



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**  
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT**

# Retour d'expérience national


Les évènements indésirables  
graves associés à des soins  
(EIGS) – 2022

Validé par le Collège le 09 novembre 2023

---

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	Retour d'expérience national Les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2022
<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 EIGS regroupés par thématique, accompagnées de préconisations et focus sur les thématiques mises en avant pour l'année 2022.
<b>Cibles concernées</b>	Les professionnels de santé, les acteurs de la gestion des risques et les usagers des secteurs sanitaires, médico-sociaux, et de la 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>	Coordination : Dr Chantal Andriamanga, Mme Zineb Messarat-Haddouche, chefs de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (chef de service : Dr Laetitia May-Michelangeli ; adjointe au chef de service : Mme Candice Legris) Secrétariat : Mme Karima Nicola, Mme Anne Grigorian Malgorzata
<b>Recherche documentaire</b>	Mme Gaëlle Fanelli, avec l'aide de Mme Juliette Chazareng (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)
<b>Auteurs</b>	Mme Isabelle Alquier, Dr Chantal Andriamanga, Dr Hervé Mentec, Mme Zineb Messarat-Haddouche, Mme Laure Misrahi-Guillaume, chefs de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins Mme Karen Assmann, Mme Nelly Le Guen, Mme Élodie Lordmi, chefs de projet statisticiennes et data manager, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins M. Sylvain Goraczka, interne de santé publique, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du comité d'analyse permanent (experts EIGS) 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 comité d'analyse permanent ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 11 octobre 2023
<b>Actualisation</b>	
<b>Autres formats</b>	

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 – octobre 2023 – ISSN : 2592 – 6446

# Sommaire

---

<b>ÉDITO</b>	<b>4</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>5</b>
<b>2. Rappels méthodologiques</b>	<b>6</b>
2.1. Avertissement aux lecteurs	6
2.2. Sélection des EIGS	6
2.3. Nouvelle méthode de classification des EIGS	6
<b>3. Regroupements d'EIGS par thématique</b>	<b>9</b>
<b>4. Actu : EIGS en lien avec les SAMU-SMUR et les services des urgences</b>	<b>11</b>
<b>5. Focus</b>	<b>13</b>
5.1. EIGS en soins critiques	13
5.2. EIGS déclarés comme survenus en ville	15
5.3. EIGS en lien avec les infections associées aux soins	16
5.4. EIGS liés aux anticoagulants	18
<b>6. EIGS en lien avec la maltraitance et la violence entre patients – Préconisations</b>	<b>21</b>
6.1. Matériel et méthodes	21
6.2. Résultats	23
6.2.1. Maltraitance de professionnels de santé envers les patients	23
6.2.2. Violence entre patients	26
6.3. Préconisations	31
6.3.1. Préconisations sur la maltraitance	31
6.3.2. Préconisations spécifiques aux violences entre patients	32
6.4. Perspectives	34
<b>7. Autres actions pour promouvoir la culture sécurité</b>	<b>35</b>
7.1. Retour sur les flashes sécurité patient (FSP)	35
7.2. Autres actions réalisées en 2022	36
7.3. Bilan de l'accompagnement des SRA dans la gestion des EIGS	36
<b>Table des annexes</b>	<b>38</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>42</b>
<b>Participants</b>	<b>45</b>
<b>Abréviations et acronymes</b>	<b>46</b>

# ÉDITO

Dans un contexte de raréfaction des ressources humaines, prendre le temps d'analyser des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) est perçu comme une démarche exigeante par les équipes de terrain.

Comment ajouter du temps au temps ? Pourquoi ajouter du temps d'analyse à un temps d'action déjà perçu comme très court et contraint ?

Six années de fonctionnement du dispositif de déclaration des EIGS nous invitent à prioriser certains axes de travail.

- Malgré l'importance du travail réalisé, l'occurrence des événements reste élevée. Faire de la sécurité des soins une priorité pour tous les professionnels est plus que jamais à l'ordre du jour et nécessite une évolution des comportements et des pratiques professionnelles. Analyser des EIGS s'inscrit dans une démarche globale de gestion des risques, tirer des enseignements de l'expérience, les partager, mettre en œuvre les actions adéquates pour mieux maîtriser l'avenir.
- Actuellement, on constate la faiblesse de l'analyse des EIGS par les déclarants, tout particulièrement en ce qui concerne les causes profondes. On ne peut que le regretter tant cela conditionne la pertinence des enseignements et les actions mises en place pour éviter la récurrence des événements. Rappelons ici l'appui méthodologique que peuvent apporter les structures régionales d'appui (SRA). Dans une relation de confiance et en toute confidentialité, les équipes peuvent être accompagnées pour le signalement et l'analyse des événements. Les outils mis à disposition sont nombreux : fiches de retour d'expérience, formations, interventions...
- À ce jour, le point de vue du patient, seul à vivre toutes les étapes de son parcours, reste trop souvent ignoré. L'intégration du récit du patient dans l'analyse de l'EIGS est cruciale pour compléter la vision des professionnels et permettre d'identifier davantage de pistes d'amélioration. Disposer de son témoignage et de son vécu constitue une plus-value pour l'analyse approfondie des EIGS. Recueillir le vécu du patient pour nourrir chaque temps d'analyse et accepter un regard croisé suppose d'affronter un autre point de vue : celui du ressenti, de la charge émotionnelle, d'un vocabulaire parfois différent. Nous ne pouvons qu'inviter les professionnels à utiliser la méthode ALARM-E préconisée par la HAS. Faisons en sorte que le patient devienne un réel partenaire de l'analyse et des soins pour « Faire des patients les acteurs de leur propre sécurité », comme nous y invitent la Journée mondiale de la sécurité des patients le 17 septembre 2023 et la Semaine sécurité du patient en novembre 2023.

Au regard des enjeux s'impose le défi courageux de s'inscrire dans un temps d'analyse des pratiques. Je ne peux que vous inviter à poursuivre dans cette voie.

Professeur Lionel Collet, président de la Haute Autorité de santé

# 1. Introduction

Depuis l'ouverture du portail de signalement national en mars 2017 jusqu'au 31 décembre 2022, **7 347 déclarations d'événements indésirables associés aux soins (EIGS) ont été reçues à la Haute Autorité de santé (HAS)**, dont **2 385** au cours de l'année 2022.

Le bilan annuel des EIGS 2022 s'articule autour de trois documents :

- un format court, les « **abrEIGÉS** », synthétisant les principaux éléments du bilan ;
- un « **retour d'expérience national** », détaillant les préconisations ainsi que des focus sur des thématiques spécifiques d'EIGS (exemple : les EIGS en lien avec les infections associées aux soins) ;
- un « **cahier technique** » avec les tableaux statistiques (tris à plat et une sélection de tris croisés).



## 2. Rappels méthodologiques

### 2.1. Avertissement aux lecteurs

Les données concernant les 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.

**La qualité de remplissage des déclarations est hétérogène.**

**Ces données déclaratives et non exhaustives 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.

### 2.2. Sélection des EIGS

Pour réaliser les analyses, les déclarations d'EIGS sont sélectionnées sur deux périodes différentes :

#### ❶ Une sélection sur une année précise

Dans ce rapport, il s'agit de l'année 2022 (EIGS enregistrés<sup>1</sup> entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le 31 décembre 2022)

→ **soit 2 385 EIGS.**

Cette sélection est utilisée pour l'analyse descriptive des EIGS. Elle permet également une mise en parallèle avec l'année précédente. Elle est retrouvée dans les « abrEIGÉS » et dans le « cahier technique ».

#### ❷ Une sélection « globale »

Il s'agit de la base complète des déclarations d'EIGS (ensemble des EIGS enregistrés<sup>1</sup> entre mars 2017 et le 31 décembre 2022)

→ **soit 7 347 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 est donc mobilisée pour les analyses de ce volet « retour d'expérience national ».

### 2.3. Nouvelle méthode de classification des EIGS

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

Dans les rapports sur les données 2017 (1) et 2018 (2), la jeunesse du dispositif et le faible nombre d'évènements enregistrés dans la base n'avaient permis qu'un premier travail manuel de classification des EIGS en fonction des circonstances immédiates de l'évènement.

Au cours de l'année 2019, la HAS a développé un outil d'analyse des données textuelles et un outil statistique associé au travail réalisé par les experts du comité permanent d'analyse des EIGS permettant de classer les EIGS selon un thème commun<sup>2</sup>. Pour ce faire, il a été nécessaire de créer une

<sup>1</sup> Date d'entrée des signaux dans le système informatique de la HAS.

<sup>2</sup> Le rapport sur les données 2019 décrit en détail ces étapes (2).

matrice de fréquence de mots (et/ou d'associations de mots), de construire un dictionnaire de mots-clés et de recourir à des algorithmes intelligents. Comme pour tous les outils de détection, des faux positifs et négatifs pouvaient être présents dans les résultats de recherche, ce qui a nécessité des vérifications manuelles régulières. Cette méthode de classification a été utilisée dans les bilans annuels sur les EIGS de 2019 à 2021.

Le nombre d'EIGS reçus augmentant d'année en année, la HAS a fait évoluer la méthode de classification en l'« automatisant » pour la rendre plus robuste et plus performante. Un modèle de classification basé sur le traitement automatique du langage a été développé. Le choix s'est porté sur un modèle d'apprentissage supervisé. Succinctement, l'apprentissage supervisé consiste en l'entraînement d'une machine en utilisant des données préalablement labellisées, c'est-à-dire des données qui ont été annotées avec le label correct. Dans le contexte de ce travail, il s'agit d'EIGS pour lesquels le regroupement a été défini. Cet apprentissage permet de prédire par la suite le label de données nouvelles non annotées.

Le but de cette nouvelle méthode est essentiellement de disposer des informations chiffrées en temps réel sur les grands regroupements d'EIGS par thématique.

Cette nouvelle méthode n'est donc pas utilisée lors de la réalisation d'analyses sur des risques spécifiques, qui nécessitent une classification plus fine des EIGS. Dans ce dernier cas, c'est l'ancienne méthode qui continue d'être appliquée, avec le recours à un dictionnaire de mots-clés et à des algorithmes intelligents, accompagné de vérifications manuelles.

Neuf grands regroupements d'EIGS par thématique ont été définis *a priori* par la HAS.

### Chaque EIGS est assigné à un seul et unique regroupement :

- action du patient contre lui-même (hors obstétrique) ;
- erreurs médicamenteuses et iatrogénies médicamenteuses (hors obstétrique) ;
- erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic (hors obstétrique) ;
- erreurs liées à une procédure opératoire ou anesthésique (hors obstétrique) ;
- erreurs en lien avec une prise en charge obstétricale ;
- erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (hors obstétrique) ;
- erreurs liées à l'information et aux systèmes d'information (hors obstétrique) ;
- erreurs liées au matériel, à l'infrastructure ou la stérilisation (hors obstétrique) ;
- autre, sans cause évidente retrouvée.

Pour chacun de ces grands regroupements, des critères de sélection ont été prédéfinis et concernent soit la cause la plus évidente de survenue de l'évènement, soit sa conséquence directe<sup>3</sup>.

Les critères de sélection sont ainsi définis comme suit<sup>4</sup> :

- **action du patient contre lui-même** : l'action du patient est directement à l'origine des conséquences ;
- **erreurs médicamenteuses et iatrogénies médicamenteuses** : la cause évidente de l'EIGS relève du médicament au sens large (prescription, préparation, administration, surveillance) ;

<sup>3</sup> Un tableau détaillant les grands regroupements avec les critères de sélection se trouve en annexe 1.

<sup>4</sup> Pour alléger la lecture, la mention « hors obstétrique » ne sera pas précisée à chaque fois que les regroupements sont cités.

- **erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic** : la cause évidente de l'EIGS relève de la stratégie thérapeutique globale ou de l'interprétation des données du tableau clinique et des examens complémentaires ;
- **erreurs liées à une procédure opératoire ou anesthésique** : la cause évidente de l'EIGS relève du geste technique invasif ou opératoire ou anesthésique (inadaptation, mauvaise réalisation, complication...), ou d'un geste radiologique interventionnel ;
- **erreurs en lien avec une prise en charge obstétricale** : la cause évidente de l'EIGS relève de tout ce qui englobe la prise en charge obstétricale, du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, incluant le post-partum immédiat (hors pédiatrie) ;
- **erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins** : la cause évidente de l'EIGS relève de l'organisation du soin, notamment le défaut de surveillance et le défaut de prise en charge (retard, absence et mauvaise prise en charge) ;
- **erreurs liées au matériel, à l'infrastructure ou la stérilisation** : la cause évidente de l'EIGS relève du matériel (dispositif médical sans produit de santé et dispositif médical implantable [DMI] non disponible, non adapté...) ou de la stérilisation ;
- **erreurs liées à l'information et aux systèmes d'information** : la cause évidente de l'EIGS relève de la défaillance de transmission de l'information au sens large de l'information (dossier du patient, système d'information, problème de transmission de l'information orale...) ;
- **autre, sans cause évidente retrouvée** : l'EIGS n'appartient pas aux lignes précédentes et il n'y a pas de cause évidente retrouvée (décès inexpliqués, complications sans cause...).



### 3. Regroupements d'EIGS par thématique

Un suivi des données d'une année sur l'autre est réalisé dans le but de :

- rendre compte de la fréquence de déclarations d'EIGS reçus dans la base ;
- mettre en évidence des situations à risque particulières qui donneront lieu à une analyse spécifique ;
- comprendre notamment pourquoi certaines thématiques sont fréquemment déclarées et d'autres moins, et discuter avec toutes les parties prenantes du dispositif EIGS (agences régionales de santé [ARS] et structures régionales d'appui [SRA] principalement) des axes d'amélioration et des actions possibles à mettre en place.

En revanche, les données de la base EIGS ne permettent pas de mesurer l'impact des retours d'expérience et des préconisations publiés les années précédentes. En effet, pour rappel, ces données ne sont pas exhaustives et n'ont pas de valeur épidémiologique.

Le nombre de déclarations reçues à la HAS pour chaque regroupement d'EIGS au cours de l'année 2022 est détaillé dans le Tableau 1. On constate que les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins, dont les chutes de patient liées à un défaut de surveillance, sont les plus fréquemment déclarées en 2022 (n = 746, 31 %). Les EIGS classés dans la thématique « action du patient contre lui-même » (dont les suicides et tentatives de suicide) représentent, quant à eux, près de 24 % des déclarations (n = 563), suivis par les EIGS liés aux erreurs et iatrogénies médicamenteuses (n = 285, 12 %). Ces mêmes résultats se retrouvent lorsque l'analyse porte sur tous les EIGS de la base (cf. Figure 1). Il est à noter que les EIGS sans cause évidente retrouvée représentent plus de 6 % des déclarations en 2022 (n = 158). Les déclarations de faible qualité, dont celles presque vides, sont retrouvées dans ce regroupement.

On constate une légère modification du nombre de déclarations d'EIGS liés aux trois thématiques principales au fil des années (cf. Figure 2) : si les actions du patient contre lui-même, et surtout les cas de suicides ou tentatives de suicide, ont été les plus déclarées en 2018 et 2019, ce sont les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins qui ont émergé à partir de 2020 pour devenir les plus déclarées en 2022. Le nombre de déclarations des autres regroupements n'a pas connu de changement majeur entre 2018 et 2022.

Tableau 1. Répartition des EIGS par thématique en 2022 (n, %).

Thématiques des regroupements d'EIGS <sup>5</sup>	Nombre d'EIGS (n)	Pourcentage d'EIGS (%)
Erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins	746	31,3
Action du patient contre lui-même	563	23,6
Erreurs médicamenteuses et iatrogénies médicamenteuses	285	11,9
Erreurs liées à une procédure opératoire ou anesthésique	246	10,3
Erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic	173	7,3
Autre, sans cause évidente retrouvée	158	6,6
Erreurs en lien avec une prise en charge obstétricale	135	5,7

<sup>5</sup> Pour alléger la lecture, la mention « hors obstétrique » a été enlevée. Les erreurs en lien avec l'obstétrique se retrouvent dans « Erreurs en lien avec une prise en charge obstétricale ».

Erreurs liées à l'information et aux systèmes d'information	45	1,9
Erreurs liées au matériel, à l'infrastructure ou la stérilisation	34	1,4
Total	2 385	100

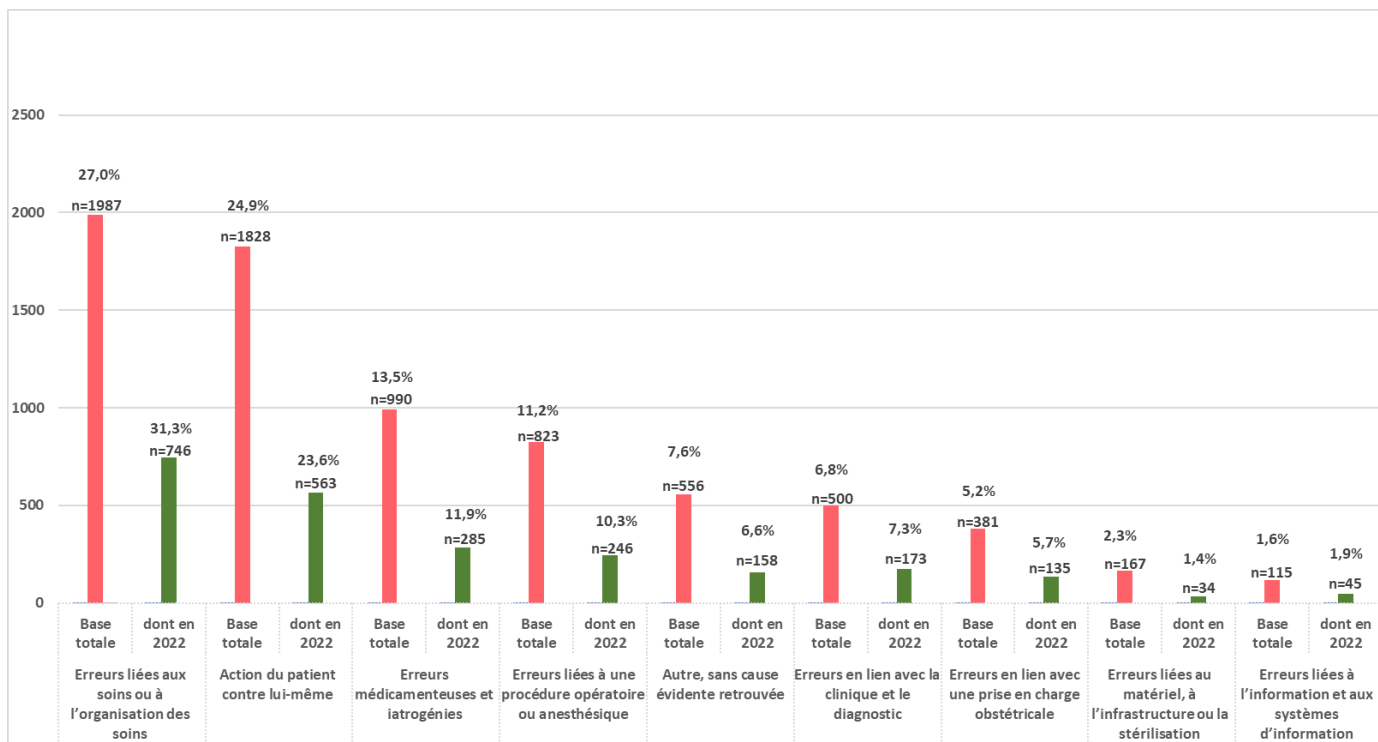


Figure 1. Répartition des EIGS par thématique – comparaison entre 2022 et la période 2017-2022 (n, %).

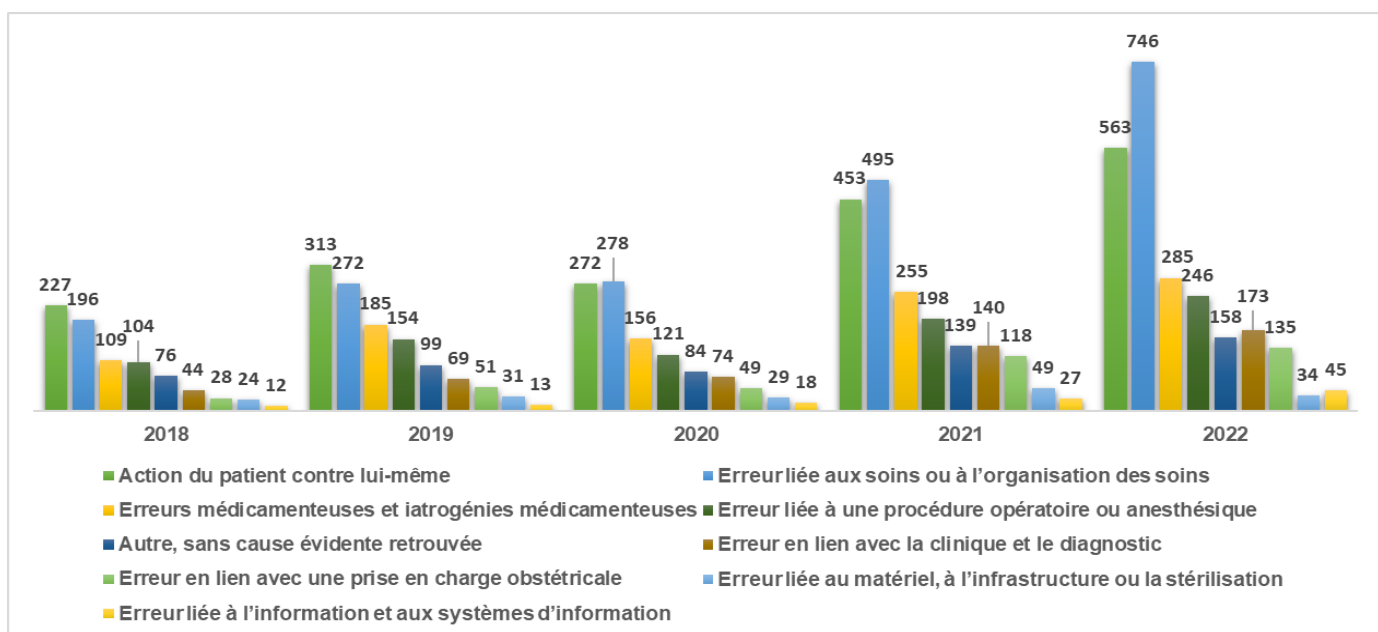


Figure 2. Répartition des EIGS par thématique et par année (n).

## 4. Actu : EIGS en lien avec les SAMU-SMUR et les services des urgences

Chaque année, des tensions existent au niveau des services des urgences, des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) durant la période hivernale, en raison, entre autres, du cumul d'épidémies hivernales (grippe, Covid-19, gastro-entérite...) qui entraînent une activité très importante. Le ministère de la Santé a souhaité vérifier s'il y avait une répercussion de ces tensions sur le nombre d'EIGS déclarés par les professionnels de santé au cours de l'année 2022 et du 1<sup>er</sup> trimestre 2023.

Ainsi, sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 mars 2023, il a été identifié<sup>6</sup> 61 déclarations d'EIGS en lien avec les SAMU-SMUR dont 41 en 2022 et 20 sur la période hivernale 2023 (cf. Figure 3). Parmi ces événements, un peu plus de la moitié (n = 38) ont eu pour conséquence le décès du patient (cf. Figure 4).

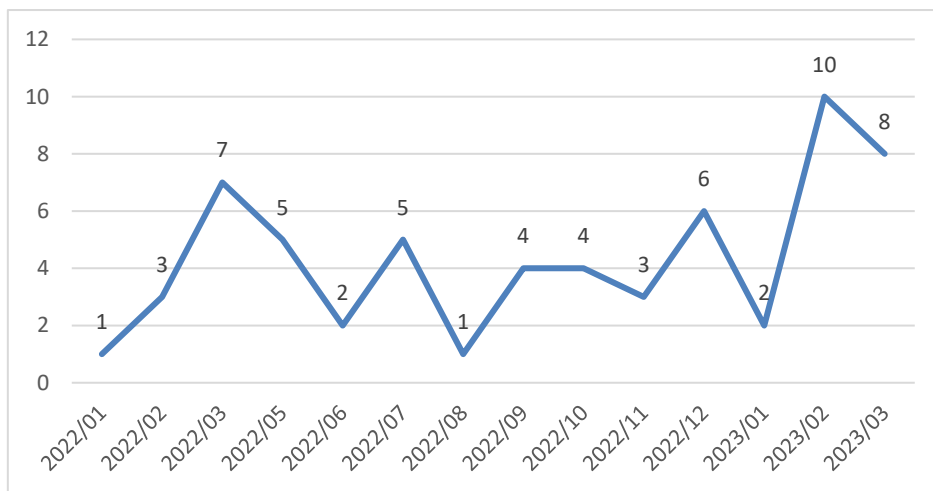


Figure 3. EIGS en lien avec le SAMU-SMUR déclarés à la HAS durant l'année 2022 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2023 (n = 61).

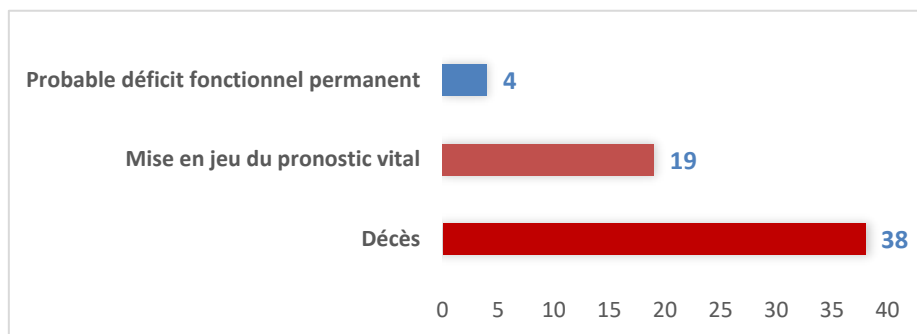


Figure 4. Conséquences pour les patients des EIGS liés au SAMU-SMUR durant l'année 2022 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2023 (n = 61).

<sup>6</sup> Recherche dans le champ « NAME » des mots-clés suivants : service d'accueil des urgences, SAU, service des urgences, les urgences, aux urgences, SAMU, SMUR, centre 15, médecin régulateur.

Par ailleurs, 207 déclarations d'EIGS en lien avec les services des urgences ont été retrouvées, dont 155 sur l'année 2022 et 52 sur la période hivernale 2023 (cf. Figure 5). Parmi ces événements, 66 % (n = 136) ont eu comme conséquence le décès du patient (cf. Figure 6).

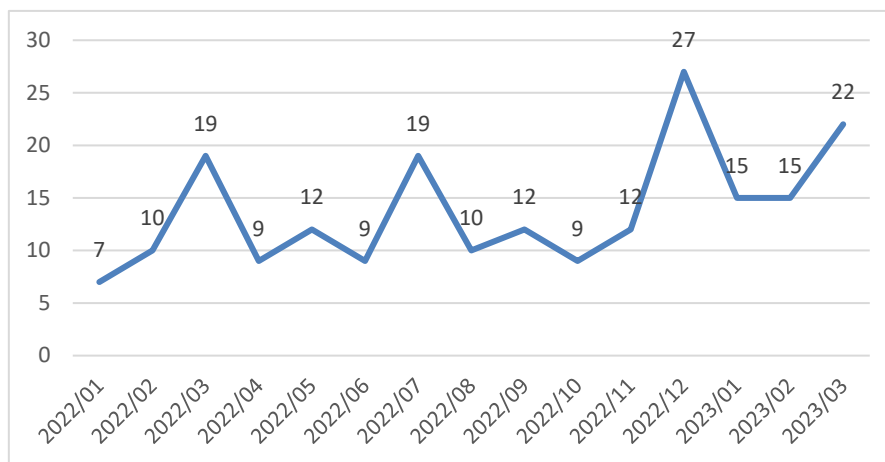


Figure 5. EIGS en lien avec les services des urgences déclarés à la HAS durant l'année 2022 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2023 (n = 207).

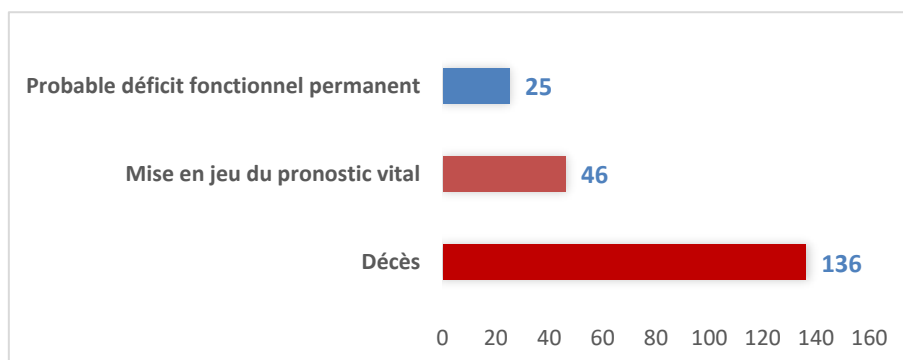


Figure 6. Conséquences pour les patients des EIGS liés aux services des urgences durant l'année 2022 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2023 (n = 207).

Sur la période étudiée, on note une légère augmentation du nombre d'EIGS en lien avec les services des urgences en décembre 2022 (n = 27). Cette tendance n'est pas observée avec les EIGS en lien avec les SAMU-SMUR. Par ailleurs, dans les deux cas, on constate une augmentation du nombre de déclarations d'EIGS sur la période hivernale janvier-mars 2023 par rapport à la même période en 2022 (SAMU-SMUR : 11 en 2022 vs 20 en 2023 ; services des urgences : 36 en 2022 vs 52 en 2023).

Il est difficile de tirer des conclusions de ces constats, sachant que les effectifs sont relativement faibles et que ces données n'ont pas de valeur épidémiologique (cf. 2.1 Avertissement aux lecteurs), les EIGS étant largement sous-déclarés en général. Ces augmentations du nombre de déclarations d'EIGS pourraient refléter, par exemple, une meilleure culture de sécurité des professionnels de santé et donc une meilleure compréhension de l'intérêt de déclarer (le nombre total de déclarations des EIGS augmente chaque année en France).

## 5. Focus

Les focus permettent de mettre en lumière certaines situations à risque identifiées 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. **Ces focus ne donnent pas lieu à des préconisations.**

### 5.1. EIGS en soins critiques

#### Contexte

Les services de soins critiques (services de réanimation, unités de surveillance continue, unités de soins intensifs) exposent les patients à des risques spécifiques liés aux soins urgents faisant intervenir de nombreux soignants, aux soins techniques vulnérants et à l'utilisation de dispositifs et machines variés. Les événements indésirables survenant en soins critiques touchent des patients ayant une ou plusieurs défaillances d'organe ou à risque d'en développer, et parfois dépendants de suppléances vitales, et peuvent donc engager plus fréquemment leur pronostic vital.

#### Analyse descriptive

**Au 31 décembre 2022, 293 EIGS en soins critiques ont été identifiés<sup>7</sup>** sur l'ensemble de la base EIGS (n = 7 347).

Les causes immédiates de ces 293 EIGS étaient :

- une erreur ou un retard de prise en charge (n = 101) ;
- un défaut de surveillance (n = 68) ;
- une complication d'un geste (n = 56) ;
- une erreur médicamenteuse (n = 55) ;
- un défaut d'un matériel (n = 8) ;
- une erreur transfusionnelle (n = 3) ;
- un effet indésirable médicamenteux (n = 2).

Dans 40 % des cas (117/293), les EIGS étaient liés à des pratiques spécifiques des soins critiques, notamment :

- la gestion des cathéters : pose, déconnexion, arrachement, ablation, etc. ;
- la gestion des voies aériennes : intubation, extubation accidentelle, déconnexion, obstruction de sonde, valve phonatoire, etc. ;
- la gestion d'un appareil : moniteur multiparamétrique, ventilateur, assistance circulatoire, etc.

Ce premier focus permet d'émettre une vigilance autour de certains risques spécifiques en soins critiques :

- survenue d'embolie gazeuse lors de la gestion des cathéters, notamment lors de l'ablation d'un cathéter veineux central en territoire cave supérieur incitant à renforcer la formation des personnels ;

<sup>7</sup> Recherche dans tous les champs texte des mots-clés suivants : rea, reanimation, soins critiques, surveillance continue, soins continus, unite de soins intensifs, SC, USC, USI, USIC, USIP, USIR, USIN, USIH, USINV.

- défaut de surveillance dans ces secteurs où la surveillance est censée être continue, faisant découvrir trop tardivement un arrêt cardiaque, une chute, un suicide, un arrêt de la ventilation mécanique ou un problème de cathéter ;
- risque de tout geste vulnérant (pose de cathéter, intubation, pose de drain) incitant à renforcer l'apprentissage et l'évaluation de la balance bénéfices/risques.

Une analyse plus spécifique serait intéressante afin de mieux décrire les caractéristiques de ces événements, en particulier leurs causes profondes.

Il faut noter que des EIGS surviennent en dehors des soins critiques alors qu'ils sont liés à des actes réalisés habituellement en soins critiques (exemples : gestion de cathéters ou de trachéotomie) et pourraient donc faire l'objet des mêmes actions de prévention.

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

#### **Embolie gazeuse lors de l'ablation d'un cathéter veineux central**

Patient de 53 ans hospitalisé en unité de surveillance continue (USC) pneumologique en sortie de réanimation, porteur d'un cathéter jugulaire interne droit triple lumière. Devant l'amélioration, décision d'ablation du cathéter. Au décours immédiat du retrait du cathéter par l'infirmière, bradycardie extrême avec troubles de la conscience. L'infirmière appelle à l'aide et pose rapidement un pansement sur l'orifice cutané. Puis, devant la survenue d'un arrêt cardiaque, elle commence un massage cardiaque. Malgré les manœuvres de réanimation, le patient décède.

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

- de la non-conformité de la technique d'ablation aux recommandations de bonnes pratiques et aux protocoles disponibles sur l'établissement :
  - retrait du cathéter en position demi-assise à + 40° au lieu de la position de Trendelenburg (décubitus dorsal déclive à - 45° avec tête plus basse que les hanches),
  - retrait sans demander au patient l'apnée ou l'expiration,
  - pas de massage prolongé du trajet sous-cutané,
  - pas de pansement étanche ;
- de l'inexpérience du personnel de l'USC pneumologique pour la gestion des cathéters veineux centraux, notamment en territoire cave supérieur. L'infirmière était en poste depuis de nombreuses années, mais n'avait pas eu de formation récente sur le geste ;
- de l'absence de diffusion vers le service de pneumologie de la campagne institutionnelle d'information sur la prévention des embolies gazeuses, parce que ce service avait été considéré comme non concerné.

#### **Le plan d'actions correctives de cet EIGS prévoit notamment :**

- 1- des actions au sein du service de pneumologie : diffusion des recommandations pour la prévention des embolies gazeuses à tout le personnel du service avec liste d'émargement ;
- 2- des actions au niveau institutionnel :
  - mise à jour des recommandations institutionnelles sur la prévention des embolies gazeuses,
  - mise à jour des recommandations institutionnelles sur la gestion des cathéters veineux centraux, dont rédaction d'une procédure d'ablation de cathéter veineux central,
  - diffusion de ces recommandations à tous les services concernés,
  - retour d'expérience dans les comités qualité gestion des risques de l'établissement (comité de retour d'expérience [CREX], comité des vigilances et des risques [COVIRIS], comité des cadres et commission médicale d'établissement [CME]).

## 5.2. EIGS déclarés comme survenus en ville

### Contexte

Les EIGS se produisent également en ville, comme l'ont montré les études ESPRIT (3) et EVISA (4), mais la sous-déclaration actuelle nuit à en appréhender la réalité.

### Analyse descriptive

**Au 31 décembre 2022, 343 EIGS déclarés comme survenus en ville** ont été identifiés<sup>8</sup> dans l'ensemble de la base EIGS (n = 7 347).

La lecture de ces EIGS a permis d'identifier cinq grandes catégories de situations à risque :

- les suicides de patient habituellement hospitalisés en psychiatrie, en permission à leur domicile (n = 136, 40 %) ;
- les erreurs de régulation du centre 15 avec comme conséquences des décès à domicile (n = 66, 19 %) ;
- les prises en charge en hospitalisation à domicile (HAD) (n = 62, 18 %) ;
- les prises en charge par les services d'accueil des urgences (SAU) ou les sapeurs-pompiers (n = 29, 8 %) ;
- des accouchements à domicile surveillés par des sages-femmes libérales (n = 17, 5 %) qui peuvent avoir pour conséquences un retard de prise en charge des hémorragies de la délivrance graves, nécessitant des prises en charge hospitalières ultérieures et des morts maternelles et fœtales.

Les autres EIGS (n = 33, 10 %) se répartissent entre chutes en séances de kinésithérapie ou lors de prises en charge par les services de soins infirmiers à domicile, erreurs médicamenteuses et défauts de prise en charge.

À la lumière de cette première analyse sur les EIGS déclarés comme survenus en ville, où il y a très peu de déclarations de professionnels libéraux, il semble important d'encourager ces professionnels à la déclaration des EIGS, probablement en s'appuyant sur les unions régionales des professionnels de santé ou les nouveaux modes d'exercice coordonné en ville que sont les maisons de santé pluriprofessionnelles et surtout les communautés professionnelles territoriales de santé.

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

##### **Retour à domicile après une mauvaise évaluation au service d'accueil des urgences**

Patiente de 58 ans vivant seule, adressée aux urgences par SOS médecin le 19/11/2021 à 8h45 pour scanner dans le cadre de céphalées de durée inhabituelle au décours d'une consultation précédente qui avait conclu à une sinusite traitée par AUGMENTIN®. Le courrier mentionne alors des céphalées intenses inhabituelles, des douleurs de nuque, des vomissements depuis 4 à 5 jours, des vertiges ainsi qu'un antécédent d'infarctus du myocarde en 2007. L'examen clinique relate une pâleur, des vomissements, des douleurs pulsatiles et des vertiges.

L'infirmière d'accueil n'est pas interpellée par le contenu de la lettre du médecin adressant la patiente et n'en avise pas le médecin.

La patiente est prise en charge alors par un interne en 1<sup>er</sup> semestre ne maîtrisant pas encore toutes les procédures du service, et ni lui ni le médecin senior ne lisent la lettre d'adressage.

<sup>8</sup> Recherche des EIGS dont le lieu de survenue déclaré était « en ville », « au domicile du patient » ou « autre ».

Il est à noter qu'il existait un contexte de surcharge de travail au SAU ce matin-là, avec un temps d'attente atteignant 1h30 et l'absence de médecin coordonnateur.

En l'absence de signes méningés francs et l'examen neurologique étant rassurant, l'interne renvoie la patiente à son domicile avec prescription d'un scanner en externe.

Quelques jours plus tard, la patiente est découverte décédée à son domicile (les parents de la patiente n'ayant plus de nouvelles de leur fille ont fait ouvrir la porte du domicile par un serrurier).

**Les éléments de l'analyse des causes profondes mettent en évidence notamment :**

- un défaut de procédure dans l'accueil au SAU (priorisation des patients avec courrier d'adressage ; information systématique des médecins par l'infirmière d'accueil du contenu des courriers d'adressage) ;
- un défaut de communication entre l'infirmière d'accueil et l'interne ;
- un examen clinique faussement rassurant ;
- une absence d'information du médecin adresseur (téléphone ou courrier) pour permettre un suivi adapté du patient à sa sortie.

**Le plan d'actions correctives de cet EIGS prévoit notamment :**

- sensibiliser les infirmières d'accueil au contenu de la lettre du médecin adresseur, avec consigne d'informer le médecin coordonnateur et, à défaut, le médecin en poste en salle d'accueil des urgences vitales ;
- ajouter dans le dossier informatisé un item pour mentionner la lettre d'adressage ;
- étudier la possibilité de scanner tous les documents externes dès l'enregistrement du patient.

## 5.3. EIGS en lien avec les infections associées aux soins

### Contexte

Les infections associées aux soins (IAS) sont des événements indésirables, parfois graves, faisant partie des thématiques prioritaires pour l'amélioration de la sécurité des soins (5). Selon la dernière enquête nationale de prévalence réalisée en 2022, leur prévalence est de l'ordre de 5,71 %, soit un patient hospitalisé sur 18 présentant au moins une infection nosocomiale. Cette prévalence des patients infectés a augmenté entre 2017 et 2022 (+ 14,7 %), notamment en raison de la prise en compte des cas de Covid-19 nosocomiaux (6). Ces infections impactent toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Identifier les causes les plus fréquentes des IAS représente un enjeu majeur pour les prévenir, les atténuer ou les récupérer.

### Analyse descriptive

**Au 31 décembre 2022, 157 EIGS en lien avec une infection associée aux soins<sup>9</sup> ont été identifiés<sup>10</sup> dans l'ensemble de la base EIGS (n = 7 345).**

Dans la majorité des cas, les EIGS sont survenus à la suite de gestes techniques ou d'actes médicaux (n = 137). Plus rarement (n = 20), les EIGS ont découlé, au contraire, d'un défaut de soin ou de

<sup>9</sup> Telle que définie par le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins en 2007 (7).

<sup>10</sup> Recherche dans tous les champs texte des mots-clés suivants : IAS, infection(s) associée(s) aux soins, bactériémie(s) associée(s) au(x) soin(s), nosocomial(e), infection (sur/d'/matériel/à/après), infection (postop/post/transmise), infection (suite/kt/cathéter/site/de/du/ptg/ptg/prothèse/sonde/iatrogène/valve/chambre), textile, matériel (oublié/étranger), sur (matériel/chambre/cathéter/ptg/ptg/kt/sonde/prothèse/valve/sondage), (après/sur/post) ponction, environnemental(e), hygiène, asepsie, antisepsie, désinfection, cystite (sur/post/après/suite), pneumonie (post/sur/après/suite), sepsis (post/sur/après/suite), complication infectieuse(s), complication septique(s), contaminé(e), contamination, blse, bhre, sarm, sasm, aspergillus, légionnelle, légionellose, aspergillome, aspergillome, Legionella, I.pneumophila, I.pneumophila, I.pneumophilae, clostridium, c.difficile, clostridioide, e.coli, aureus, staph, escherichia dore, pseudomonas, strepto.



prévention (exemple : absence de filtre anti-légionelle dans les douches d'un service entraînant l'infection d'un patient immunodéprimé).

Cent un de ces 137 EIGS font suite à une intervention chirurgicale qui concernait surtout les spécialités de chirurgie viscérale (n = 51) et de chirurgie gynéco-obstétricale (n = 20).

Parmi les causes immédiates de ces EIGS, on retrouve en particulier :

- 34 infections par oubli de matériel chirurgical (compresse, champ, outil chirurgical) ;
- 18 infections par défaut d'étanchéité lors d'une chirurgie de rétablissement de la continuité digestive ;
- 17 infections par non-respect des bonnes pratiques lors de la pose, de l'usage et de l'entretien d'un dispositif médical destiné à la perfusion (cathéter, chambre implantable, etc.) ;
- 14 infections par perforation iatrogène d'un organe creux.

Cette première analyse permet d'alerter les professionnels sur les situations à risque d'IAS les plus courantes déclarées dans le cadre du dispositif national EIGS. Ce chiffre est certainement sous-déclaré au vu de l'existence d'une autre obligation<sup>11</sup>, celle de la déclaration des IAS (dont les décès imputables) dans le cadre du dispositif de signalement externe des infections nosocomiales e-SIN (9). En effet, peu de professionnels savent que lorsque les conséquences des infections nosocomiales sont graves, il faudrait également faire une déclaration dans le cadre du dispositif EIGS (il n'y a pas de passerelle actuellement entre ces deux systèmes de signalement/déclaration).

La HAS va continuer à analyser ces 157 EIGS pour en tirer des enseignements (publication de flashs sécurité patient (10), par exemple).

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

#### **Oubli d'une compresse intra-péritonéale lors d'une césarienne en urgence, entraînant une péritonite nécessitant une reprise chirurgicale**

Une femme âgée d'une quarantaine d'années, obèse, fait l'objet d'une césarienne en urgence lors d'une garde de nuit, dans un contexte conflictuel au sein du service. À la fin de l'intervention, qui s'est révélée très hémorragique, le comptage des compresses est réalisé et relève une compresse manquante.

Après recherche, la compresse manquante n'est pas retrouvée. Le chirurgien décide de suturer la patiente. Une radiographie per-opératoire est réalisée sans l'aide du manipulateur d'électroradiologie médicale d'astreinte. Celle-ci, de mauvaise qualité et excluant un cadran abdominal, ne met pas en évidence de compresse.

Dans les jours suivants, la patiente présente une occlusion intestinale et une péritonite motivant un examen scanographique. La compresse n'est pas identifiée à l'imagerie, mais une reprise chirurgicale est réalisée et la compresse manquante est retrouvée dans le cadran abdominal exclu par la radiographie. Le lien étiologique entre l'oubli de la compresse et la survenue des complications post-opératoires est établi. L'évènement est résolutif après un allongement de la durée d'hospitalisation et un traitement antibiotique.

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

- d'une intervention réalisée au cours d'une période de vulnérabilité : lors d'une garde, en pleine nuit et dans un contexte d'urgence ;
- d'un effet tunnel (11) survenu chez le chirurgien qui est convaincu que la compresse manquante n'est pas dans le champ opératoire et ne modifie donc pas le déroulé de l'intervention ;
- d'une intervention hémorragique nécessitant l'usage d'un grand nombre de compresses ;
- de l'utilisation de compresses de petite taille ;
- de la présence d'une obésité contribuant à la difficulté de localiser les compresses dans l'abdomen ;
- d'une table opératoire non adaptée à la morphologie d'un patient obèse ;

<sup>11</sup> Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 (8).

- de difficultés relationnelles entre les membres de l'équipe soignante, entraînant une mauvaise communication entre eux et un défaut d'appel à l'aide ;
- de la prescription d'un examen radiologique sans précision sur le motif de celui-ci ;
- de l'absence de réalisation d'un deuxième examen radiologique face à une première radiographie de mauvaise qualité et non informative.

**Le plan d'actions correctives de cet EIGS prévoit notamment :**

- une modification de la composition des packs de bloc opératoire pour disposer de compresses de grande taille plus facilement localisables en per-opératoire et à l'imagerie ;
- la mise à jour et la rédaction formalisée d'un protocole définissant la conduite à tenir lorsque le résultat du décompte des compresses n'est pas conforme : sollicitation d'un second professionnel et réalisation d'une imagerie per-opératoire avec manipulateur radio d'astreinte ;
- un rappel oral des procédures existantes (12) (appel à l'aide, double contrôle, communication formalisée de type SAED (13)).

## 5.4. EIGS liés aux anticoagulants

### Contexte

Les erreurs lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants font partie des *never events*<sup>12</sup> et, à ce titre, doivent faire l'objet d'une attention particulière. Pour autant, un certain nombre d'EIGS liés aux anticoagulants surviennent à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse.

### Analyse descriptive

**Au 31 décembre 2022, 270 EIGS liés à des anticoagulants** ont été identifiés et analysés sur l'ensemble de la base EIGS (n = 7 347)<sup>13</sup>.

Parmi ces évènements, **141 sont liés directement aux anticoagulants (cause principale de l'EIGS)**. Les anticoagulants concernés étaient majoritairement des héparines (n = 56, dont 32 héparines non fractionnées et 24 héparines de bas poids moléculaire), suivies par les antivitamines K et les anticoagulants oraux directs (respectivement n = 24 et n = 22). Deux EIGS impliquaient le fondaparinux sodique, 5 EIGS des médicaments autres que les anticoagulants (à la suite d'une erreur de médicament) et dans 32 évènements, le type d'anticoagulant impliqué n'était pas précisé.

Par ailleurs, 136 de ces 141 EIGS sont causés par des erreurs médicamenteuses. Elles concernent principalement les étapes de la prescription (n = 91) et de l'administration (distribution et préparation confondues ; n = 41) et, dans une moindre mesure, les étapes de dispensation (n = 2) et de suivi thérapeutique du patient (n = 2). Les 5 EIGS non liés à des erreurs médicamenteuses sont dus à des effets indésirables connus des anticoagulants dans des conditions normales d'utilisation

<sup>12</sup> Les *never events* ou « évènements qui ne devraient jamais arriver » sont des évènements indésirables inattendus graves et évitables ayant entraîné un préjudice physique ou psychologique ou la mort d'un patient, et qui n'auraient pas dû survenir si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre.

[https://archive.ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/\(offset\)/0](https://archive.ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-du-medicament-a-l-hopital/Les-evenements-qui-ne-devraient-jamais-arriver-Never-Events/(offset)/0)

<sup>13</sup> Recherche des EIGS concernant des erreurs médicamenteuses liées à une maladie thromboembolique à l'aide d'une combinaison de mots-clés dans les champs « Name » et/ou « Synthèse » : ([erreur, erroné, intoxic, allergie, dose, ingestion] et [dose, prescrip, admin, produit, med, DCI, injec]) et (embolie pulmonaire, thrombose, thrombo-embolique, thromboembolique, coagulation, anticoagulation, hémostasie) + recherche des EIGS concernant les anticoagulants dans tous les champs texte avec les mots-clés suivants : anticoagulant, AVK, antithrombotique, héparine, antiagrégant plaquettaire (pour détecter les associations problématiques avec les anticoagulants), Lovenox, Calciparine.

(thrombopénie induite par l'héparine, hémorragie digestive...) (n = 4) ou à la non-observance par le patient de son traitement anticoagulant (n = 1).

Les erreurs liées à la prescription sont majoritaires et leurs causes sont multiples. Il s'agit :

- d'erreurs de posologie et de stratégie thérapeutique (maintien de l'anticoagulant malgré les complications hémorragiques, double anticoagulation, suspension trop précoce du traitement anticoagulant avant une intervention chirurgicale ou, *a contrario*, une prescription trop tardive) ou d'un renouvellement d'antivitamines K (AVK) sans réévaluation du traitement ;
- ou d'erreurs d'omission telles que le non-renouvellement de la prescription, l'oubli de mise sous anticoagulant à l'issue d'une intervention ou l'oubli de prescription d'anticoagulant à la sortie d'hospitalisation.

Les erreurs liées à l'administration se caractérisent essentiellement par des surdosages liés à des erreurs lors des calculs de doses ou à la programmation de dispositifs médicaux, tels que le pousse-seringue électrique pour l'administration de l'héparine. On retrouve également des erreurs de médicaments lors de l'étape de préparation pour une administration avec un pousse-seringue par confusion avec d'autres spécialités (médicaments du diabète ou médicaments cardio-vasculaires par exemple). On note également des surdosages liés au non-arrêt des anticoagulants, pourtant prescrit. Il est à noter que parmi les 67 erreurs médicamenteuses survenues en chirurgie, 50 % ont eu lieu en post-opératoire. Elles mettent en exergue, le plus souvent, l'absence de prévention du risque thromboembolique. Enfin, les EIGS liés à des problématiques de relais interviennent aussi bien en pré qu'en post-opératoire.

**Par ailleurs, 129 EIGS sont liés indirectement aux anticoagulants** (les anticoagulants n'étaient pas la cause principale de l'évènement mais y ont contribué) :

- 115 EIGS rapportent des chutes de patients sous traitement anticoagulant. La moitié de ces chutes ont eu pour conséquences des hémorragies cérébrales, hématomes sous-duraux, dont 1/3 n'ont pas été diagnostiqués ou ont fait l'objet d'un retard de prise en charge. L'ensemble de ces EIGS ont en commun une sous-évaluation du risque de chute chez des patients sous anticoagulants ;
- 7 EIGS concernent des hémorragies massives découlant d'un geste traumatique chez des patients sous traitement anticoagulant. Par exemple, il pouvait s'agir de l'absence de compression du point de ponction de l'artère radiale lors d'une coronarographie, d'un hémothorax à la suite d'une ponction pleurale sans prise en compte des anticoagulants, ou d'une hémorragie par effraction de l'artère pulmonaire chez une patiente sous AVK ;
- enfin, 7 EIGS sont liés à des retards de prise en charge (autres que ceux liés aux chutes), à la suite d'erreur de diagnostic ou de la mauvaise interprétation de scanner chez des patients présentant des facteurs de risques thromboemboliques et sous anticoagulants. Ces évènements ont eu pour conséquences des accidents vasculaires cérébraux (AVC) avec déficits permanents ou encore des chocs hémorragiques.

Les EIGS analysés permettent d'émettre deux points de vigilance sur :

- la prévention du risque hémorragique lié aux traitements anticoagulants et des complications liées à ce risque (éducation thérapeutique adaptée, surveillance biologique des AVK, prévention du risque de chute chez les patients âgés sous anticoagulants) ;

- la gestion des anticoagulants en pré-opératoire et post-opératoire, que ce soit lors de la prescription (double anticoagulation non recommandée, relais, suspension des traitements...) ou lors de l'administration.

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

#### **Hématémèse massive à la suite d'une double anticoagulation entraînant le décès du patient**

Un patient âgé de plus de 90 ans est hospitalisé via le service des urgences pour une chute ayant entraîné une fracture du bassin et une fracture humérale. En l'absence d'indication opératoire, il est réalisé une immobilisation du bras par un Dujarrier accompagnée d'une interdiction d'appui pour 6 semaines. Le médecin des urgences arrête les AVK (traitement habituel du patient) et prescrit un traitement par ENOXAPARINE SODIQUE. Il ajoute un anti-inflammatoire non stéroïdien comme antalgique.

Le soir, quelques selles noires sont identifiées mais font l'objet de simples transmissions orales, sans traçabilité dans le dossier informatisé.

Le lendemain, l'infirmier diplômé d'État (IDE) interpelle l'interne de chirurgie quant à la reprise des AVK : l'interne prescrit la reprise de l'AVK mais sans arrêter l'ENOXAPARINE SODIQUE.

Lors des transmissions avec l'équipe de nuit, l'IDE demande confirmation au médecin anesthésiste-réanimateur de la prescription d'AVK + ENOXAPARINE SODIQUE. Occupé par une urgence, ce dernier ne prend pas le temps de regarder le dossier et demande à l'IDE de faire ce qui est écrit dans le dossier patient informatisé (DPI).

Le soir, survenue d'un méléna abondant puis d'une hématomèse massive qui entraînent un collapsus et une perte de connaissance. Le patient décède quelques minutes plus tard.

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

- la non-prise en compte du traitement du patient lors de la prescription d'AVK par l'interne, qui n'arrête pas l'ENOXAPARINE SODIQUE ;
- l'absence de traçabilité du suivi médico-chirurgical dans le dossier informatisé ;
- l'absence de traçabilité de la présence de méléna dans le dossier informatisé ;
- l'absence d'analyse pharmaceutique le week-end ;
- l'absence de réévaluation des traitements médicamenteux en chirurgie (en dehors des patients passant au bloc opératoire, où cette réévaluation est faite par le médecin anesthésiste réanimateur) ;
- l'absence de médecin généraliste pour la chirurgie (pour le suivi médical des patients chirurgicaux) malgré un poste ouvert.

#### **Le plan d'actions correctives de cet EIGS prévoit notamment :**

- la traçabilité du suivi médical en orthopédie ;
- la prise en charge médicale en orthopédie pour les patients ne passant pas au bloc opératoire ;
- l'amélioration de la traçabilité des transmissions IDE – aide-soignante en orthopédie ;
- une analyse systématique des selles en cas de méléna ou de saignement.

## 6. Préconisations : EIGS en lien avec la maltraitance et la violence entre patients

Une **nouvelle définition légale de la maltraitance** a été instaurée par la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 avec la création de l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (14). Cet article dispose que : « *La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité<sup>14</sup> lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.* »

Cette **définition très large** découle des travaux de la Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, qui ont été publiés en 2019. Elle englobe la diversité des situations rencontrées (**sept types de maltraitance** : physique, sexuelle, psychologique, matérielle et financière, négligences, abandons, privations, discriminations, exposition à un environnement violent). La Commission nationale a également publié un « vocabulaire partagé » sur l'ensemble des termes utilisés. Le point important à retenir est que, dans la maltraitance, l'auteur est lié à sa victime par une relation d'aide à l'autonomie (15). Ainsi, il faut souligner que les **violences entre patients** ne sont pas incluses dans cette définition de la maltraitance, car il n'y a pas de relation d'aide à l'autonomie.

La littérature sur la maltraitance et les violences entre patients dans les services de psychiatrie est relativement abondante (12, 16-22). Cependant, les situations de maltraitance survenant en établissement de santé et en établissements sociaux ou médico-sociaux ne sont pas encore suffisamment documentées. **L'analyse des déclarations d'EIGS en lien avec la maltraitance et la violence entre patients permet ainsi d'apporter un éclairage complémentaire sur le sujet.**

### 6.1. Matériel et méthodes

La période d'étude considérée est comprise entre **mars 2017**, début de la déclaration des EIGS dans la base nationale de retour d'expérience, **et décembre 2022**.

À l'issue d'une recherche par mots-clés dans la base EIGS<sup>15</sup>, 2 274 déclarations ont été identifiées comme pouvant être liées à de la maltraitance ou de la violence entre patients. Ces déclarations ont toutes fait l'objet d'une lecture de leur résumé. Après exclusion des EIGS hors sujet (certains mots-clés ayant engendré beaucoup de « bruit »), 106 déclarations ont été retenues pour une lecture plus approfondie (tous les champs texte).

<sup>14</sup> La notion de vulnérabilité (15) est définie dans le document du vocabulaire partagé de la maltraitance : « La vulnérabilité est liée à des facteurs individuels et/ou des facteurs environnementaux. Eu égard à la maltraitance, une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté voire dans l'impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise. Des facteurs individuels relatifs au genre, à l'orientation sexuelle, à la race, l'ethnie ou à la nationalité peuvent constituer un risque accru de vulnérabilité » (15).

<sup>15</sup> En se basant sur la définition de la maltraitance mentionnée plus haut, les situations de maltraitance et de violence ont été sélectionnées dans la base EIGS à partir des mots-clés suivants recherchés dans tous les champs texte : maltraitance/maltraite, malveillant(e)/ce, violence/violent(e), négligence(s), mise à pied, vulnérable/vulnérabilité, dignité, intimité, respect, irrespect, violation(s), privation(s), indifférent/ce, humiliation(s), agression(s), liberté(s), droit(s), insulte(s)/insulter, menace(s)/menacer, dénigrement(s)/dénigrer.

Les EIGS inclus dans l'analyse devaient être des cas de maltraitance volontaire sur un patient de la part d'un professionnel ou de la famille du patient, ou des cas de violence entre patients, décrits comme tels par le déclarant (y compris les suspicions) ou indiqués comme tels par les experts du comité permanent d'analyse des EIGS de la HAS. La HAS n'a procédé à aucune interprétation des déclarations.

Il est important de rappeler que les cas de maltraitance de patients ainsi que les cas de violence entre patients au sein d'un établissement sanitaire ou médico-social constituent systématiquement des événements indésirables graves associés aux soins, dès lors que les conséquences répondent aux critères de gravité mentionnés dans le décret de 2016 (décès/mise en jeu du pronostic vital/déficit fonctionnel permanent), car ils sont survenus lorsque le patient était dans le cadre d'une prise en charge médicale.

Certaines déclarations de violences sexuelles ne mentionnaient pas de conséquences sur le patient répondant aux critères de gravité du décret de 2016 et auraient donc dû être retirées de cette analyse qui porte sur les événements indésirables graves. Cependant, il a été considéré que les conséquences psychologiques des violences sexuelles à court, moyen, long terme sur le patient peuvent être graves<sup>16</sup> (exemple : tentative de suicide du patient à la suite d'une violence sexuelle) et ne sont pas toutes connues au moment de la déclaration du fait de leur nature. À ce titre, ces déclarations ont été prises en compte dans cette analyse.

Par ailleurs, les critères d'exclusion utilisés étaient :

- les événements indésirables ne répondant pas aux critères de gravité définis dans le décret de 2016 (exemple : un soignant prenant une photo d'un patient nu endormi), sauf exception concernant les violences sexuelles mentionnée plus haut ;
- les événements indésirables non liés aux soins ;
- les antécédents personnels de maltraitance ou d'agression sexuelle du patient, sans maltraitance actuelle déclarée ;
- la maltraitance familiale ou conjugale (car non liée aux soins) ;
- les négligences non intentionnelles<sup>17</sup> ;
- les violences des patients envers les professionnels ;
- les événements décrits de manière trop imprécise.

Après lecture approfondie des 106 déclarations d'EIGS, 48 d'entre elles ont été exclues de l'étude pour les raisons suivantes :

- 29 déclarations traitaient soit d'antécédents de maltraitance sans maltraitance actuelle, soit de maltraitance conjugale à domicile, soit ne présentaient pas de faits précis ;
- 16 déclarations portaient sur des événements indésirables associés aux soins qui n'étaient pas graves ;
- 3 déclarations portaient sur des violences de patients vers des professionnels.

## ■ Déclarations retenues

<sup>16</sup> Chez les patients souffrant de troubles psychiatriques préexistants, le risque d'une aggravation immédiate est important et peut conduire à des idées suicidaires. L'exposition à un viol ou à une agression sexuelle au cours d'une hospitalisation, dans un lieu supposé sécurisant et sécurisé, peut avoir de multiples répercussions sur le maintien et la poursuite des soins psychiatriques.

<sup>17</sup> Les défauts de prise en charge décrits par les déclarants comme involontaires ont été exclus de cette analyse, même si la nouvelle définition légale de la maltraitance les inclut. En effet, beaucoup d'EIGS surviennent à la suite d'un défaut de prise en charge mais, pour autant, il ne serait pas justifié d'assimiler l'ensemble de ces erreurs à de la maltraitance.

Au total, 58 déclarations d'EIGS ont été sélectionnées pour faire l'objet d'une analyse, dont 16 déclarations en lien avec la maltraitance de professionnels de santé envers les patients et 42 déclarations de violence entre patients.

## 6.2. Résultats

### 6.2.1. Maltraitance de professionnels de santé envers les patients

#### Caractéristiques des patients et des circonstances des EIGS déclarés

##### Population concernée

Parmi les 16 déclarations en lien avec des situations de maltraitance de professionnels envers des patients, 9 d'entre elles concernent des femmes.

##### Âge des patients

La plupart des évènements (11/16) sont survenus chez des patients âgés de 80 à 100 ans. Deux sont survenus chez des patients âgés entre 60 et 79 ans et un est survenu chez un patient âgé de 20 à 40 ans. Pour deux déclarations, la variable « âge » n'est pas renseignée.

##### Lieux et moments de survenue des EIGS déclarés

Les EIGS sont survenus aussi bien dans le secteur médico-social (n = 9) que dans le secteur sanitaire (n = 7). Parmi les 7 EIGS du secteur sanitaire, 5 sont survenus en établissement public, 1 en établissement privé et 1 en établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC).

Lors de la déclaration, il est demandé de préciser si l'EIGS s'est déroulé dans une période durant laquelle l'organisation des soins est plus vulnérable (la vigilance ou le nombre des professionnels diminue), sachant que plusieurs réponses sont possibles. Dans cette étude, plus de la moitié des EIGS (9/16) sont survenus pendant une de ces périodes : il s'agissait du week-end dans 4 cas ou de la nuit dans 5 cas.

##### Conséquences des EIGS pour les patients

L'analyse a montré que la moitié des évènements analysés (8/16) ont entraîné un probable déficit permanent. La mise en jeu du pronostic vital concerne 5 patients. Enfin, 3 patients sont décédés.

##### Niveau de complexité de la situation clinique

La situation clinique a été jugée complexe dans 9 des 16 déclarations.



## Caractère évitable des EIGS déclarés

La grande majorité des EIGS ont été jugés évitables ou probablement évitables (13/16). On note par ailleurs que la totalité des événements ayant conduit à un décès (n = 3) ont été jugés évitables ou probablement évitables par les déclarants.

## Analyse des causes immédiates

Les causes immédiates<sup>18</sup> de l'évènement indiquées par le déclarant sont variées (n = 16) :

- agression sexuelle d'un professionnel de santé sur un patient en état pauci-relationnel (1 déclaration) ;
- administration volontaire d'une surdose de somnifères par un professionnel de santé à plusieurs patients sans prescription médicale (1 seule déclaration) ;
- maltraitance physique et verbale d'un professionnel de santé envers un patient lors d'une intervention des structures mobiles d'urgence et de réanimation (1 déclaration) ;
- maltraitance physique d'un professionnel de santé envers un patient lors des soins (7 déclarations) ;
- négligence volontaire de soins :
  - de la part d'un professionnel de santé envers un patient malgré les appels réitérés du reste de l'équipe (2 déclarations),
  - absence volontaire répétée de soins auprès d'un patient par plusieurs professionnels de santé (2 déclarations),
  - négligence volontaire des soins sans autre précision (1 déclaration),
  - non-respect volontaire des consignes médicales (1 déclaration).

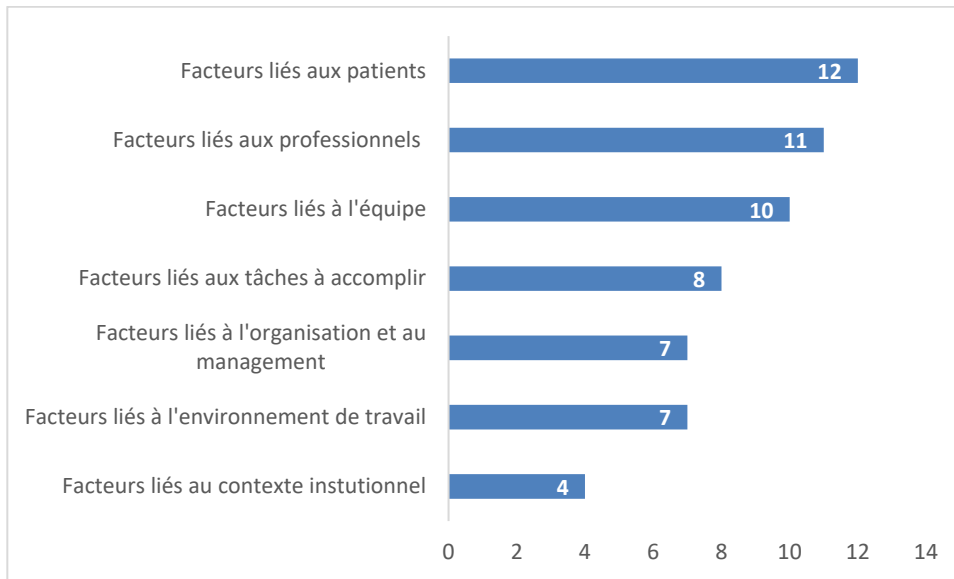
## Analyse des causes profondes identifiées

Un évènement indésirable grave associé aux soins est lié à de multiples causes profondes. L'étude a été réalisée à partir des causes décrites par le déclarant selon la grille ALARM (*Association of Litigation And Risk Management*) (23). Celle-ci est l'outil proposé dans le volet de déclaration des EIGS pour aider le déclarant à réaliser l'analyse des causes profondes de l'évènement. La grille est divisée en sept grandes catégories de causes listant chacune entre trois et huit natures de causes profondes (ou facteurs contributifs). Ce sont ainsi 37 natures de causes profondes qui sont proposées au déclarant. Dans chaque catégorie, le déclarant peut identifier une ou plusieurs causes (choix multiples). Le nombre de causes profondes peut donc être supérieur au nombre d'EIGS déclarés.

Selon les déclarants, les principales catégories de causes profondes des EIGS en lien avec la maltraitance de professionnels vers des patients sont celles concernant **les patients (12/16), les professionnels (11/16), et l'équipe (10/16)** (cf. Figure 7).

Neuf déclarants sur 16 ont identifié quatre catégories de causes profondes ou plus. On peut souligner que 3 déclarants sur 16 n'ont déclaré qu'une seule catégorie de causes profondes (celle liée au patient).





**Figure 7. Nombre de catégories de causes profondes sélectionnées (catégories de la grille ALARM) (nombre de déclarations d'EIGS = 16 ; choix multiple possible).**

### **Causes profondes liées au patient**

Les facteurs liés au patient ont été cités 12 fois sur 16 par les déclarants. Parmi ces facteurs, on retrouve majoritairement l'état de santé du patient (10 déclarations) ainsi que les antécédents du patient (5 déclarations ; exemples : pathologies cardio-vasculaires, antécédents de chute).

### **Causes profondes liées aux professionnels**

Les facteurs liés aux professionnels représentent la majorité des causes profondes citées par les déclarants (11/16). On retrouve surtout des problèmes de qualification ou de compétence (7 déclarations) puis des facteurs de stress physique ou psychologique (5 déclarations). Le non-respect des procédures est également cité quelques fois.

### **Causes profondes liées à l'équipe**

Parmi les 16 déclarations d'EIGS, 10 mettent en cause les facteurs liés à l'équipe.

Les problèmes de communication entre professionnels (5 déclarations) sont majoritairement retrouvés, ainsi que les demandes de soutien ou comportements face aux incidents (5 déclarations) et les difficultés liées aux informations écrites du dossier patient (4 déclarations).

D'après l'analyse des données textuelles, les problèmes de communication entre professionnels peuvent être liés aux difficultés relatives aux informations écrites (traçabilité des actes de soins ou des chutes).

Par ailleurs, sont soulignés les problèmes de remplacements (exemple : un tiers de l'équipe était composé de remplaçants).

### **Causes profondes liées aux tâches à accomplir**

Huit déclarants sur 16 rapportent des causes profondes en lien avec les tâches à accomplir qui concernent majoritairement les protocoles et procédures :

- défaut d'application de la procédure concernant la traçabilité des actes de soins dans le dossier patient ;
- manque de précisions concernant la procédure sur la dispensation des médicaments ;
- absence d'adhésion des professionnels aux procédures ;
- dans une déclaration, on note également l'absence de compte-rendu à la suite d'une consultation de chirurgie du patient.

### **Causes profondes liées à l'organisation et au management**

Les causes profondes liées à l'organisation et le management concernent 7 déclarations d'EIGS sur 16 et portent principalement sur la gestion des effectifs. Sont rapportées aussi une insuffisance de la promotion de culture sécurité des soins, notamment au niveau managérial, et l'insuffisance de la politique de formation de l'établissement sur la prévention et prise en charge des chutes.

### **Causes profondes liées à l'environnement de travail**

Sept déclarants sur 16 font état de causes profondes liées à l'environnement de travail. Plus particulièrement, il s'agit de difficultés liées à la charge de travail et au temps de travail (période pandémique de Covid-19, ratio de soignants par patient insuffisant entraînant une surcharge de travail), à l'agencement des locaux (configuration chambre-salle de bains) ou aux équipements.

### **Causes profondes liées au contexte institutionnel**

Les causes profondes liées au contexte institutionnel sont celles les moins citées par les déclarants (4/16).

Les données textuelles font état de difficultés liées à la politique de gestion des ressources humaines ainsi que de l'absence de position ou de portage institutionnel concernant, par exemple, le repérage de la maltraitance, la gestion des troubles du comportement des patients ou encore le dépistage de la souffrance psychologique chez les professionnels.

### **Analyse des barrières**

Les déclarants ont identifié des barrières qui ont fonctionné pour prévenir, récupérer ou atténuer les EIGS dans un peu plus de la moitié des déclarations (9/16) et des barrières qui n'ont pas fonctionné pour 5 d'entre elles. La variable n'est pas renseignée dans 2 déclarations.

Les barrières qui ont fonctionné sont le plus souvent en lien avec la réactivité des équipes et la surveillance accrue des patients et de leurs prises en charge.

## **6.2.2. Violence entre patients**

### **Caractéristiques des patients et des circonstances de l'EIGS déclaré**

#### **Population concernée**

Parmi les 42 déclarations d'EIGS concernées, 16 comportent des informations sur le sexe du patient. Quinze de ces 16 déclarations concernent des femmes.

### Âge des patients

De même, l'âge des patients n'est renseigné que dans 16 déclarations sur 42. La majorité des déclarations concernent des patients de moins de 30 ans (7 âgés de 20 à 30 ans, 4 de 15 à 20 ans et 1 entre 15 et 20 ans). On note qu'il y avait également 3 patients âgés de 60 ans et plus et 1 patient âgé de 50 à 60 ans.

En raison de la mauvaise complétude de la variable âge, une recherche dans les champs texte de la déclaration a été réalisée pour obtenir des informations complémentaires. Il en ressort que 11 déclarations sur 42 concernaient des patients mineurs, dont une patiente de 12 ans.

### Lieux et moments de survenue des EIGS déclarés

Dans la très grande majorité des déclarations (39/42), les violences entre patients sont survenues en secteur sanitaire et majoritairement en milieu psychiatrique (33/39).

Dans 3 déclarations sur 42, les violences sont survenues dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) : 2 déclarations en EHPAD et 1 déclaration en établissement médico-social pour adultes handicapés.

Enfin, 16 violences sur 42 sont survenues pendant une période où l'organisation des soins est vulnérable : il s'agissait de la nuit dans 12 déclarations, du week-end dans 8 déclarations, de l'heure du changement d'équipe dans 5 déclarations et d'une autre période vulnérable dans 4 déclarations.

### Conséquences des EIGS pour les patients

La conséquence principale de ces violences a été un probable déficit fonctionnel permanent (34/42). Une mise en jeu du pronostic vital a été rapportée dans 4 déclarations et 4 décès ont été signalés.

### Niveau de complexité de la situation clinique

La situation clinique a été jugée complexe dans 34 déclarations sur 42.

### Caractère évitable des EIGS déclarés

Un peu plus de la moitié des EIGS ont été jugés évitables ou probablement évitables (25/42). On note par ailleurs que la totalité des événements ayant conduit à un décès (n = 4) ont été jugés inévitables ou probablement inévitables par les déclarants.

### Analyse des causes immédiates

Parmi les 42 déclarations d'EIGS, **33 sont des violences sexuelles** (viols, attouchements, etc.).

Les causes immédiates des 9 violences non sexuelles entre patients se répartissent comme suit :

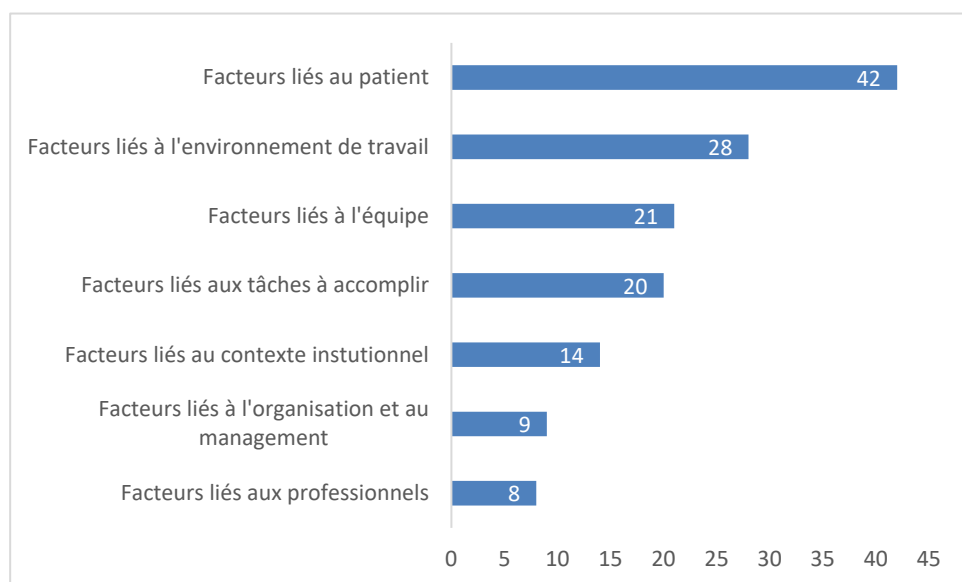
- le feu (1 déclaration) ;
- des morsures (1 déclaration) ;
- des coups de canne (1 déclaration) ;

- des coups de couteau (1 déclaration) ;
- des coups divers sur l'ensemble du corps (1 déclaration) ;
- un patient poussé par un autre patient (1 déclaration) ;
- une bagarre sans précision (2 déclarations) ;
- une tentative de défenestration d'un patient par des patients de la chambre voisine (1 déclaration). Cette déclaration est la conséquence d'une autre déclaration de violence sexuelle.

### Analyse des causes profondes identifiées

Selon les déclarants, les principales causes profondes des EIGS sont celles liées aux patients (42/42, soit la totalité des déclarations), à l'environnement de travail (28/42) et à l'équipe (21/42) (cf. Figure 8).

Vingt déclarants sur 42 ont identifié 4 catégories de causes profondes ou plus. On peut souligner que 7 déclarants sur 42 n'ont déclaré qu'une seule catégorie de causes profondes (celle liée au patient).



**Figure 8. Nombre de catégories de causes profondes sélectionnées (catégories de la grille ALARM) – (nombre de déclarations d'EIGS = 42 ; choix multiple possible).**

Les précisions relatives à chacune des sept catégories de causes profondes de la grille ALARM sur la survenue d'EIGS en lien avec des violences de patients envers des patients sont synthétisées ci-après.

### Causes profondes liées au patient

Les causes profondes liées au patient sont représentées dans l'intégralité des déclarations (n = 42).

L'état de santé a été déclaré comme étant un des principaux facteurs liés au patient (29/42). Il s'agit principalement de personnes vulnérables : personnes fragiles psychologiquement (dépression, addictions), personnes autistes, personnes ayant une déficience mentale, personne âgée, personnes ayant des troubles cognitifs.

La personnalité, les facteurs sociaux ou familiaux du patient sont mentionnés dans 25 déclarations sur 42. Les antécédents du patient ont été mentionnés dans 23 d'entre elles. On note également des antécédents de violence sexuelle dans 8 déclarations.

### **Causes profondes liées à l'environnement de travail**

Vingt-huit déclarants sur 42 rapportent des causes profondes en lien avec l'environnement de travail. Parmi elles, les facteurs liés aux locaux ont majoritairement été cités par les déclarants (17/28). Il s'agit principalement de locaux non fonctionnels (pas de fermeture des chambres, chambres ne se trouvant pas dans l'angle de vue des soignants, problème d'architecture des locaux). Vient ensuite la problématique des effectifs (en nombre) mise en avant dans 5 déclarations.

### **Causes profondes liées à l'équipe**

Les causes profondes liées à l'équipe représentent la moitié de celles citées par les déclarants (21/42). Dans 9 déclarations sur 21, sont soulevés des problèmes de communication entre professionnels. Cela se traduit par un manque de transmissions et de coordination entre les équipes (défaut de communication entre soignants et éducateurs, absence d'avis du chef de pôle, absence de soutien médical). La problématique de l'organisation de l'équipe pour une continuité de surveillance pendant les temps de transmission est soulignée par les professionnels.

Dans 8 déclarations sur 21, des problèmes d'informations écrites dans le dossier du patient ont été mis en avant. Dans 6 déclarations sur 21, il s'agit de problèmes de transmissions et d'alertes.

D'après l'analyse des données textuelles, les problèmes de communication entre professionnels sont le plus souvent dus à un défaut de traçabilité dans le dossier patient, ce qui rejoint les difficultés liées aux informations écrites soulignées également par les déclarants. On relève également une absence ou une incomplétude de compte-rendu d'hospitalisation de l'établissement d'amont qui aurait permis d'évaluer le profil du patient (pas de signalement des antécédents d'agression sexuelle).

Dans 5 déclarations sur 21, des problèmes de communication vers le patient et ses proches ont été soulignés (exemple : difficulté de communication des soignants avec les patients ayant des troubles cognitifs).

### **Causes profondes liées aux tâches à accomplir**

Les causes profondes liées aux tâches à accomplir ont été citées par près de la moitié des déclarants (20/42).

Plus précisément, ce sont surtout les facteurs liés aux protocoles (13/20) qui ont été le plus souvent mis en avant. On peut citer : l'absence de procédure sur la conduite à tenir en cas d'agressions sexuelles (dans certaines déclarations, elle était en cours de signature ou de validation), l'existence de procédures incomplètes (quand faire appel aux forces de l'ordre, la conduite à tenir vis-à-vis du patient, le lien avec l'unité médico-judiciaire, la nécessité d'un dépôt de plainte pour réaliser des prélèvements, etc.), non applicables, ou encore de procédure non connue de l'équipe.

Dans les 7 autres déclarations, des facteurs en lien avec la programmation et la planification des tâches ont été mentionnés (absence de soignants dans les couloirs lors des transmissions ; deux soignants en même temps dans l'unité empêchant une surveillance appropriée dans l'autre unité).

### **Causes profondes liées au contexte institutionnel**

Quatorze déclarants sur 42 rapportent des causes profondes en lien avec le contexte institutionnel.

Dans 4 déclarations sur 14, on relève un problème de signalement (exemple : culture sécurité patient insuffisamment développée, ne permettant pas l'identification des comportements à risque).

S'agissant des politiques de santé, les déclarants ont souligné l'insuffisance de places pour les patients avec retard mental, ou instables, et la réintégration dans un service de soins d'un patient « potentiellement violeur ».

### **Causes profondes liées à l'organisation et au management**

Les causes profondes liées à l'organisation et au management concernent 9 déclarations d'EIGS sur 42.

Dans 3 déclarations sur 9, on note une politique de formation continue insuffisante (formation en santé mentale, formation en éducation du patient).

Dans 3 autres déclarations, des difficultés de la gestion des ressources humaines ont été indiquées (problème d'effectifs, gestion des plannings pendant la crise Covid-19).

Par ailleurs, dans une déclaration, il est souligné l'absence de plan d'action formalisé pour des situations similaires déjà survenues mais n'ayant pas été déclarées.

### **Causes profondes liées aux professionnels**

Les causes profondes liées aux professionnels sont celles les moins citées par les déclarants (8/42).

Dans 4 déclarations sur 8, sont cités des facteurs de stress physique ou psychologique (fatigue des soignants, patients impressionnants par leur carrure, etc.).

Le manque de qualification du professionnel est mentionné dans 5 déclarations sur 9 (manque de connaissances sur la sexualité des patients ou sur le domaine de la santé mentale ou la médecine palliative).

### **Analyse des barrières**

Dans 19 déclarations, les déclarants ont identifié des barrières qui ont fonctionné pour prévenir, récupérer ou atténuer les EIGS. Dans 18 autres déclarations, des barrières qui n'ont pas fonctionné ont été identifiées. La variable n'était pas renseignée dans 5 déclarations.

Les barrières qui ont fonctionné sont, par exemple, la réactivité des équipes qui a permis de prendre en charge très rapidement le patient, les formations OMEGA<sup>19</sup> à la gestion de la violence ou encore la formation aux gestes d'urgence.

---

<sup>19</sup> Il s'agit d'un programme d'origine canadienne : l'accent est mis sur l'analyse et la gestion des situations à risque de violence et sur la place des techniques de désamorçage ; il s'agit d'aider l'intervenant à prendre confiance et à gérer ses émotions face à une situation présentant un risque de violence (24).

## 6.3. Préconisations

Les préconisations listées ci-dessous ne concernent que les facteurs de risque de maltraitance ou de violence identifiés au cours de l'analyse des déclarations d'EIGS. Ainsi, elles ne reprennent pas toutes les recommandations concernant les facteurs de risque déjà cités dans les précédents travaux réalisés par la HAS (ou avec son appui méthodologique) (12, 16, 17, 20, 25, 26) ou par d'autres organismes (21, 22). Celles-ci restent cependant complètement valides. Ces préconisations s'adressent aux professionnels de santé et aux structures de soins.

### 6.3.1. Préconisations sur la maltraitance

#### Acculturer les établissements et les professionnels à la gestion des risques en lien avec la maltraitance

1. Sensibiliser les professionnels à ne pas cacher les conséquences d'un acte de maltraitance (exemple : chute d'un patient à la suite d'un acte maltraitant du professionnel).
2. Favoriser et organiser le circuit de déclaration des situations de maltraitance en interne (tous les niveaux de gravité des événements indésirables associés aux soins peuvent être concernés) et en externe auprès des autorités compétentes<sup>20</sup>.
3. Améliorer la qualité de l'analyse des EIGS liés à la maltraitance par les déclarants pour permettre de tirer des enseignements plus nombreux et plus pertinents des déclarations<sup>21</sup>. Favoriser l'analyse collective de celles-ci tant au niveau institutionnel qu'au sein des équipes (12, 18, 19, 27, 28).
4. Définir un plan de prévention et de gestion des risques de la maltraitance au regard des risques identifiés (exemples : sous-effectifs, turnover du personnel, formation, matériel inadapté, protocole de prise en charge) en associant l'encadrement et la gouvernance. Vérifier que les conditions d'exercice des professionnels sont réunies pour assurer la bientraitance dans les moments sensibles (accueil, prise en charge de la douleur, toilette, annonce...) (16, 18, 19, 28).
5. Créer et diffuser une procédure de gestion de crise en cas de maltraitance, une charte de bientraitance affichée dans le service avec des messages clés et mise à disposition des usagers, ainsi qu'un livret sur la bientraitance comportant des fiches pratiques pour les professionnels (exemples : respect, communication et écoute) (16, 29).

#### Favoriser le travail en équipe

6. Apprendre à gérer une crise toujours en équipe et jamais seul<sup>22</sup>. Dédramatiser dès que possible la situation de maltraitance en équipe en libérant la parole des professionnels de santé et en proposant un accompagnement des professionnels concernés.

<sup>20</sup> L'Inspection générale des affaires sociales a été saisie en novembre 2022 pour évaluer les circuits d'alerte (et de signalement) de la maltraitance pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux des secteurs handicap, grand âge, petite enfance, précarité, protection de l'enfance et de la jeunesse.

<sup>21</sup> La qualité de l'analyse des causes profondes de 10 EIGS liés à la maltraitance sur 16 a été jugée insuffisante ou très insuffisante par le comité d'experts de la HAS.

<sup>22</sup> L'absence de concertation entre les acteurs en charge de différentes réponses est bien l'un des plus grands défis pour ne pas reproduire, voire amplifier, la maltraitance initiale mais la résoudre durablement et dans toutes les dimensions nécessaires (17).

7. Améliorer le travail en équipe, notamment en partageant les informations entre les professionnels et en traçant celles-ci dans le dossier patient. **En effet, l'amélioration de la communication et du travail en équipe reste toujours un facteur important pour prévenir ou atténuer les EIGS.**

### Impliquer les patients

8. Impliquer la commission des usagers et le conseil de vie sociale afin **de mieux prendre en compte le point de vue des patients/résidents et leurs proches au sein des actions immédiates et des plans d'action** (16, 30).

9. Déployer des modalités d'écoute quotidienne de l'expérience des patients et tout particulièrement pour les patients dans les moments sensibles de vulnérabilité<sup>23</sup> (18, 19).

### Former les professionnels de santé

10. Former les professionnels à la détection, à la prise en charge des situations de maltraitance envers les patients, en s'appuyant, par exemple, sur des kits de formation ou des vidéos de cas concrets de maltraitance (17-19, 28, 33).

11. Utiliser les techniques de simulation en santé afin :

- d'actualiser et renforcer les savoirs fondamentaux (savoirs, savoir-faire et savoir-être) ;
- de permettre d'apporter les réponses les mieux adaptées pour prévenir et gérer les moments de violence entre patients dans les services de psychiatrie ou les situations de maltraitance de manière générale.

12. Afin d'éviter qu'un professionnel ne soit maltraitant envers un patient, proposer aux professionnels une formation OMEGA<sup>8</sup> sur la gestion de la maltraitance, de l'agressivité et de la violence ainsi qu'aux gestes et postures afin de bien utiliser le matériel médical à disposition.

## 6.3.2. Préconisations spécifiques aux violences entre patients

Tout comme pour la maltraitance, il est important également de sensibiliser les professionnels à ne pas cacher les conséquences d'un acte de violences entre patients, de dédramatiser dès que possible la situation en équipe en libérant la parole des professionnels de santé et en proposant un accompagnement des professionnels concernés.

### Préconisations relatives à la prévention des violences entre patients dans le secteur psychiatrique

Dans le cadre spécifique de la prévention et de la prise en charge des moments de violence chez les patients adultes hospitalisés en service de psychiatrie, la HAS propose déjà 15 programmes d'amélioration des pratiques (en prévention initiale, à l'accueil du patient et en cours d'hospitalisation ; en prévention secondaire, lorsqu'une crise doit être désamorcée ; en prévention tertiaire, dans les suites d'un incident violent). Des enjeux transversaux de prévention de la violence sont aussi abordés dans ces programmes dont le rôle de la gouvernance, la dynamique d'équipe ou encore le développement des

<sup>23</sup> Des outils types bandes dessinées sont disponibles aussi bien pour les professionnels que pour les patients (31, 32).



compétences. La HAS a également élaboré 14 outils d'amélioration des pratiques dans le cadre de la prévention de la violence (12).

### **Recueillir l'intégralité des informations du patient tout au long de son parcours**

1. Utiliser la « check-list » proposée par la HAS pour mener l'évaluation pluriprofessionnelle du patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation, en particulier dans la perspective de prévenir les moments de violence (12).
2. Dès son arrivée en hospitalisation, explorer la sexualité du patient et identifier les facteurs de vulnérabilité sexuelle (antécédents personnels de violence sexuelle, déficience mentale) : recourir à des outils tels que le « violentomètre » utilisé dans des établissements de santé mentale (34).

### **Surveiller et sécuriser les locaux**

3. Afin de permettre une meilleure surveillance visuelle et effective, prévenir le risque lié aux personnes vulnérables en sectorisant les patients selon leur degré de vulnérabilité : installer les patients considérés comme « vulnérables » ou au contraire à risque de passage à l'acte dans une chambre proche du poste de soins infirmiers, et réorganiser si besoin l'équipe soignante avec un soignant qui reste présent au sein de l'unité pendant le temps des transmissions (20).
4. Dans le cadre de la sécurisation des locaux, limiter le nombre de chambres doubles, rappeler régulièrement au patient la possibilité de fermer sa chambre à clé et mettre en place des dispositifs appropriés (exemple : contrôle d'accès par badge aux chambres) (20).
5. Mettre en place une surveillance accrue d'un mineur ou d'un jeune patient majeur hospitalisé dans un service adulte (18).

### **Former les professionnels de santé**

6. Former les professionnels aux stratégies de désamorçage de situations à risque de violence entre patients (les « petites frictions » du quotidien, la montée en tension et les situations de crise).
7. Afin de prévenir les violences sexuelles entre patients dont les viols, former les professionnels de santé médicaux et paramédicaux sur la sexualité des patients, notamment en milieu fermé<sup>24</sup> (20).

### **Mettre le patient au cœur des soins**

8. Informer le patient tout au long de son parcours de soins sur la sexualité en établissement : dès l'admission d'un patient, évoquer avec lui le règlement sur les relations sexuelles au sein de l'établissement ; au cours de l'hospitalisation du patient, développer des ateliers d'éducation sexuelle entre patients (20, 35).
9. Former les patients mineurs sur les violences sexuelles (20, 36).

---

<sup>24</sup> Une étude a montré que plus de 80 % des soignants rapportaient une absence de formation relative à la prise en charge d'agressions sexuelles et de viols. Cette absence de formation participe à une réticence des soignants à évoquer la sexualité avec les usagers, souvent du fait de représentations erronées, comme la crainte d'entraîner des réactions émotionnelles négatives en évoquant ce sujet (20)

10. Soutenir la maison des usagers<sup>25</sup>, si elle existe, pour intégrer une information sur la sexualité (30, 37).

### **Préconisations relatives à la gestion immédiate en cas de violence sexuelle entre patients**

1. Connaître et appliquer la procédure sur la conduite à tenir en cas de violence sexuelle entre patients.
2. En cas d'agression sexuelle, préserver les éléments de preuve de l'agression (vêtements, linge de lit, etc.) et mettre en place un traitement antirétroviral si nécessaire (20).
3. Proposer au patient et à son entourage de la psychoéducation<sup>26</sup> concernant les symptômes de stress pouvant se manifester lors de l'agression et au décours, l'évolution possible de la symptomatologie vers un trouble de stress post-traumatique à distance, ainsi que les stratégies d'adaptation (38).
4. Proposer au patient des techniques de verbalisation des émotions telles que le *defusing*<sup>27</sup> (38).

### **Préconisations dans le cadre de violences entre patients survenant dans le secteur médico-social**

1. Informer le patient tout au long de son parcours de soins sur la sexualité en structure médico-sociale, développer des ateliers d'éducation sexuelle entre patients (36).
2. Améliorer la complétude du projet de vie personnalisé : systématiser pour chaque résident les modalités d'expression de sa sexualité et le tracer dans le dossier patient informatisé et lors des synthèses de vie annuelles.
3. Mettre à disposition une plateforme psychologique de soutien aux EHPAD ou faire intervenir des psychologues extérieurs.

## **6.4. Perspectives**

Les situations de maltraitance représentent un sujet d'actualité avec la mise en place en 2023 des « États généraux de la maltraitance » par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. De nombreuses publications sur le sujet devraient paraître fin 2023 ou courant de l'année 2024.

Par ailleurs, la HAS va produire d'ici le premier trimestre 2024 un guide court sur le déploiement de la bientraitance et la gestion des signaux de maltraitance (repérage, analyse), ainsi que la déclinaison opérationnelle d'un ou plusieurs outils de retour d'expérience (25). La HAS va réaliser également un guide court sur l'évaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur les personnes âgées en situation de vulnérabilité (26).

Enfin, une évolution de la définition des EIGS dans le décret du 25 novembre 2016 serait à envisager pour pouvoir prendre en considération les violences sexuelles entre patients. En effet, elles devraient pouvoir être considérées comme graves, leurs conséquences psychologiques à court, moyen, long terme sur le patient n'étant pas toutes connues au moment de la déclaration du fait de leur nature (39).

---

<sup>25</sup> Une circulaire du ministère de la Santé du 28 décembre 2006 incite les établissements de santé à mettre en place un dispositif de type « maison des usagers ». Il s'agit de promouvoir un lieu d'accueil, d'échanges, d'écoute, d'expression et d'information pour les usagers et les associations (37).

<sup>26</sup> La psychoéducation donne certaines connaissances au patient qui permettent de normaliser ses ressentis, de comprendre les réactions qui ont pu survenir ou qui sont présentes actuellement. Cela peut rassurer et/ou diminuer les sentiments de honte ou de culpabilité (38).

<sup>27</sup> Le *defusing* (ou déchochage) est une intervention psychologique d'urgence pour des personnes qui ont été confrontées à un événement traumatique. Le principe réside dans la verbalisation immédiate des émotions ayant été vécues durant et à la suite de l'évènement (38).

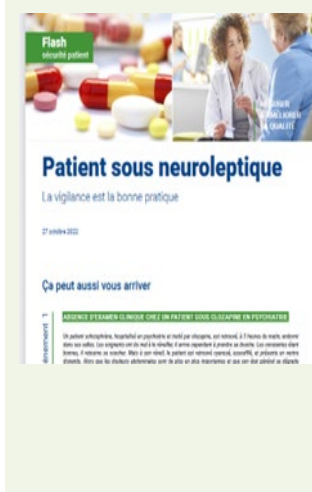
# 7. Autres actions pour promouvoir la culture sécurité

## 7.1. Retour sur les flashs sécurité patient (FSP)

Depuis 2021, la HAS propose la 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.

Au total, 12 FSP (10) ont été publiés en 2021 et 2022 dont deux nouveaux par rapport au précédent bilan annuel.

### Flash sécurité patient : « Patient sous neuroleptique : la vigilance est la bonne pratique »



Ce FSP s'intéresse à la survenue d'évènements indésirables liés au manque de suivi de patients sous traitement neuroleptique.

Une surveillance régulière est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients. Cette surveillance peut s'articuler autour :

- de l'**information** du patient et de son entourage sur le bon usage des médicaments psychotropes et leurs possibles effets secondaires ;
- du **dépistage** des facteurs de risque du patient ou de toute interaction du traitement ;
- de la **surveillance** des effets neurologiques, métaboliques, biologiques et cardio-vasculaires ;
- de la **sensibilisation et de la formation** des professionnels de santé à la prise en charge des patients traités par neuroleptique et aux risques encourus.

Ce FSP a été élaboré en collaboration avec les OMÉDITs.

### Flash sécurité patient : « Téléconsultation : à distance, redoubler de vigilance »



Ce FSP permet d'alerter et de sensibiliser les professionnels de santé à la survenue d'EIGS qui auraient pu être évités par un respect des règles de bonnes pratiques avant, pendant et après le déroulement de la téléconsultation.

Les **3 messages clés** sont :

- les spécificités de la téléconsultation doivent être prises en compte en menant un interrogatoire clinique adapté ;
- si la téléconsultation n'est pas adaptée, le patient doit pouvoir bénéficier d'un examen physique ;
- la coordination avec les autres professionnels de santé est indispensable.

## 7.2. Autres actions réalisées en 2022

La majorité des actions réalisées en 2022 portait sur la communication des travaux issus de l'analyse des déclarations d'EIGS, aussi bien par la HAS que par les parties prenantes œuvrant pour améliorer la sécurité des patients. On note ainsi :

- la participation de la HAS à la Semaine de sécurité des patients en novembre 2022 (40) dont la thématique était les événements indésirables associés aux soins (EIAS)<sup>28</sup>, avec notamment la publication d'une page dédiée sur le sujet<sup>29</sup> et du bilan annuel des EIGS déclarés en 2021 ;
- la présentation de ce bilan annuel des EIGS 2021 et des FSP publiés aux réseaux et partenaires (par exemple, lors des journées régionales des ARS, de la journée des responsables de signalement d'IAS, des 10 ans de la SOFGRES...) ;
- le relais des FSP par les partenaires tels que les OMÉDITs ou les organismes agréés pour l'accréditation ;
- les interventions de la HAS dans des formations initiales et continues, notamment dans le cadre :
  - du diplôme inter-universitaire (DIU) « Gestion des risques » à la faculté de santé d'Angers ;
  - du DIU « Sécurité des patients en établissement de santé et risques associés aux soins » à l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine Paris-Saclay ;
  - de la formation des médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ;
  - du master « Vigilances et sécurité sanitaire » à l'université de Paris ;
  - du DIU « Simulation en sciences de la santé » des universités d'Angers, Tours et Caen.

## 7.3. Bilan de l'accompagnement des SRA dans la gestion des EIGS

Parmi les activités des SRA, l'accompagnement des professionnels pour déclarer, analyser et partager les EIGS prend une place de plus en plus prépondérante. Ainsi, en 2022, il a été rapporté 522 accompagnements à la suite d'un EIGS, contre 302 en 2021 (cf. figure 7).

Les accompagnements « complets » avec réunion d'analyse représentent 43 % des cas (cf. annexe 2). Les 57 % restants correspondent aux autres types d'accompagnement tels que des avis méthodologiques, des aides à la saisie du volet 1 et/ou 2, des aides à l'organisation de l'analyse ou encore des conseils sur la qualification en EIGS.

Les demandes d'accompagnement émanent de l'ARS (23 %), de l'équipe déclarante qui en a fait la demande directement (26 %) ou à la suite d'une demande notifiée dans le volet 1 (51 %).

Deux cents sessions de formation sur le signalement, l'analyse et le retour d'expérience lié aux EIGS ont été également réalisées par les SRA, permettant de former plus de 2 400 professionnels.

---

<sup>28</sup> Slogan de la Semaine de sécurité des patients 2022 : « Les EIAS (événements indésirables associés aux soins) : les déclarer, les gérer pour progresser ».

<sup>29</sup> [Haute Autorité de santé – La HAS participe à la Semaine de la sécurité des patients 2022 \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/haute-authorite-sante/la-has-participe-a-la-semaine-de-la-securite-des-patients-2022)



# EIGS 2022 ACCOMPAGNÉS PAR LES STRUCTURES RÉGIONALES D'APPUI (SRA)

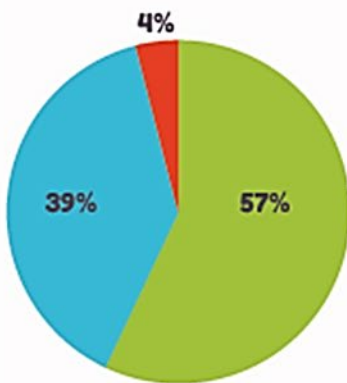
Au coeur de la Mission de Sécurité du Patient, les Structures Régionales d'Appui (SRA) accompagnent les professionnels en région pour déclarer, analyser et partager les Événements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS).

**522 accompagnements en 2022 suite à un EIGS**



## Origines des demandes d'accompagnement

- Suite à une demande notifiée dans le volet 1 : **51%**
- Suite à une demande de l'Agence Régionale de Santé : **23%**
- Suite à une demande directe de l'équipe déclarante : **26%**



## Formes des accompagnements

- Accompagnements complets avec réunion d'analyse : **43%**
- Autres types d'accompagnements :
  - Avis méthodologique et aide à la saisie du volet 2
  - Aide à l'organisation d'une analyse, notamment inter-structures
  - Conseils sur la qualification en EIGS et aide à la saisie du volet 1

## Secteurs des équipes déclarantes

- Soins de ville
- Secteur sanitaire
- Secteur social et médico-social

## Rencontres et formations

**200** sessions de formations réalisées sur le signalement, l'analyse et le retour d'expérience lié aux EIGS  
**2 442** professionnels formés lors de ces sessions

## 31 fiches RETEX pédagogiques publiées

- |                       |                          |                      |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| • Transport sanitaire | • Rupture de soins COVID | • HAD                |
| • Fausse route        | • Ingestion SHA          | • Contention         |
| • Suicide             | • Obstétrique            | • Handicap           |
| • Identitovigilance   | • Médicaments            | • Archives patients  |
| • Cluster COVID       | • Chutes                 | • Vestiaires patient |

**64 journées et webinaires régionaux en 2022**



sur les thématiques du signalement, de l'analyse et du retour d'expérience lié aux EIGS



Retrouvez la Structure Régionale d'Appui de votre région sur le site de la FORAP: [www.forap.fr](http://www.forap.fr)

Figure 9. EIGS déclarés en 2022 accompagnés par les SRA (données FORAP).

# Table des annexes

---

Annexe 1.	Critères de sélection des neuf grands regroupements	39
Annexe 2.	Focus sur les accompagnements complets des EIGS déclarés en 2022 (données FORAP)	41

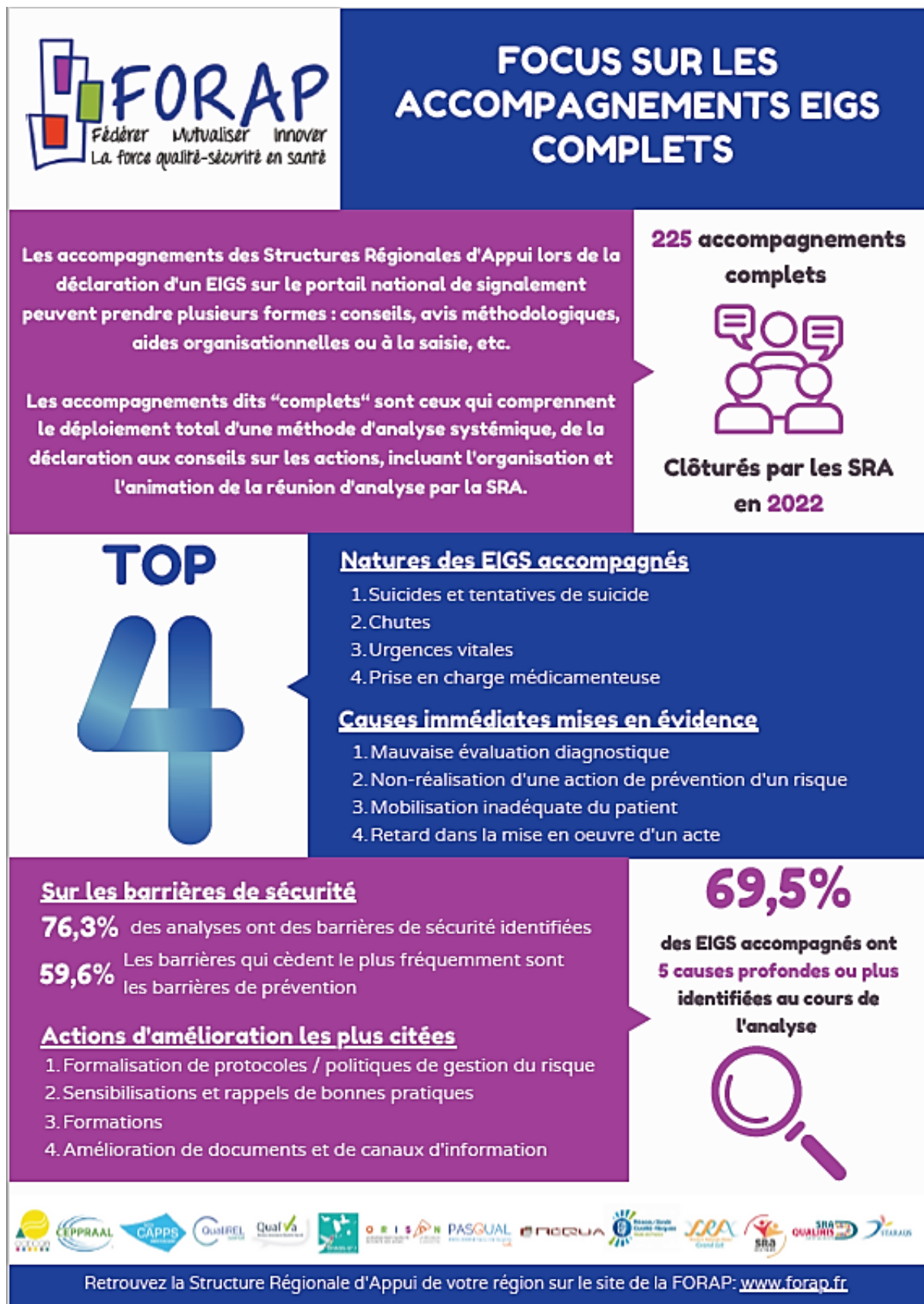
## Annexe 1. Critères de sélection des neuf grands regroupements

Regroupement	Critères de sélection	Exemples
Action du patient contre lui-même (hors obstétrique)	L'action du patient est directement à l'origine des conséquences	Suicides/tentatives de suicide – Actes mutilatoires graves : pendaison, défenestration, intoxication, mutilation... – Fugues – Sorties contre avis médical/refus de soins/inobservance
Erreurs médicamenteuses et iatrogénies médicamenteuses (hors obstétrique)	La cause relève du médicament au sens large, prescription, préparation, administration, surveillance	Défaut de surveillance des effets secondaires – Défaut de stockage et rangements – Problème de coagulation lié aux traitements (thrombose) – Erreurs liées aux produits sanguins – Erreurs de gaz (ex. : méopa au lieu de l'oxygène) – Inclure les effets iatrogènes des molécules (ex. : choc anaphylactique)
Erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic (hors obstétrique)	La cause évidente relève de la stratégie thérapeutique globale ou de l'interprétation des données du tableau clinique et des examens complémentaires	Erreurs en lien avec un acte/traitement/diagnostic incluant les erreurs de bonnes pratiques et erreur de diagnostic à distance (régulation, téléconsultation, téléexpertise, etc.) – Défaut de diagnostic (erreur, retard, mauvais, absence) – Défaut de stratégie médicale, erreur de procédure (lorsque les recos ne sont pas suivies) – Sous-estimation de la gravité/du risque de la situation clinique
Erreurs liées à une procédure opératoire ou anesthésique (hors obstétrique)	La cause évidente relève du geste technique invasif ou opératoire ou anesthésique (inadaptation, mauvaise réalisation, complication...), ou d'un geste radiologique interventionnel	Erreurs liées à un défaut d'utilisation de la checklist opératoire/interventionnelle – Poses et ablations de cathéter, ponctions, sondes gastriques, endoscopies – Brûlures au bloc, notamment départ de feu bistouri électrique – Hémorragies/thromboses post-chirurgicales – Situations de surirradiation
Erreurs en lien avec une prise en charge obstétricale	La cause évidente relève de tout ce qui englobe la prise en charge obstétricale, du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, incluant le post-partum immédiat (hors pédiatrie)	Fausses couches, IVG, IMG, etc. – Actes de césarienne – Accouchements voie basse – Éléments liés à la surveillance lors de l'accouchement – Actes du suivi de grossesse (amniocentèse, échographie obstétricale, etc.)
Erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (hors obstétrique)	La cause évidente relève de l'organisation du soin, notamment : le défaut de surveillance, défaut de prise en charge (par défaut de prise en charge, on entend retard, absence et mauvaise prise en charge)	Défauts de surveillance – Défauts d'évaluation de mise en œuvre de moyens pour des chutes, des fausses routes, de contention – Défaut de prise en charge (erreur, retard, mauvais, absence)
Erreurs liées au matériel, à l'infrastructure ou la stérilisation (hors obstétrique)	La cause évidente relève du matériel (dispositif médical [DM] sans produit de santé et DMI non disponible, non adapté...) ou de la stérilisation	Défauts d'utilisation de DM sans produit de santé et DMI non disponible, oublié, non adapté... ou de la stérilisation – Défaillances au niveau du matériel des infrastructures (portes, alarmes incendie, vidéosurveillance...), ou encore les moyens de secours inadaptés
Erreurs liées à l'information et aux systèmes d'information (hors obstétrique)	La cause évidente relève de la défaillance de transmission de l'information au sens large de l'information (dossier du patient, système d'information, problème de transmission de l'information orale, etc.)	Problèmes de dossier informatisé, partiellement informatisé, papier – Problèmes de transmission d'information – Problématiques liées à l'interface homme/machine – Défaut d'information du patient et des proches

Regroupement	Critères de sélection	Exemples
Autre, sans cause évidente retrouvée	L'EIGS n'appartient pas aux lignes précédentes et il n'y a pas de cause évidente retrouvée (décès inexpliqués, complications sans cause)	Morts subites du nourrisson – Décès inattendus, personnes retrouvées sans vie (psy, EHPAD) Mais également qualité de la déclaration vraiment insuffisante



## Annexe 2. Focus sur les accompagnements complets des EIGS déclarés en 2022 (données FORAP)



# Références bibliographiques

---

1. Haute Autorité de santé. Retour d'expérience sur les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS). Rapport annuel d'activité 2018. Edition 2019. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/rapport\\_annuel\\_eigs\\_2018\\_vd-avecinfo.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/rapport_annuel_eigs_2018_vd-avecinfo.pdf)

2. 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.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/2020-12-10-rapport-annuel-eigs_vd.pdf)

3. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chaneliere M, Dupie I, Haeringer Cholet A, *et al.* Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). Mis à jour le 11 juin 2019. Bull Epidémiol Hebdo 2014;(24-25):410-6.

4. Michel P, Quenon J, Djihoud A, Bru Sonnet R. EVISA. Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. Rapport final. Bordeaux: CCECQA; 2009.

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_EVISAFinal\\_17aout09.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf)

5. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2022.

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_2022-2025\\_prevention\\_des\\_infections\\_et\\_de\\_l\\_antibioresistance.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf)

6. Santé publique France. Infections nosocomiales et traitements anti-infectieux en établissements de santé : résultats de l'enquête nationale de prévalence 2022. Saint-Maurice: SPF; 2023.

[https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/infections-nosocomiales-et-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-resultats-de-l-enquete-nationale-de-prevalence-2022#:~:text=Les%20%C3%A9sultats%20montrent%20une%20pr%C3%A9valence,2022%20\(%2B14%2C7%25\)](https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/infections-nosocomiales-et-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-resultats-de-l-enquete-nationale-de-prevalence-2022#:~:text=Les%20%C3%A9sultats%20montrent%20une%20pr%C3%A9valence,2022%20(%2B14%2C7%25))

7. Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

Définition des infections associées aux soins. Paris: DGS; DHOS; 2007.

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_vcourte.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf)

8. Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins. Journal Officiel 5 février 2017.

9. Santé publique France. E-sin : signalement externe des infections nosocomiales [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2023.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/articles/e-sin-signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

10. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. Mise à jour : 22/03/2022 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3240311/fr/flash-securite-patient](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240311/fr/flash-securite-patient)

11. Haute Autorité de santé. L'effet tunnel en santé. Comment faire pour en voir le bout ? De quoi s'agit-il ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/l-effet-tunnel-en-sante-comment-en-venir-a-bout.pdf>

12. Haute Autorité de santé. Guide méthodologique. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide\\_methodo\\_violence\\_hospi\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf)

13. Haute Autorité de santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante)

14. Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Journal Officiel 8 février 2022.

15. Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Démarche nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité. Paris: Commission nationale de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance; 2021.

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire\\_partage\\_de\\_la\\_maltraitance\\_des\\_personnes\\_en\\_situation\\_de\\_vulnerabilite\\_-\\_mars\\_2021-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf)

16. Haute Autorité de santé, FORAP. Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance\\_-\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf)

17. Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées. Promouvoir la bientraitance pour prévenir la maltraitance : kit de formation en ligne [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées; 2023.

<https://solidarites.gouv.fr/promouvoir-la-bientraitance-pour-prevenir-la-maltraitance-kit-de-formation-en-ligne>

18. Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel\\_certification\\_es\\_qualite\\_des\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/manuel_certification_es_qualite_des_soins.pdf)

19. Haute Autorité de santé. Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel\\_devaluation\\_de\\_la\\_qualite\\_essms.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf)

20. Belet B, Demeulemeester E, Ghestem L, Dupont F, Trimbur M, Wathelet M, *et al.* Violences sexuelles au sein des services de psychiatrie : la nécessaire prise de conscience derrière les tabous. *Ann Med Psychol* (Paris) 2023;181(6):575-81.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2023.04.003>

21. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. Québec: MSSS; 2022.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003402/>

22. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Ricour C, Desomer A, Pouppez C, Primus-de Jong C, Vinck I. Comment mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Belgique ? Synthèse KCE REPORT 331B. Bruxelles: KCE; 2020.

[https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_331B\\_Maltraitance\\_personnes\\_agees\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_331B_Maltraitance_personnes_agees_Synthese.pdf)

23. Haute Autorité de santé. Grille ALARM. Mis à jour le 30 mars 2022 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1215806/fr/grille-alarm](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm)

24. Haute Autorité de santé. Rapport bibliographique. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport\\_biblio\\_violence\\_hospi\\_psy\\_en\\_attente.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_biblio_violence_hospi_psy_en_attente.pdf)

25. Haute Autorité de santé. Déploiement de la bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en institutions (repérage et analyse). Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/note\\_cadrage\\_bientraitance\\_maltraitance\\_institutions\\_2023-05-11\\_15-35-4\\_387.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/note_cadrage_bientraitance_maltraitance_institutions_2023-05-11_15-35-4_387.pdf)

26. Haute Autorité de santé. Evaluation du risque de maltraitance intrafamiliale sur personnes majeures en situation de vulnérabilité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/nc\\_outil\\_mif\\_vd\\_pour\\_publication.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/nc_outil_mif_vd_pour_publication.pdf)

27. Haute Autorité de santé, FORAP. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide\\_lanalyse\\_des\\_evenements\\_indesirables\\_associes\\_aux\\_soins\\_eias.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf)

28. Qualirel. Webinaire sur la lutte contre les maltraitements en structure médico-sociale [En ligne]. Nantes: SRAE des Pays de la Loire ; 2023.

29. Groupe de travail SRA Grand Est. Livret bientraitance. Vandoeuvre-lès-Nancy: SRA Grand Est; 2022.

<https://sragrandest.org/wp/2021/05/12/groupe-de-travail-livret-bientraitance/>

30. Haute Autorité de santé. Renforcer la reconnaissance sociale des usagers pour leur engagement et leur participation dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Avis n° 2-2023 du conseil pour l'engagement des usagers. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/renforcer\\_la\\_reconnaissance\\_sociale\\_de\\_lengagement\\_des\\_usagers\\_-\\_guide.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/renforcer_la_reconnaissance_sociale_de_lengagement_des_usagers_-_guide.pdf)

31. Qualirel. Bande dessinée (BD) : "Histoire de patients". Tome 4 : mon intimité, j'y tiens. Et vous ? [En ligne]. Nantes: QualirelSanté; 2022.

<https://www.qualirelsante.com/publications-outils/bd-histoires-de-patients/>

32. Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées. Mieux prévenir et empêcher les maltraitances sur personnes vulnérables [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées; 2023.

<https://handicap.gouv.fr/mieux-prevenir-et-empêcher-les-maltraitances-sur-personnes-vulnerables>

33. Haute Autorité de santé, FORAP, CCECQA, GCS CAPPs Bretagne, Qualirel, Qualva, *et al.* Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance. Des vidéos pour questionner les pratiques. Guide de l'animateur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

[https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/guide\\_promouvoir\\_la\\_bientraitance\\_et\\_lutter\\_contre\\_la\\_maltraitance\\_forap\\_has.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/guide_promouvoir_la_bientraitance_et_lutter_contre_la_maltraitance_forap_has.pdf)

34. Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise. Les causes des violences sexuelles. Guide pratique et clinique pour identifier et prendre en charge les violences sexuelles. À destination des professionnels. Saint-André-lez-Lille: EPSM de l'agglomération lilloise; 2021.

35. Burtz M, Da Costa J, Bascou A, Moncany A-H. Ressentis des professionnels de santé sur la sexualité des patients hospitalisés en psychiatrie : une étude qualitative [in press]. *Ann Med Psychol (Paris)* 2023.

36. Haute Autorité de santé. Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/note\\_de\\_cadrage\\_vie\\_affective\\_et\\_sexuelle\\_dans\\_le\\_cadre\\_de\\_laccompagnement\\_en\\_essms\\_vas.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/note_de_cadrage_vie_affective_et_sexuelle_dans_le_cadre_de_laccompagnement_en_essms_vas.pdf)

37. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire n°DHOS/E1/2006/550 du 28 décembre 2006 relative à la mise en place de maisons des usagers au sein des établissements de santé. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CIRCULAIRE\\_NoDHOS12006550\\_du\\_28\\_decembre\\_2006.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CIRCULAIRE_NoDHOS12006550_du_28_decembre_2006.pdf)

38. Djahanbani S, Spodenkiewicz M, Bruneau L, Mascarel P, Rene E, Gillet C, *et al.* Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agression sexuelle : revue systématique de la littérature. *Ann Med Psychol (Paris)* 2022;180(6):533-42.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2021.08.016>

39. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins et aux structures régionales d'appui à la qualité et à la sécurité des patients *Journal Officiel* 27 novembre 2016.

40. Haute Autorité de santé. La HAS participe à la Semaine de la sécurité des patients 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3296748/fr/la-has-participe-a-la-semaine-de-la-securite-des-patients-2022](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3296748/fr/la-has-participe-a-la-semaine-de-la-securite-des-patients-2022)

# Participants

---

## Remerciements

### **Comité permanent d'analyse EIGS (ou experts EIGS) présents entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2022**

Docteur ABBEY Hélène, PH en santé publique, chargée de mission GDR SRA QualiREL Santé, hôpital Saint-Jacques – CHU Nantes

Docteur ANGELINI-TIBERT Marie-France, médecin, coordonnatrice des risques associés aux soins, SRA ORISON

Monsieur BEAUMONT Laurent, ingénieur qualité et GDR, CH spécialisé Le Vinatier, Bron

Madame BINET-DÉCAMPS Véronique, PH, coordonnatrice des risques associés aux soins, CH de Monaco

Madame BONNERRE Myriam, IDE, chargée de mission pôle qualité, à la retraite

Docteur BRAMI Jean, médecin généraliste, exercice libéral, Paris

Monsieur CHEVALIER Philippe, directeur d'établissement de santé et gestion des risques, à la retraite

Docteur D'ALCHE GAUTIER Marie-José, PH, qualité-GDR, chargée du déploiement des EPP et RMM, CHU Caen

Docteur DESCHAUX Serge, chirurgien-dentiste, exercice libéral, Rennes

Madame DIAGNE Fatou, cadre de santé, coordonnatrice régionale médico-sociale, ARS Île-de-France

Docteur DOLO Jean, PH, anesthésiste-réanimateur – SRA QUALIRIS, CH Sud Francilien, Corbeil-Essonnes

Docteur DUPUYCHAFFRAY Jean-Pierre, PH, chef de service d'hépatogastroentérologie, CH d'Angoulême

Docteur EYRIEY Emmanuel, gynécologue obstétricien, chef de service de la maternité du GHM de Grenoble

Madame MALLÉN Alexandra, responsable prévention et GDR KORIAN, direction qualité et GDR en France

Docteur MARTIN Olivier, médecin coordinateur SRA Grand Est, PH médecine polyvalente, Centre psychothérapeutique de Nancy

Professeur MERLE Véronique, médecin de santé publique, responsable du département de prévention des EIAS, GH du Havre

Docteur MOLL Marie-Christine, médecin, directrice scientifique, association la Prévention médicale, La Défense

Madame NOYON Isabelle, pharmacienne hospitalière, coordonnatrice de la qualité et GDR, hygiéniste, responsable identité-tovigilance CHU de Guadeloupe, directrice-coordonnatrice de SRA ORAQS-971

Docteur ORIOL Jean-Michel, médecin généraliste, exercice médical libéral, directeur de la SRA CEPPRAAL

Madame PEAN Stéphanie, pharmacienne, consultante en management des risques, SHAM RELYENS

Docteur PERUCHO Pierre, médecin anesthésiste-réanimateur/coordonnateur GDR, CH de Perpignan

Madame POLIZZI Patricia, cadre supérieure de santé, référente EIGS, chargée de mission qualité SRA PASQUAL

Madame ROBINSON Nathalie, cadre de santé IADE – GDR, École IADE CHU Bordeaux

Madame STACHOWIAK Marie-José, coordinatrice de SRA STARAQS IDF

Madame VABRE Juliette, pharmacienne hygiéniste, SRA RéQua, CH de Dole

Madame VASSEUR Roselyne, coordinatrice générale des instituts de formation initiale, centre de la formation et du développement des compétences – APHP



# Abréviations et acronymes

---

ALARM	<i>Association of Litigation And Risk Management</i>
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Antivitamine K ou antagoniste de la vitamine K
CME	Commission médicale d'établissement
COVIRIS	Comité des vigilances et des risques
CREX	Comité de retour d'expérience
DIU	Diplôme inter-universitaire
DM	Dispositif médical
DMI	Dispositif médical implantable
DPI	Dossier patient informatisé
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
ESPIC	Établissements de santé privés d'intérêt collectif
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FORAP	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques en santé
FSP	Flash sécurité patient
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IAS	Infections associées aux soins
IDE	Infirmier diplômé d'État
OMÉDITs	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
SAED	Situation antécédents évaluation demande
SAMU/SMUR	Service d'aide médicale urgente/Service mobile d'urgence et de réanimation
SAU	Service d'accueil des urgences
SOFGRES	Société française de gestion des risques en établissement de santé
SRA	Structure régionale d'appui
UFR	Unité de formation et de recherche
USC	Unité de surveillance continue

---

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

---

