence entre la spécialité prescrite et celle délivrée. Celui-ci lui a confirmé la dispensation de la forme IM. A noter que la voie d'administration était bien précisée sur la prescription informatisée.

Une information sur l'erreur d'administration a été faite à la patiente qui n'a pas de séquelle à la suite de celle-ci. La confiance dans le soin est maintenue car les cures de la patiente ont repris en s'approvisionnant en kétoprofène IV auprès de la PUI d'un hôpital.



Cause(s) immédiate(s) :

- Erreur de délivrance du médicament et manque de contrôle avant administration

Causes profondes :



=> Liées au patient :

- Patiente experte sur sa pathologie et les techniques de soins, difficultés à travailler sous un regard expert
- Regard critique d'une patiente accoutumée de longue date à ce type de gestes techniques
- Préparation du matériel d'administration par la patiente pour gagner du temps
- Patiente très algique insistante pour que les injections soient réalisées le plus rapidement possible

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Délivrance d'une forme injectable inadaptée par le pharmacien d'officine
- Défaillance du contrôle avant administration pour 13 IDE et l'IDEC

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Manque de vigilance avant administration

=> Liées à l'équipe :

- Ordonnance simple ayant pu induire une baisse de la vigilance
- Sous-effectif au niveau de l'HAD en période COVID-19

=> Liées à l'environnement de travail : Aucune**=> Liées à l'organisation et au management :**

- Délivrance des médicaments par deux circuits différents : Pharmacie à usage intérieur et officine de ville
- Médicament non disponible dans les officines de ville mais uniquement en rétrocession à l'hôpital (kétoprofène IV)
- Manque d'information lors du relais hôpital vers l'HAD pour l'approvisionnement du médicament

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune**Analyse des barrières de sécurité :****=> Liées au contexte institutionnel :**

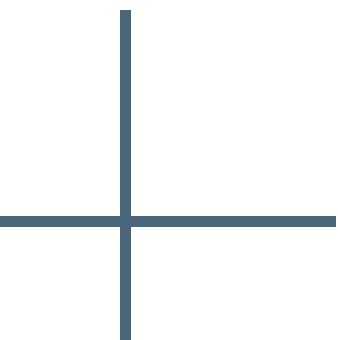
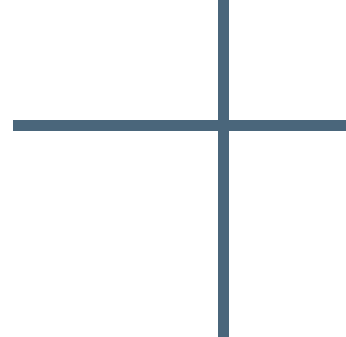
- Prévention : vérification de la voie d'administration avant l'injection : règle des 5 B

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

- Travail avec l'éditeur de logiciel de prescription pour permettre de distinguer les médicaments hospitaliers avec la mise en place d'une alerte pour identifier les médicaments relevant de la rétrocession
- Mise en place de formations spécifiques aux infirmiers concernant la voie d'abord
- Projection du film « Que reste-t-il de nos erreurs » et débat avec une psychologue pour favoriser l'apprentissage par l'erreur
- Proposition de travaux en lien avec les usagers et intégration de la patiente à la commission des usagers de l'HAD
- Retour d'expérience partagé avec le pharmacien d'officine

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

Il ne s'agit pas d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'événement, bien qu'inattendu, n'a pas entraîné de séquelle ou conséquence grave (décès, mise en jeu du pronostic vital ou risque de déficit fonctionnel permanent) pour la patiente. Il s'agit donc d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS).

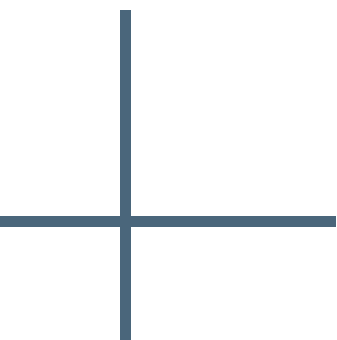
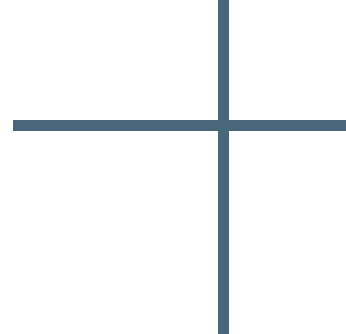


PARTIE 2

RÉCITS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS) ACCOMPAGNÉS EN 2022

B

Signalements du secteur médico-social



Suicide d'un résident par pendaison

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX



Secteur :
Médico-social
EHPAD



Spécialité :
Gériatrie



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

Un résident est découvert sans vie par une auxiliaire de vie lors d'un de ses tours de surveillance. Il s'est pendu au porte-manteau de la salle de bain à l'aide d'une cordelette provenant de ses affaires personnelles. L'auxiliaire a appelé sa collègue aide-soignante pour l'aider à le dépendre puis elles ont prévenu les secours.

Le résident ainsi que son épouse, en fin de vie, avaient été admis 15 mois plus tôt. Il vivait mal l'institutionnalisation et ses relations avec son épouse étaient conflictuelles. Le couple vivait séparément au sein de l'EHPAD, ne prenait pas ses repas ensemble, mais se rendait visite quotidiennement.

Depuis quelques temps, le résident exprimait un mal-être et une baisse de son moral lié à son institutionnalisation. Il a bénéficié de plusieurs consultations avec une psychologue. La veille de son passage à l'acte s'était déroulée sans événement marquant, il avait notamment passé du temps avec son épouse et sa fille.



Cause(s) immédiate(s) :

- Absence d'évaluation et de prise en charge du risque suicidaire par l'ensemble de l'équipe



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Suicide d'un ami proche par noyade une semaine auparavant
- Décès de son fils en mai 2020
- Vente de son bien immobilier à son insu
- Résident peu communicant
- Infection respiratoire trainante (2 mois) ayant pu influencer son humeur
- Institutionnalisation du résident pour accompagner son épouse mais rejet de celle-ci par rapport à lui

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Absence d'évaluation formalisée et de prise en charge du risque suicidaire par l'ensemble de l'équipe y compris par le médecin traitant
- En lien avec l'absence de procédure, pas d'inventaire des effets personnels : la cordelette utilisée faisait partie des effets personnels du résident
- Absence de protocole de prise en charge du risque suicidaire des résidents en EHPAD

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune**=> Liées à l'équipe :**

- Absence d'évaluation et de prise en charge du risque suicidaire par l'ensemble de l'équipe

=> Liées à l'environnement de travail : Aucune**=> Liées à l'organisation et au management :**

- Absence d'évaluation et de prise en charge du risque suicidaire par l'ensemble de l'équipe
- Absence de médecin coordonnateur dans la structure depuis 3 ans

=> Liées au contexte institutionnel :

- Depuis le début de la pandémie COVID, modification des profils de résidents admis : plus lourd médicalement et avec plus de troubles cognitifs d'où une charge de travail alourdie au détriment des autres résidents

**Analyse des barrières de sécurité :****=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :**

- Suivi et soutien psychologique régulier du résident
- Transmissions orales et écrites entre les professionnels de l'équipe



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

- Former les équipes à l'identification du risque suicidaire
- Mettre en place une procédure spécifique au risque suicidaire
- Créer un groupe d'échanges sur la thématique entre les EHPAD du groupe et désigner un référent par EHPAD
- Dresser un inventaire des effets personnels à l'entrée en fonction des risques identifiés
- Recruter un médecin coordonnateur avec l'appui de l'ARS car le poste est vacant depuis 3 ans malgré des recherches
- Réflexion sur une mise à disposition de moyen permettant l'ouverture des portes en cas de nécessité d'intervention

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

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

Chute d'une patiente lors de l'utilisation d'un lève-malade

N°10

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX


Secteur :
Médico-social
EHPAD



Spécialité :
Gériatrie



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

La patiente concernée par cet évènement est prise en charge en Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) depuis de nombreuses années pour une aide aux gestes de la vie quotidienne dont les leviers, qui se font avec un lève-malade présent au domicile de la patiente.

Le jour de l'évènement, l'aide-soignante arrive chez la patiente et procède à sa toilette au lit. Elle installe ensuite le harnais sous la patiente afin de pouvoir effectuer le lever avec le lève-malade. L'aide-soignante rapproche le lève-malade et attache le harnais au lève-malade. Une fois les vérifications effectuées, elle commence à lever la patiente quand une des sangles du harnais se décroche.

La patiente glisse alors de son harnais et sa tête et son épaule droite percutent le sol. Elle présente une plaie au niveau de la tête qui saigne fortement. L'aide-soignante comprime sur la plaie pour tenter de stopper le saignement et alerte l'époux de la patiente dans le même temps afin d'obtenir de l'aide.

Une fois l'époux arrivé auprès de la patiente, l'aide-soignante contacte le SAMU qui lui donne les premières mesures à suivre avant l'arrivée des secours. La patiente reste consciente jusqu'à l'arrivée des pompiers.

Les pompiers prennent ensuite le relais et transfèrent la patiente vers le service d'urgence le plus proche de son domicile. Malgré sa prise en charge en hospitalisation, la patiente décèdera 12 jours après sa chute.



Cause(s) immédiate(s) :

- Lève-malade défectueux avec défaut non-connu de l'équipe
- Absence de vérification de l'état des sangles par l'équipe

Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Antécédents médicaux : obésité, altération de l'état général

=> Liées aux tâches à accomplir : Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Soins considéré comme "routinier" avec baisse de la vigilance

=> Liées à l'équipe :

- Charge de travail physique importante : il aurait fallu être deux soignants pour réaliser ce lever
- Défaut de maintenance du lève-malade non signalé

=> Liées à l'environnement de travail :

- Fournitures ou équipements : lève-malade défectueux
- Maison étroite entraînant des difficultés de manipulation

=> Liées à l'organisation et au management :

- Lève-malade loué par la famille de la patiente : pas de relais d'information organisé par l'équipe du SSIAD concernant les cycles de maintenance du lève-malade

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune**Analyse des barrières de sécurité :****=> Barrières de prévention qui n'ont pas fonctionné :**

- Cycle de maintenance du lève-malade

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

- Soins immédiats et appel rapide des secours

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

- Formaliser une procédure d'utilisation du lève-malade
- Utilisation du lève-malade par 2 soignants
- Double vérification des attaches
- Maintenance obligatoire de l'appareil une fois par an
- Augmenter l'encadrement à domicile
- Alerter le constructeur de l'appareil du dysfonctionnement

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car le décès est inattendu dans ce contexte de prise en charge et il ne peut pas être exclu que celui-ci soit lié à la chute.

De plus, l'utilisation d'un lève-malade est spécifique au contexte du soin, cet événement est donc bien lié aux soins.

Retard de diagnostic d'une fracture déplacée chez une résidente présentant des troubles cognitifs



Secteur :
Médico-social
EHPAD



Spécialité :
Gériatrie



Gravité de l'EIGS :
Pas de critère de gravité



Résumé de la chronologie des faits :

Une résidente en EHPAD chute en présence d'une aide-soignante intérimaire qui accompagne la chute. Elle alerte sa collègue infirmière qui ne note aucune blessure ni signe de gravité dans ses transmissions.

Quatre jours après la chute, la résidente présente une altération de l'état général. Son genou gauche a fait un mouvement anormal avec le verticalisateur. Devant la persistance d'une asthénie, un bilan clinique est réalisé le jour suivant. Il retrouve une pneumopathie droite et une incontinence urinaire aggravée d'une insuffisance rénale aigue sur rein unique fonctionnel. Ces résultats motivent un traitement par antibiothérapie ainsi qu'une réhydratation et un sondage urinaire pour réalisation d'un ECBU. La résidente est algique à la mobilisation mais les douleurs surviennent dans un contexte septique et sur un geste délicat, aucune déformation de membre n'est notée. La nuit se déroule sans particularité.

Un examen médical approfondi est réalisé le lendemain par le médecin coordonnateur. A 6 jours de la chute, un nouvel examen médical est réalisé par son médecin traitant : pas de notion de déformation ni d'œdème de membres inférieurs.

Le septième jour, des douleurs à la mobilisation, une déformation du genou gauche avec œdème et un petit hématome du creux poplité sont notés dans les transmissions aide-soignantes. Ces douleurs persistent au dixième jour avec apparition d'escarres au niveau des talons dans un contexte d'alitement et d'anorexie. Des perfusions d'hydratation sous-cutanée sur les cuisses sont réalisées par les infirmières qui ne notent aucune déformation des membres. Une consultation avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD est sans particularité au 12ème jour post-chute. Au 17ème jour, un œdème au niveau des cuisses est signalé, mais l'examen médical par le médecin coordonnateur ne signale aucune particularité.

Au 24ème jour, l'infirmière note l'apparition d'un hématome induré au niveau du genou gauche en le décrivant comme une rougeur localisée de la face interne du genou gauche avec peau tendue et œdème. Ce symptôme motive la prescription d'une radiographie au lit. La nuit se passe sans particularité ni douleur exprimée par la résidente. Le lendemain, la douche est effectuée en lit-douche sans gémissement ou faciès douloureux notés dans les transmissions aide-soignante. La radiographie est effectuée au lit et retrouve une fracture déplacée du tiers distal du fémur gauche et de la branche ilio-pubienne gauche. La résidente est immédiatement hospitalisée et un geste d'ostéosynthèse est programmé 3 jours plus tard.



Cause(s) immédiate(s) :

- Mauvaise utilisation d'une procédure de relevé de sol après une chute



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Antécédents : hématome sous-dural chronique bilatéral évacué en 2019, démence sévère d'allure mixte et antécédent de trouble bipolaire pouvant influencer l'expression de la douleur. Très forte probabilité d'ostéoporose sévère
- État de santé : démence sévère au stade aphaso-apraxy-agnosique avec apathie majeure et grabatisation
- Personnalité, facteurs sociaux et familiaux : régression des aptitudes et de l'expression

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Protocoles : la feuille de soins de la résidente mentionne une toilette au lavabo, l'utilisation du verticalisateur pour les transferts et une contention par les 2 barrières de lit. A posteriori, cela semble inadapté compte tenu des capacités de la résidente, un lève-malade aurait sans doute été plus approprié
- Non-respect du protocole pour le relever du sol lors de la chute : le relever doit s'effectuer à 2 professionnels avec un matériel spécifique, le temps que l'une aille le chercher, l'autre avait relevé seule la résidente
- Aide à la décision : pas d'algorithme de décision d'appel à la radiologie en cas de signe d'appel post-chute

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Qualifications, compétences : équipe largement composée d'intérimaires à l'heure actuelle sous-entendant une mauvaise connaissance du résident et de son état habituel
- Facteurs de stress : équipe relatant une charge de travail importante notamment dans les soins du matin variable selon l'effectif complet ou non

=> Liées à l'équipe :

- Communication entre professionnels : défaut de communication régulière. L'équipe exprime un manque de temps pour lire les transmissions ce qui induit une perte d'information importante sur l'état de santé des résidents et des problématiques à suivre
- Manque de traçabilité dans les observations dans le logiciel de soins et traçabilité des soins effectués
- Transmissions et alertes : défaut de transmissions orales et écrites au quotidien, défaut dans la précision des informations retranscrites dans le logiciel de soins
- Répartition des tâches : glissement de tâches régulier entre infirmiers et aides-soignants selon les effectifs présents
- Encadrement/supervision : manque une infirmière titulaire sur 3, et infirmière coordinatrice en congé maternité depuis 7 mois non remplacée

=> Liées à l'environnement de travail :

- Fournitures ou équipements : manque de certains équipements facilitant le travail au quotidien ou défaut de fonctionnement
- Informatique : manque de poste informatique aboutissant à un manque de retranscription régulier des soins réalisés. Plantage régulier du système informatique, manque de formation du personnel au logiciel de soins informatique
- Effectifs : nombre parfois insuffisant et difficultés à trouver du personnel pour remplacer en cas d'imprévu
- Charge de travail, temps de travail : chronométrage rythmé des prises en soins des aides-soignants

=> Liées à l'organisation et au management :

- Formations : mini-formations régulières mais thématique de la douleur pas encore abordée

=> Liées au contexte institutionnel :

- Politique de santé publique nationale : tensions de personnel de plus en plus palpable dans le quotidien (manque d'effectifs, fidélisation du personnel compliquée)



Analyse des barrières de sécurité :

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

- Procédure de relevé de chute qui n'a pas été appliquée si tant est que ce soit cet épisode à l'origine de la fracture

=> Barrières d'atténuation qui a fonctionné :

- Communication infirmière-médecin qui a bien fonctionné, accès rapide à la prescription et réalisation radiographique en cas de doute



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

- Formation au repérage de la douleur
- Programmation d'une réunion dédiée à l'organisation des soins
- Rappel par la hiérarchie de l'importance des transmissions et du travail en équipe
- Mise à jour des plans de soins
- Formation sur l'utilisation du verticalisateur

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

Dans cette situation, le critère de gravité, au sens du décret du 25 novembre 2016, n'est pas atteint : l'évènement n'a pas entraîné le décès ou la mise en jeu du pronostic vital de la résidente et la fracture, traitée par ostéosynthèse, n'aboutira pas à un déficit fonctionnel permanent chez cette résidente déjà dépendante.

Décès d'un patient autiste en FAM

N°12



EIAS



EIGS



FICHE RETEX



Secteur :

Médico-social
FAM

Spécialité :

Accompagnement



Gravité de l'EIGS :

Décès



Résumé de la chronologie des faits :

En début d'après-midi, un des résidents du FAM présentant des troubles du comportement (résident autiste avec un syndrome de PICA et une potomanie) est vu allongé sur la terrasse de la structure comme cela lui arrive parfois. Alors que les professionnels le sollicitent pour qu'il se lève, il est presque inconscient. Deux autres professionnels sont appelés en renfort. Sa bouche est dégagée. À la suite d'une crise de son syndrome de PICA, le résident a visiblement mâché et ingéré des feuilles non-toxiques, mais qui obstruent ses voies aériennes. La méthode de Heimlich est pratiquée et les gestes de premiers secours sont prodigués.

Les professionnels présents se coordonnent entre appel des secours et accompagnement des autres résidents. Les secours sont appelés au moment où les professionnels débutent le massage cardiaque. En l'absence de souffle, le défibrillateur est posé un quart d'heure après la découverte du résident. Quatre cycles de massage sont pratiqués avant l'arrivée des pompiers dix minutes plus tard. Le relai est pris par les pompiers. Le SMUR arrive dix minutes après les pompiers.

Le décès est prononcé par le médecin du SMUR quatre heures après la découverte du résident. Aucun obstacle médico-légal à la levée du corps n'est prononcé. La cadre d'astreinte est prévenue ainsi que la directrice de l'établissement.



Cause(s) immédiate(s) : Aucune



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Antécédents : Pathologie et déficience mentale du résident

=> Liées aux tâches à accomplir : Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe : Aucune

=> Liées à l'environnement de travail : Aucune

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

=> Liées au contexte institutionnel : Aucune



Analyse des barrières de sécurité :

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

- Prévention : sécurisation des accès extérieurs et fermeture à clé des locaux où étaient entreposés des liquides ou solides ingérables dangereux
- Atténuation : Manœuvres de réanimation débutées rapidement avant l'arrivée des secours



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

- Information des résidents par la direction, avec adaptation aux facultés cognitives de chacun
- Accompagnements collectifs et individuels des résidents réalisés par la psychologue de l'établissement
- Information du Conseil de Vie Sociale par l'équipe de direction
- Information individuelle des professionnels par l'équipe de Direction
- Accompagnement par l'équipe de direction
- Recours possible à un psychologue extérieur à l'établissement
- Mise en œuvre d'un Groupe d'Analyse des Pratiques animé par une psychologue

Pourquoi n'est-ce pas un EIGS ?

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

Inversion de traitement entre 2 résidents

N°13

 EIAS EIGS FICHE RETEX**Secteur :**
Médico-social
EHPAD**Spécialité :**
Gériatrie**Gravité de l'EIGS :**
Pas de critère de
gravité**Résumé de la chronologie des faits :**

Lors de la distribution des médicaments du soir, une aide-soignante (AS) donne les médicaments d'un résident à un autre. Elle constate immédiatement son erreur et alerte l'infirmière (IDE) en poste. L'IDE prévient immédiatement le médecin qui donne pour consigne une surveillance des paramètres de manière régulière toutes les heures en soirée puis toutes les deux heures la nuit.

Lors de la surveillance de nuit, le veilleur constate une chute de tension chez le résident qui a reçu le traitement qui ne lui était pas destiné. Il prévient le Centre 15. Le résident est transféré aux urgences du centre hospitalier le plus proche 40 minutes plus tard. Au moment du transfert le veilleur rencontre des difficultés à imprimer le dossier de liaison d'urgence (DLU), il imprime les ordonnances des 2 résidents pour transmettre exactement les médicaments ingérés.

Le lendemain lors de sa consultation, le médecin du résident apprend qu'il a été transféré aux urgences. Il constate qu'aucune traçabilité concernant la prise des paramètres n'a été effectuée. Le résident est de retour des urgences en début d'après-midi. Le compte-rendu des urgences note une pneumopathie d'inhalation mais pas de problème de tension. L'analyse systémique de l'erreur médicamenteuse a permis de mettre en lumière d'autres dysfonctionnements et ainsi de mettre en place des actions correctives.

**Cause(s) immédiate(s) :**

- Erreur d'administration de médicaments per os par l'aide-soignante

**Causes profondes :**

=> **Liées au patient :** Aucune

=> **Liées aux tâches à accomplir :**

- Pas d'application des 5B lors de l'administration médicamenteuse
- Absence de version papier du DLU, tous les soignants ne savent pas l'éditer

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Manque de concentration de l'aide-soignante lors de l'administration des médicaments

=> Liées à l'équipe :

- Délégation de tâches IDE / AS
- Pas de traçabilité dans le cahier IDE du transfert du résident aux urgences
- Absence de traçabilité de la prise de paramètres

=> Liées à l'environnement de travail :

- Utilisation du DPI mal connu pour certains soignants, le logiciel exploité de manière différente par chacun

=> Liées à l'organisation et au management : Aucune**=> Liées au contexte institutionnel : Aucune****Analyse des barrières de sécurité :****=> Barrière de récupération qui a fonctionné :**

- Alerte rapide de l'aide-soignante

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

- Rappel des bonnes pratiques d'identitovigilance
- Mise en place d'un formulaire de suivi papier
- Enquête auprès des professionnels concernant l'utilisation du DPI et mise en place de formations sur le DPI afin d'optimiser son utilisation
- Rappel sur l'utilisation et le renseignement de la fiche de transfert à donner au centre 15
- Organisation d'une formation « prise des paramètres vitaux » auprès des AS
- Rappel sur l'importance de tracer en détail tout acte

Pourquoi n'est-ce pas un EIGS ?

Il ne s'agit pas d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) car l'évènement, bien qu'inattendu, n'a pas entraîné de séquelle ou conséquence grave (décès, mise en jeu du pronostic vital ou risque de déficit fonctionnel permanent) pour le résident. Il s'agit donc d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS).

Surdosage médicamenteux par erreur de posologie

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX



Secteur :
Médico-social
EHPAD



Spécialité :
Gériatrie



Gravité de l'EIGS :
Mise en jeu du
pronostic vital



Résumé de la chronologie des faits :

Une résidente d'EHPAD bénéficie d'une prescription de RISPERDAL® en cas d'agitation, de déambulation nocturne ou d'agressivité. Une veilleuse de nuit commet une erreur de lecture au moment de la préparation du traitement en administrant 20 mg au lieu de 0,5mg.

Le lendemain, l'IDE en poste constate une somnolence de la résidente le matin, toujours présente à midi passé. Les paramètres vitaux sont restés stables (tension, pouls, saturation, et température). Le rapprochement est fait rapidement avec la prise de RISPERDAL® et un éventuel surdosage au vu du niveau de liquide du flacon. L'IDE contacte la veilleuse de nuit, qui confirme l'erreur de posologie lors de la préparation du traitement. Le fils de la résidente a été informé lors de sa visite.

Des vomissements apparaissent en début de soirée. Devant la persistance de la somnolence, le médecin du service des urgences le plus proche est appelé en début de nuit. La résidente est transférée pour une surveillance clinique. Devant l'évolution clinique favorable, la résidente est retransférée à l'EHPAD le surlendemain de son admission.



Cause(s) immédiate(s) :

=> Surdosage par erreur de posologie lors de la préparation du traitement



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Troubles de la mémoire
- Opposition aux soins dans un contexte de troubles cognitifs

=> Liées aux tâches à accomplir :

- Double inscription sur le flacon, en goutte et en mL
- Méconnaissance du protocole relatif à la sécurisation du circuit du médicament
- Préparation du traitement fait par une aide-soignante

=> Liées aux professionnels impliqués :

- Personnel intérimaire, arrivée récemment dans le service
- Défaut de vigilance ou de concentration

=> Liées à l'équipe :

- Communication orale insuffisante car temps dédiés aux échanges insuffisants
- Glissement de tâches

=> Liées à l'environnement de travail : Aucune**=> Liées à l'organisation et au management :**

- Insuffisance d'encadrement : un seul agent en poste la nuit
- Changement récent d'organisation interne avec appel aux sociétés d'intérim pour les remplacements : compétences des soignants vérifiées par l'agence d'intérim

=> Liées au contexte institutionnel :

- Difficultés de recrutement

**Analyse des barrières de sécurité :****=> Barrière d'atténuation qui a fonctionné :**

- Appel des secours et transfert au service d'accueil des urgences le plus proche



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

- Préparation des médicaments par une IDE
- Affichage de la posologie à administrer dans l'unité retenue par le laboratoire pharmaceutique, comprimé, gélule, goutte, millilitre, milligramme
- Pas de double annotation d'équivalence (source d'erreur)
- Procédure d'alerte d'un médecin si erreur médicamenteuse pour obtenir la conduite à tenir
- Revoir avec les organismes d'intérim la fiche de poste des aides-soignantes de nuit, compétences et expérience en EHPAD
- Révision du protocole « circuit du médicament » avec précision sur les délégations de tâches, la préparation des médicaments, l'administration des médicaments et CAT (Conduite A Tenir) si erreurs médicamenteuses
- Révision du protocole « délégations de tâches de l'IDE vers AS »
- Formation et information sur les nouvelles procédures et protocoles
- Surveillance des pratiques sur circuit du médicament par IDEC en collaboration avec médecin coordonnateur à 3 mois puis périodiquement deux fois par an
- Procédure d'accueil du personnel intérimaire à formaliser

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est lié à une erreur de dose médicamenteuse et a mis en jeu le pronostic vital de la résidente.

Chute grave d'un résident lié à un problème de prostatisme aigu

N°15

 EIAS

 EIGS

 FICHE RETEX


Secteur :
Médico-social
EHPAD



Spécialité :
Gériatrie



Gravité de l'EIGS :
Décès



Résumé de la chronologie des faits :

Un résident entre en EHPAD pour perte d'autonomie avec troubles cognitifs. Il présente une prostatite aiguë entraînant une rétention urinaire qui nécessite la mise en place d'une sonde urinaire à demeure.

7 jours après son sondage, il présente de la fièvre associée à une hématurie. Il est adressé au service d'urgences le plus proche et revient à l'EHPAD le jour même avec une prescription d'antibiotiques ainsi qu'une préconisation de lavages vésicaux en cas de récurrence d'hématuries. L'EHPAD n'est pas en mesure de réaliser ce type de soins, il est donc de nouveau adressé aux urgences à trois reprises pour hématuries et altération de l'état général et revient à chaque fois le jour-même à l'EHPAD sans hospitalisation.

Une demande d'admission en médecine gériatrique est faite par le médecin coordonnateur de l'EHPAD qui sera refusée par manque de place. Le résident est vu en consultation d'urologie. Un retrait de la sonde urinaire est réalisé.

5 jours après le retrait de la sonde, le résident se rend seul aux toilettes et fait une chute grave. Il est adressé au service des urgences, le bilan radiologique réalisé confirme une fracture du col fémoral droit justifiant une la pose de prothèse de hanche le lendemain. Il rentre à l'EHPAD 48 heures après son intervention.

Le médecin coordonnateur fait appel à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) 3 jours après son retour, devant l'état critique du résident. Il est rencontré le lendemain avec admission en soins palliatifs (traitement antalgique par patch de morphine, surveillance scope etc...). Il décèdera 15 jours après la mise en place des soins palliatifs.



Cause(s) immédiate(s) :

- Sevrage de la sonde à demeure géré en ambulatoire
- Troubles cognitifs du résident d'où un oubli de solliciter de l'aide pour être accompagné aux toilettes



Causes profondes :

=> Liées au patient :

- Risque de chute élevé de part une instabilité médicale (problèmes urinaires)
- Troubles de la mémoire

=> Liées aux tâches à accomplir : Aucune

=> Liées aux professionnels impliqués : Aucune

=> Liées à l'équipe : Aucune

=> Liées à l'environnement de travail : Aucune

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

=> Liées au contexte institutionnel :

- Sortie précoce de l'hôpital à plusieurs reprises liées à la pression de la demande de soins dans les services d'urgence



Analyse des barrières de sécurité :

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

- Plusieurs tentatives d'hospitalisation



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

- Prévoir une rencontre entre l'EHPAD et le centre hospitalier afin d'évoquer les difficultés rencontrées

Pourquoi s'agit-il d'un EIGS ?

Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car l'évènement est inattendu au vu de la prise en charge du résident. Plusieurs dysfonctionnements ont été identifiés sur cette prise en charge, qui ont probablement participé à son décès.

PARTIE 3

ENSEIGNEMENTS DU BILAN DE CES ACCOMPAGNEMENTS

6

**ACTIONS NATIONALES EN
PARTENARIAT AVEC LA FORAP [1]
ET LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

12

**ACTIONS MAJEURES
AU NIVEAU REGIONAL**

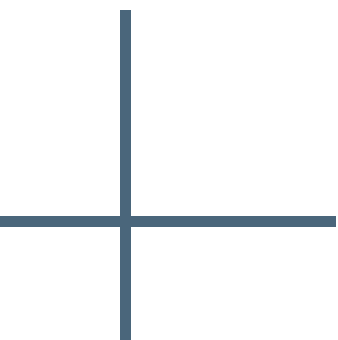
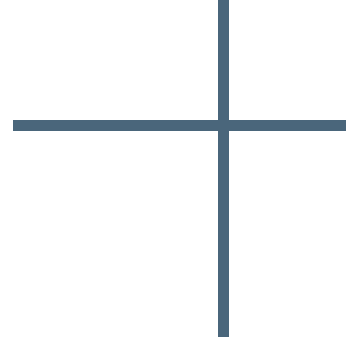
[1] FORAP (Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé) : Fédération nationale de l'ensemble des Structures Régionales d'Appui des régions de France

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

- Participation du médecin coordonnateur de la SRA au groupe national d'experts sur les EIGS nationaux
- Participation au groupe de travail national FORAP-HAS sur les EIGS
- Second challenge EIAS FORAP "Ensemble, agissons pour la sécurité des patients" pour la Semaine Sécurité Patient
- Partage des fiches de retour d'expérience au niveau national
- Développement de "fiches-réflexes" nationales en partageant les récits communs entre régions
- Déploiement et clôture de la Campagne nationale "Culture de sécurité EHPAD"

AU NIVEAU RÉGIONAL, POUR LA SRA GRAND EST :

- Création d'un dépliant d'information "Appui aux EIGS par la SRA Grand Est"
- Participation de la SRA à la Journée Régionale Qualité et Sécurité des Soins de l'ARS Grand Est
- 14 nouvelles fiches régionales de retour d'expérience (Fiches RETEX) avec inclusion d'analyse d'EIAS dont :
 - => 2 en facilitation graphique
 - => 3 fiches RETEX dans le cadre du Premier Challenge EIAS FORAP « Ensemble agissons pour la sécurité des patients » 2021
- Sollicitation des partenaires du RREVA pour la publication de fiches régionales de retour d'expérience
- Publication du vade-mecum des accompagnements
- Axe « Formation » de la SRA :
 - => Sensibilisation à la culture positive de l'erreur et acculturation à la gestion des risques
 - => Formation à la déclaration des EIGS pour les secteurs sanitaire et médico-social
 - => Formation aux méthodes d'analyse pour les professionnels de Santé et les professionnels de l'ARS,
- Mise en place de 2 groupes de travail régionaux EIGS :
 - => Secteurs sanitaire et médico-social
 - => Secteur de soins de ville
- Nouveaux mémos explicatifs sur les EIGS :
 - => CREX / RMM
 - => EIGS ou aléa thérapeutique ?
- Publication d'une bande dessinée sur les EIGS en collaboration avec un vulgarisateur scientifique : Tome 1 "Le signalement des EIGS"
- Présentation du Bilan EIGS 2022
- Facilitation graphique sur l'obligation de déclaration des ESSMS
- Déploiement de la Campagne régionale "Culture de sécurité secteur sanitaire"





**1, rue du Vivarais
54 500 Vandoeuvre-lès-Nancy
03 83 40 85 11
contact@sragrandest.org
www.sragrandest.org**





Structure Régionale d'Appui
Grand Est