



Bilan AP-HP des événements indésirables graves associés aux soins

2023 >>>

Septembre 2024

Dr Yên-Lan Nguyen, Gaëlle Le Gallais, Christelle Julien
Service Risques et Vigilances
Direction Qualité Partenariat Patient
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Dr David Osman
Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris



SOMMAIRE >>

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	4
I- DONNEES GENERALES	5
A- DONNEES ISSUES DU SYSTEME INFORMATISE DE SIGNALEMENT INTERNE DE L'AP-HP (OSIRIS ET OSIRIS 2).....	5
B- NOMBRE D'EIGS DECLARES A L'ARS ET EVOLUTION DEPUIS 2019	7
C- NOMBRE D'EIGS DECLARES A L'ARS PAR GHU ET COMPARAISON AVEC 2022	8
D- COMPARAISON DES CATEGORIES D'EIGS ENTRE L'AP-HP ET L'HAS	9
E- DELAIS A LA DECLARATION A L'AGENCE REGIONALE DE SANTE	10
F- CARACTERISTIQUES DES EIGS	11
II- EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES ASSOCIES AUX SOINS : REPARTITION PAR SPECIALITES (N=180) >>.....	15
A- EN CHIRURGIE (N=66).....	15
B- EN INTERVENTIONNEL (N=12).....	19
C- EN MEDECINE (N=61)	20
D- EN PSYCHIATRIE (N=4)	24
E- EN SOINS NON PROGRAMMES (N=36)	25
III- EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES ASSOCIES AUX SOINS PAR CATEGORIES HAS >>.....	28
A- ACTIONS DU PATIENT CONTRE LUI-MEME : TENTATIVES DE SUICIDES ET SUICIDES (N=6) 28	
B- ERREURS MEDICAMENTEUSES ET IATROGENIES (N=25).....	30
C- ERREURS LIEES AUX SOINS OU A L'ORGANISATION DES SOINS (N=61).....	34
D- ERREURS LIEES A UNE PROCEDURE OPERATOIRE OU ANESTHESIQUE (N=62)	40
E- AUTRES EIGS SANS CAUSE EVIDENTE RETROUVEE (N=4).....	50
F- ERREURS EN LIEN AVEC LA CLINIQUE ET LE DIAGNOSTIC (N=14)	51
G- ERREURS EN LIEN AVEC UNE PRISE EN CHARGE OBSTETRICALE (N=3)	54
H- ERREURS LIEES AU MATERIEL, A L'INFRASTRUCTURE OU A LA STERILISATION (N=6)	54
I- ERREURS LIEES A L'INFORMATION ET AU SYSTEME D'INFORMATION	55
IV- CONCLUSIONS >>.....	56

Remerciements sincères aux contributions des professionnels de santé, des gestionnaires de risques, des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins et des directions qualité, sans qui ce document n'aurait jamais pu voir le jour.

Bilan des EIGS présenté en CME le 9 Juillet 2024

Document validé le 3 Octobre 2024 par :

- ***Paule KUJAS (Directrice de la Direction Qualité Partenariat Patient – Siège AP-HP)***
- ***Pr. Catherine PAUGAM-BURTZ (Directrice Générale Adjointe AP-HP)***

INTRODUCTION >>

La publication annuelle du bilan des signalements des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de l'AP-HP a pour objectif de sensibiliser l'ensemble des professionnels à la culture de sécurité.

S'agissant d'un bilan des signalements, il ne fournit pas d'informations épidémiologiques sur l'ensemble des EIGS survenus à l'AP-HP au cours de l'année 2023, mais il permet d'approcher la dynamique du signalement et de donner de la visibilité à certains événements et aux enseignements qui en découlent. Il permet aussi de mesurer la qualité de la prise en charge de ces EIGS tant sur le plan de l'analyse, que de l'élaboration de mesures correctives et de la mise en œuvre de « barrières de sécurité ». Enfin il donne des informations sur le soutien apporté aux patients et à leurs proches dans les circonstances de survenue d'EIGS, mais aussi sur l'accompagnement des professionnels émotionnellement impactés.

Ce bilan est présenté pour la première fois par spécialité afin que chacun puisse à la fois, identifier plus facilement les situations à risque ainsi que les mesures de sécurité qu'il pourrait mettre en place dans son activité quotidienne.

I- Données Générales >>

A- Données issues du système informatisé de signalement interne de l'AP-HP (OSIRIS)

En 2023, 53 704 signalements ont été effectués sur le système informatisé de signalement interne de l'AP-HP (OSIRIS et OSIRIS 2). Ce nombre est stable en comparaison à 2022, mais de 15% inférieur à celui observé en 2019.

L'analyse par Groupe Hospitalo-Universitaire (GHU) (Figure 1) montre une hétérogénéité quantitative du signalement. Une première analyse grossière ne semble pas montrer de corrélation entre le nombre d'évènements signalés et le nombre de lits ou l'activité. Au sein des GHUs on note aussi des disparités entre les sites, sans corrélation apparente avec l'activité.

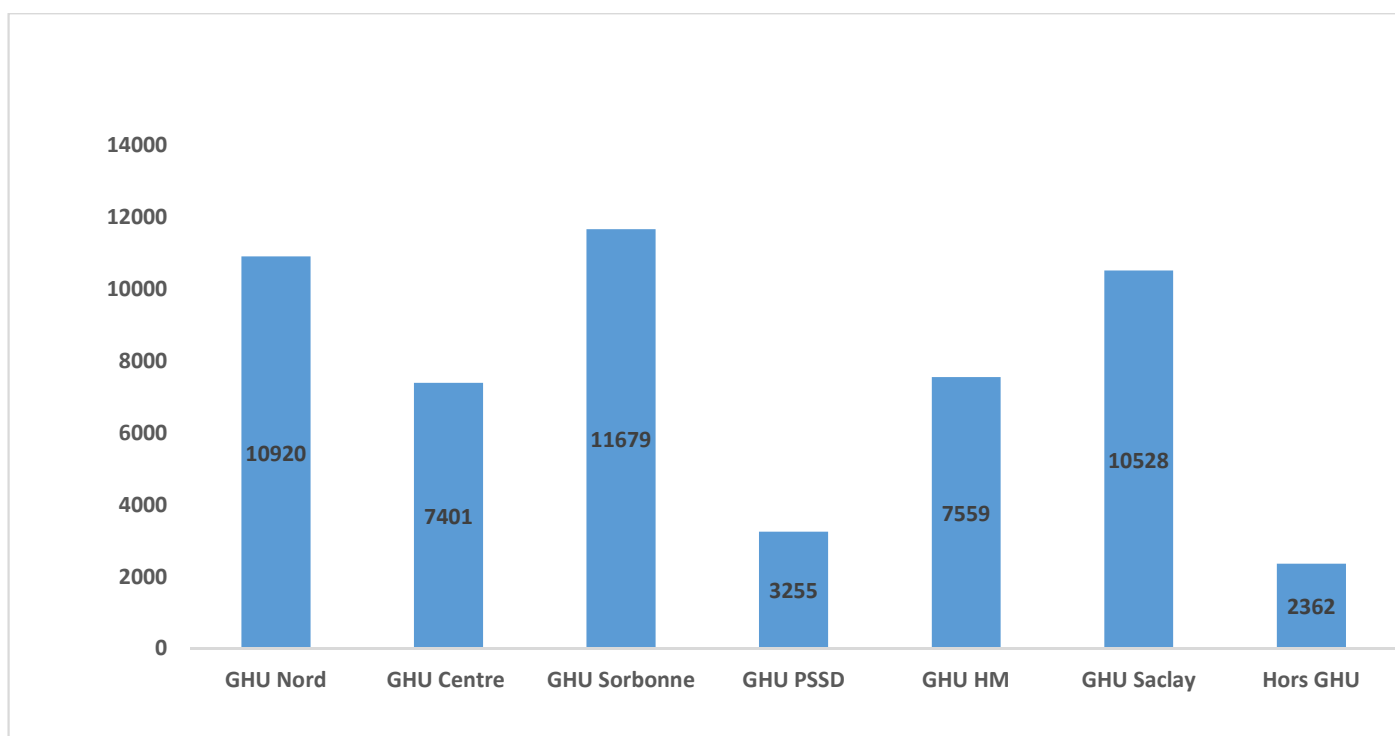


Figure 1: Signalement des évènements indésirables déclarés sur OSIRIS par GHU

Seul un évènement sur 10 répond à la typologie « évènements associés aux soins médicaux et paramédicaux » (Figure 2). Les erreurs médicamenteuses représentent moins de 5% des signalements.

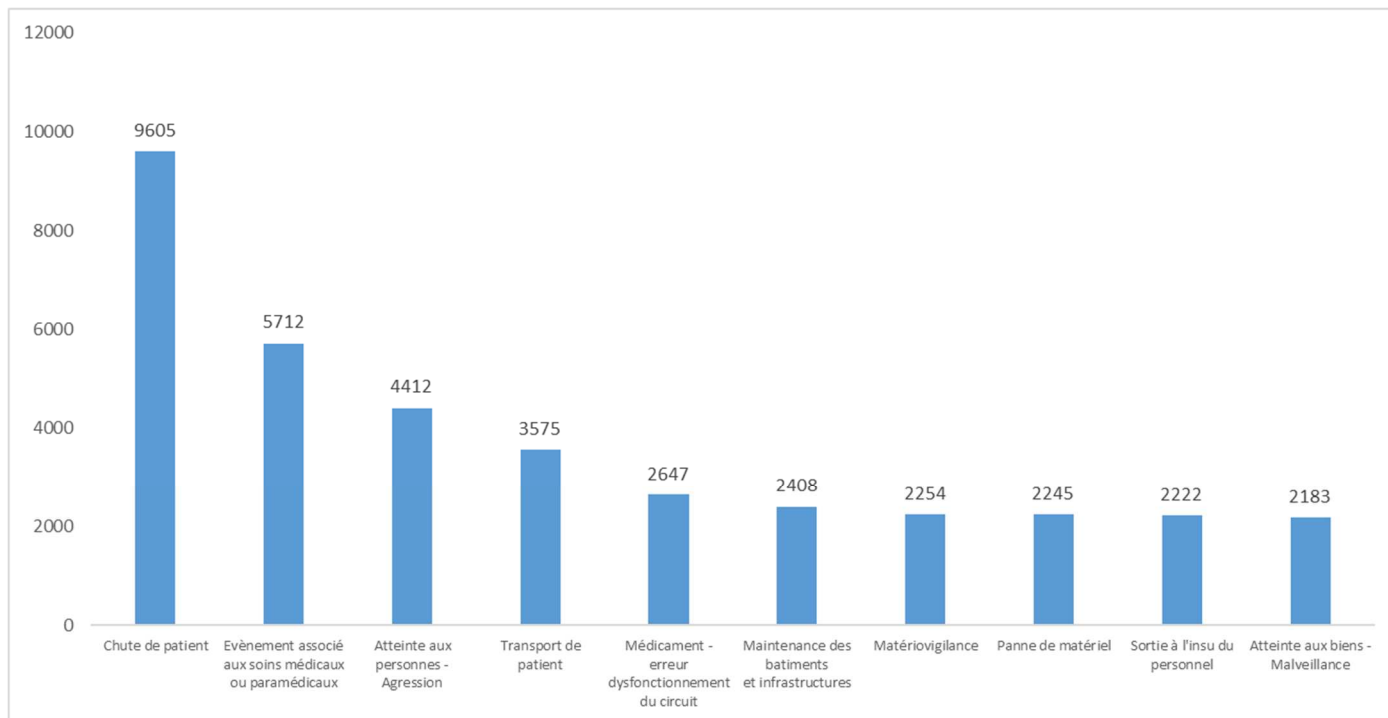


Figure 2 : signalements OSIRIS par catégories sur l'AP-HP

Le nombre de signalements OSIRIS lié à chacune des vigilances réglementaires (pharmacovigilance, matériovigilance et hémovigilance) (Figure 3) est pour chacun de ces domaines différent de celui transmis par les correspondants locaux des dites vigilances auprès des agences sanitaires concernées du fait de multiples circuits de signalements utilisés. En 2023, pour la matériovigilance, 2 254 OSIRIS ont mené à 320 déclarations ANSM. A l'inverse pour l'hémovigilance, le ratio est de 0,5 (310 signalements OSIRIS vs. 642 déclarés sur la base e-FIT¹) et pour la pharmacovigilance, le ratio est de 0,15 (403 OSIRIS vs. 2 570 signalements à l'ANSM). Ces écarts ne facilitent pas la réalisation d'une cartographie des risques.

¹ E-FIT : Système de déclaration et gestion des événements indésirables transfusionnels du Réseau National d'Hémovigilance.

Il permet l'enregistrement, le traitement, l'évaluation et l'investigation des incidents transfusionnels. Il contient les publications, annuaires et actualités pour les acteurs du réseau d'hémovigilance français. (Source : ANSM)

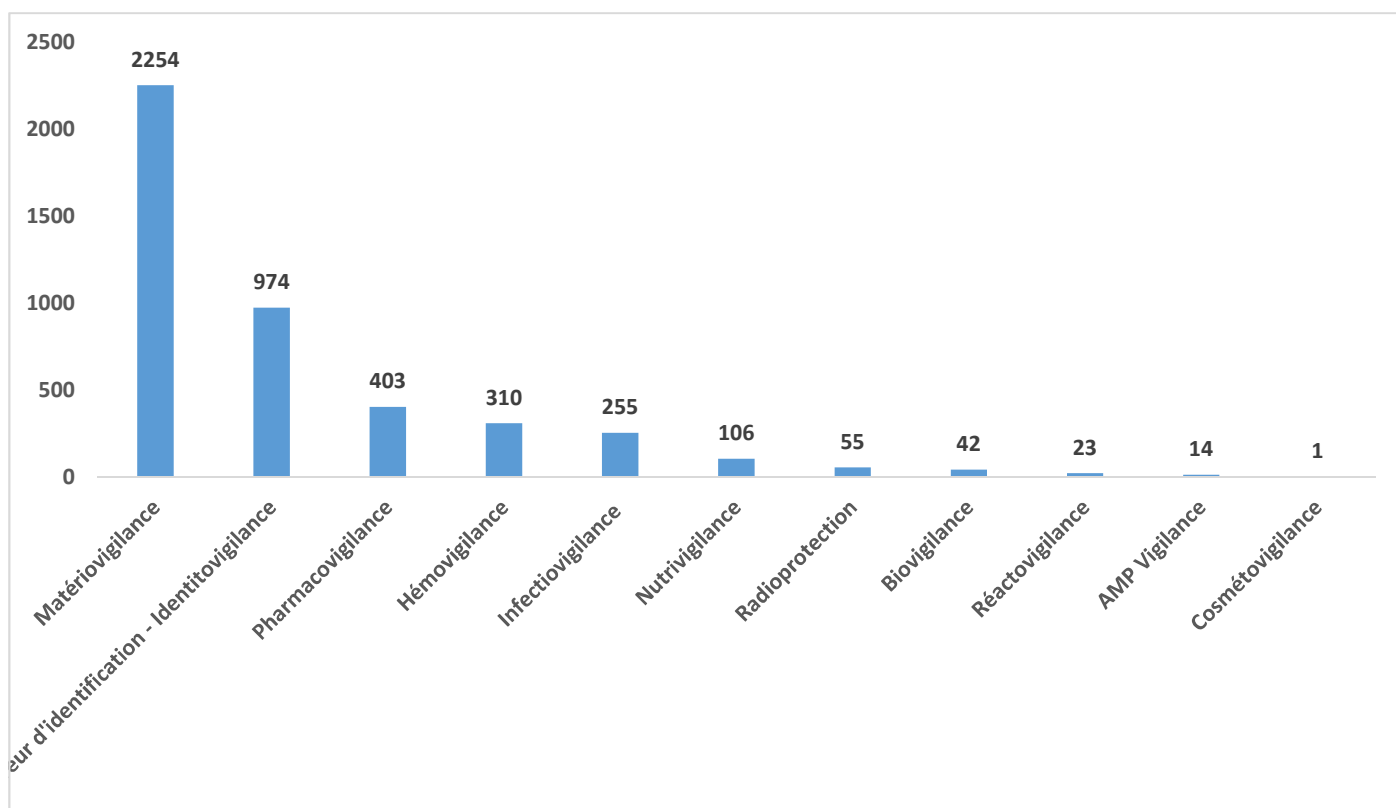


Figure 3 : Signalements aux correspondants locaux de vigilances

Le déploiement à l'AP-HP de la nouvelle version de l'outil de signalement interne (OSIRIS) et de ses modalités, devrait permettre de sensibiliser les professionnels à ce sujet et à mieux catégoriser leurs signalements.

B- Nombre d'EIGS déclarés à l'ARS et évolution depuis 2019

Cent quatre-vingt EIGS (Figure 4) ont été déclarés à l'ARS entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 Janvier 2024, dont 153 ont fait l'objet d'un volet 2 (synthèse de l'analyse approfondie réalisée, transmise selon un formulaire dédié à l'ARS) soit 85% (vs. 78% en 2022).

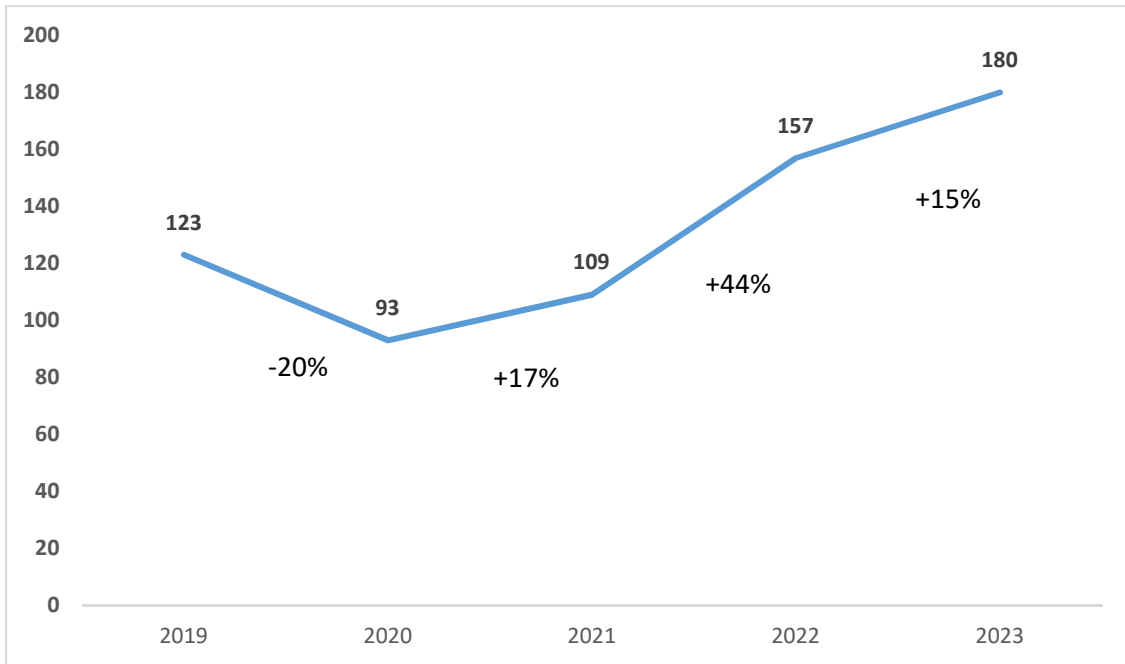


Figure 4 : Evolution du nombre d'EIGS à l'AP-HP entre le 1^{er} Janvier 2023 et le 31 Janvier 2024

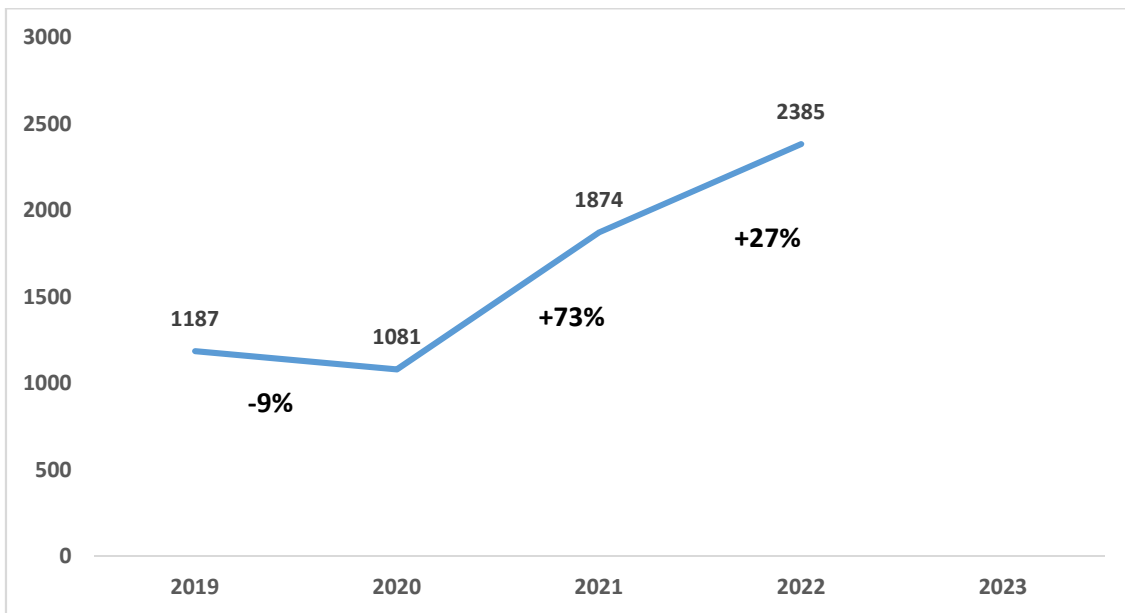


Figure 5 : Evolution du nombre d'EIGS déclarés à l'HAS entre 2019 et 2022

Bien que la déclaration soit en augmentation à l'AP-HP, la dynamique est moins importante que celle observée à l'échelle nationale depuis 2020 (Figure 5).

C- Nombre d'EIGS déclarés à l'ARS par GHU et comparaison avec 2022

L'analyse par GHU (Figure 6) montre également une hétérogénéité des déclarations d'EIGS qui ne semble pas non plus corrélée à l'activité (Tableau 1). On note une forte augmentation ($\geq 30\%$) de déclarations d'EIGS sur les GHU Nord, Saclay et hors GHU.

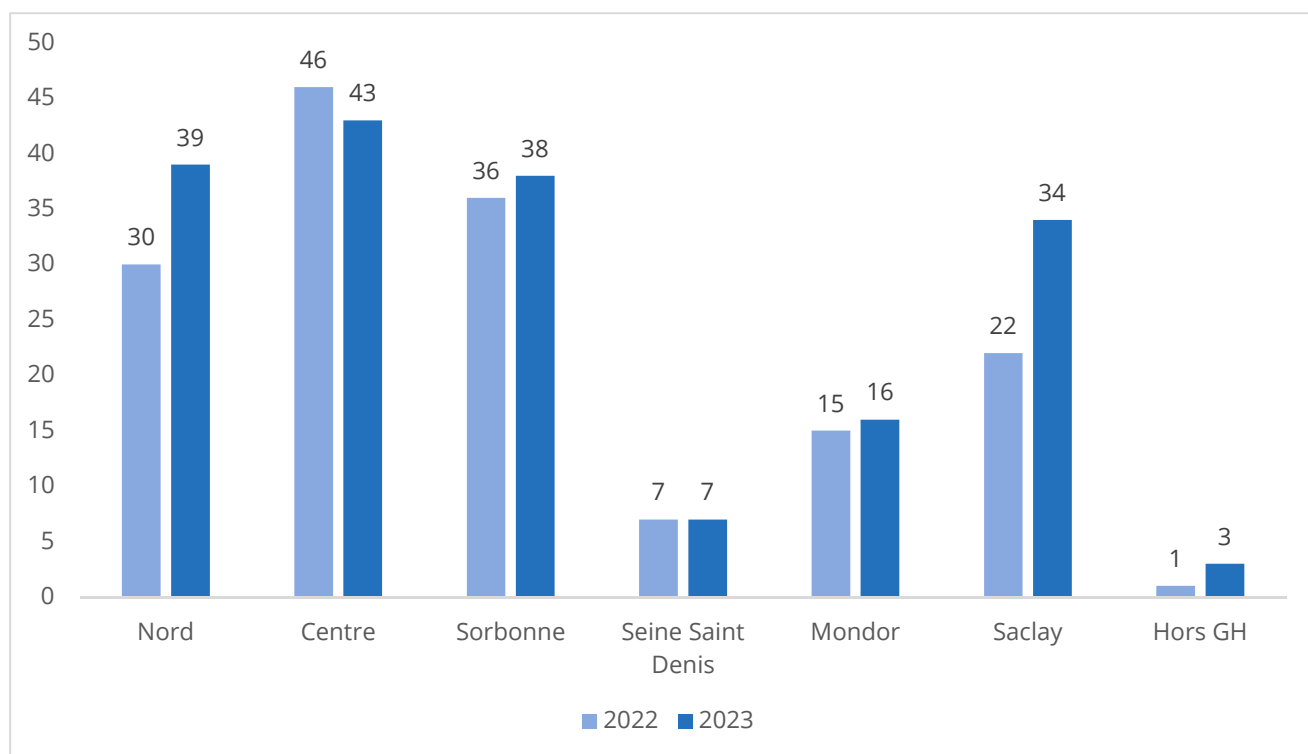


Figure 6 : Nombre d'EIGS par GHU entre 2022 et 2023

	Nord	Centre	Sorbonne	Seine Saint Denis	Mondor	Saclay	Hors GH
Nb de lits	3900	4000	4036	1146	2490	3187	438
Nb de services	136	146	161	66	94	190	11
Nb d'EIGS déclarés à l'ARS	39	43	38	7	16	34	3

Tableau 1 : Nombre d'EIGS déclarés à l'ARS vs Nombre de lits

D- Comparaison des catégories d'EIGS entre l'AP-HP et l'HAS

Après catégorisation des EIGS 2023 selon la classification proposée par la HAS, on observe des différences en comparaison aux données nationales de 2022 (les données nationales 2023 n'étant pas encore parues) (Figure 7).

Le bilan AP-HP montre une proportion plus importante d'EIGS liés aux complications de procédures opératoires et anesthésiques. A l'inverse, en comparaison avec le bilan national, l'AP-HP déclare moins d'EIGS « d'action du patient contre lui-même », « sans cause retrouvée » et d'EIGS en lien avec une prise en charge obstétricale ou ceux associés à des erreurs liées au matériel, l'infrastructure ou à la stérilisation. Il n'y pas eu en 2023 d'EIGS déclaré à l'AP-HP associé à des erreurs liées à l'information et aux systèmes d'informations.

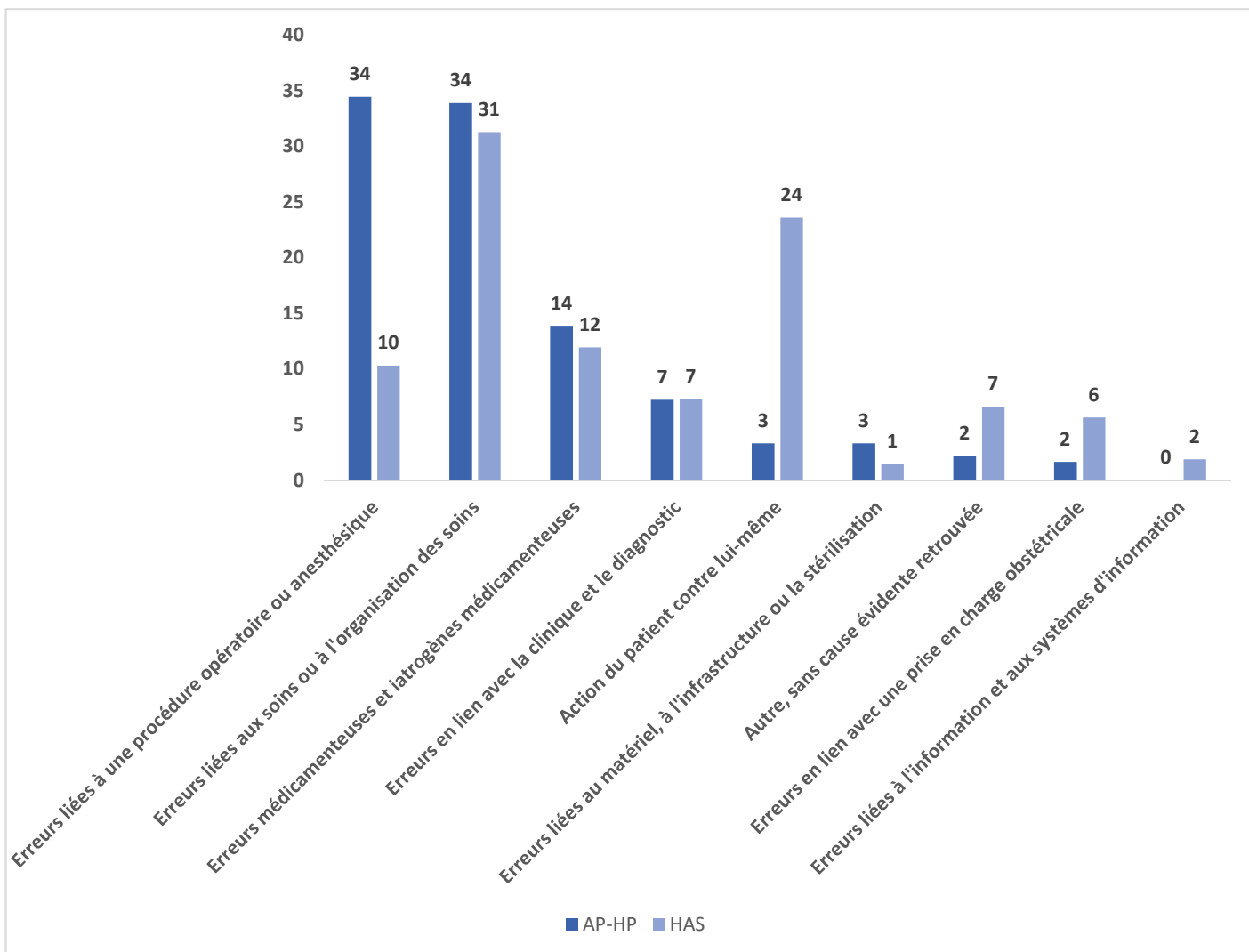


Figure 7: Pourcentage d'EIGS par thématiques AP-HP 2023 vs. HAS 2022

E- Délais à la déclaration à l'Agence Régionale de Santé

La déclaration à l'ARS doit réglementairement être menée « sans délai ² ». A l'AP-HP, le délai médian de déclaration des EIGS à l'ARS (renseignement du « volet 1) est plus long en 2023, en comparaison notamment à celui des autres établissements publics d'Ile de France. Les données issues des analyses systémiques (REX, RMM) doivent être transmises dans les 3 mois suivant la déclaration de l'évènement à l'ARS. On note une nette amélioration sur le délai de transmission de ces volets 2.

² Art. R. 1413-69.-I. du Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

F- Caractéristiques des EIGS

a. Répartition des EIGS par sexe

Contrairement à l'année 2022, on observe en 2023 une disparité de genre (Figure 9). La majorité des EIGS déclarés cette année concernent des hommes (Figure 8).

	AP-HP 2022	AP-HP 2023	Public IDF 2023
Délai entre l'EIGS - et la déclaration ARS, médiane, (j)	36 [1;557]	43 [21;80]	22 [6;38]
Volet 1- Volet 2 médiane, (j)	118 [1;361]	88 [40;130]	88

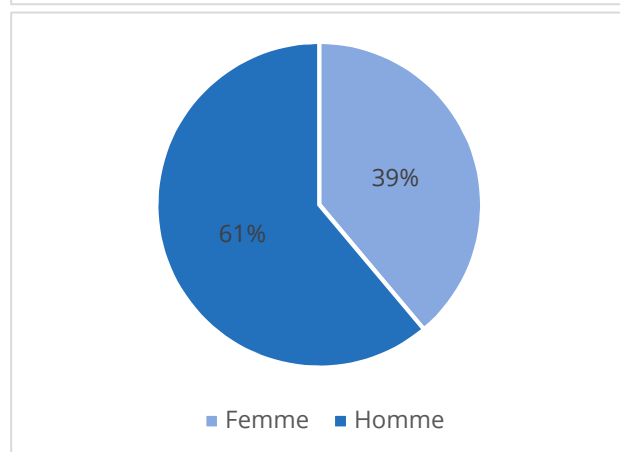
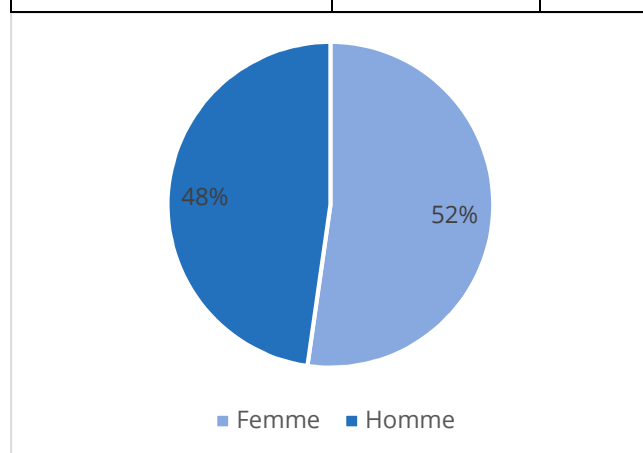


Figure 8 : 2022 - EIGS par sexe

Figure 9 : 2023 - EIGS par sexe

b. Répartition des EIGS par catégorie d'âge

La majorité des EIGS déclarés concernent des patients âgés de 60 ans et plus (Figure 10). Une disparité de genre est également observée avec plus d'EIGS signalés chez les hommes entre 0-19 ans et 60-79ans (Figure 11).

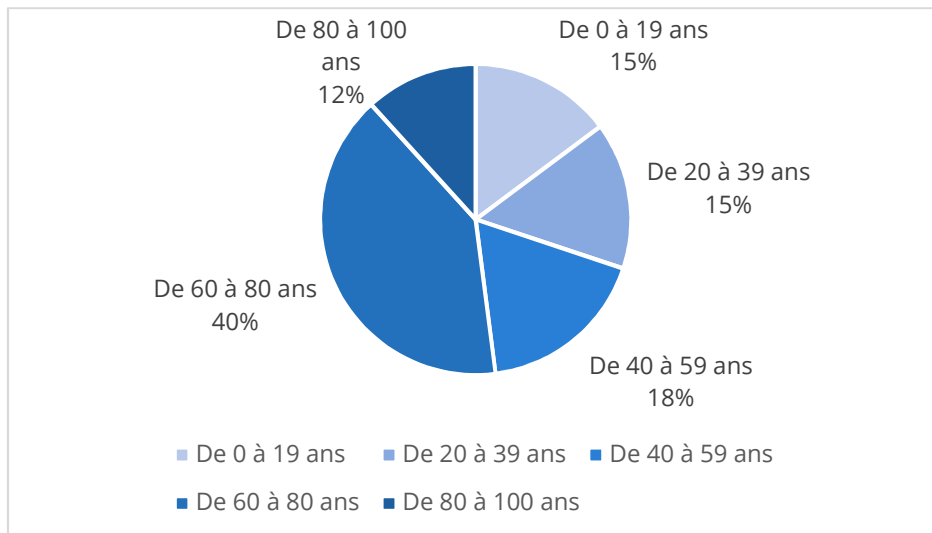


Figure 10 : EIGS par catégories d'âges

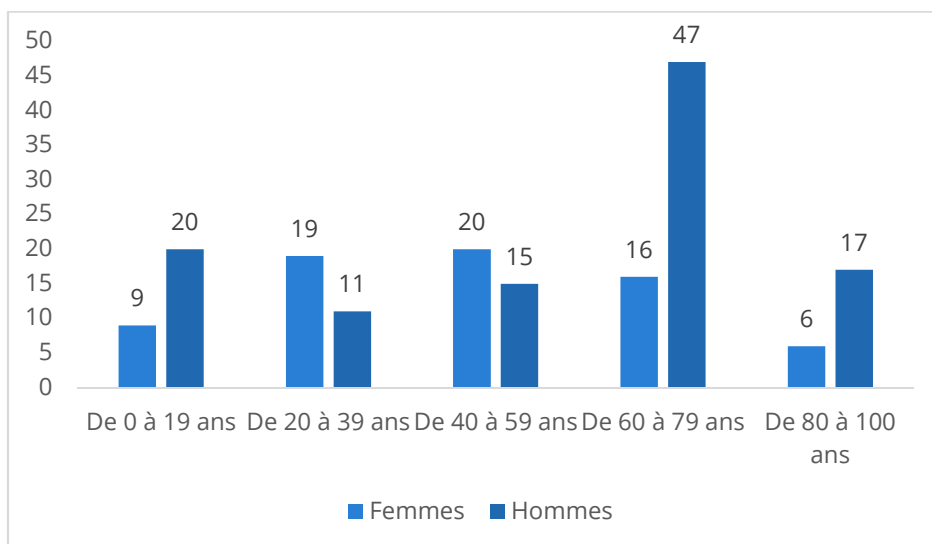


Figure 11 : Répartition par sexes et tranches d'âge

c. Conséquences des EIGS :

- 1- Impact pour les patients

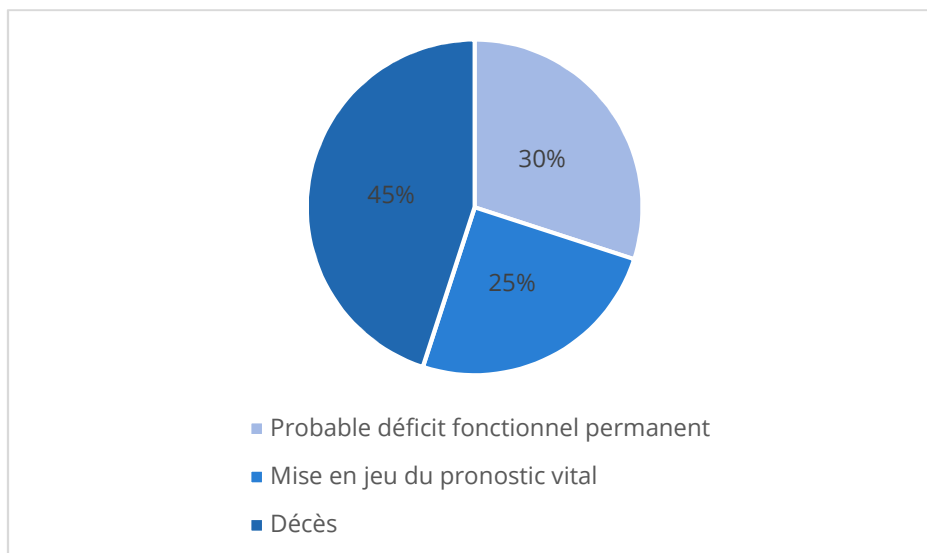


Figure 12 : Conséquences pour les patients

La majorité des EIGS signalés sont associés à un décès (Figure 12).

2- Impact pour les professionnels

La majorité des EIGS a été associée à des conséquences pour les professionnels avec un impact psychique voire une source de stress.

Conséquences de l'évènement pour le personnel	N	%
Oui, des conséquences	157	87
Non, pas de conséquence	23	13

3- Soutien des professionnels

Des mesures ont été prises par les directions des sites pour soutenir les professionnels émotionnellement impactés telles que la réalisation d'un débriefing immédiat dès la connaissance de l'évènement, l'information et/ou la remise de la plaquette d'information sur le risque de seconde victime, la proposition d'un soutien psychologique ou d'un rendez-vous à distance de l'EIGS.

Mesures prises pour le soutien du personnel	N	%
Oui	147	82
Non	10	6

4 - Autres conséquences : Plaintes ou réclamations

Autres conséquences	N	%
Plaintes	8	4
Réclamation de la famille et/ou du patient	22	12

Près d'un EIGS sur 8 est associé à un contentieux. La connaissance du contentieux par la direction qualité ou la DAJDP a pu parfois favoriser la démarche de signalement à l'ARS.

5- Information du patient et des proches

La majorité des patients victimes d'un EIGS a été informée des conséquences de l'évènement mais pas forcément des facteurs contributifs de celui-ci.

Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/à la famille ?	N	%
Oui	93	94
Non	5	5
Ne sait pas	1	1

6- EIGS associés à une déclaration de vigilance

Près de 37% (N=67) des EIGS sont associés à une déclaration de vigilance (Figure 13).

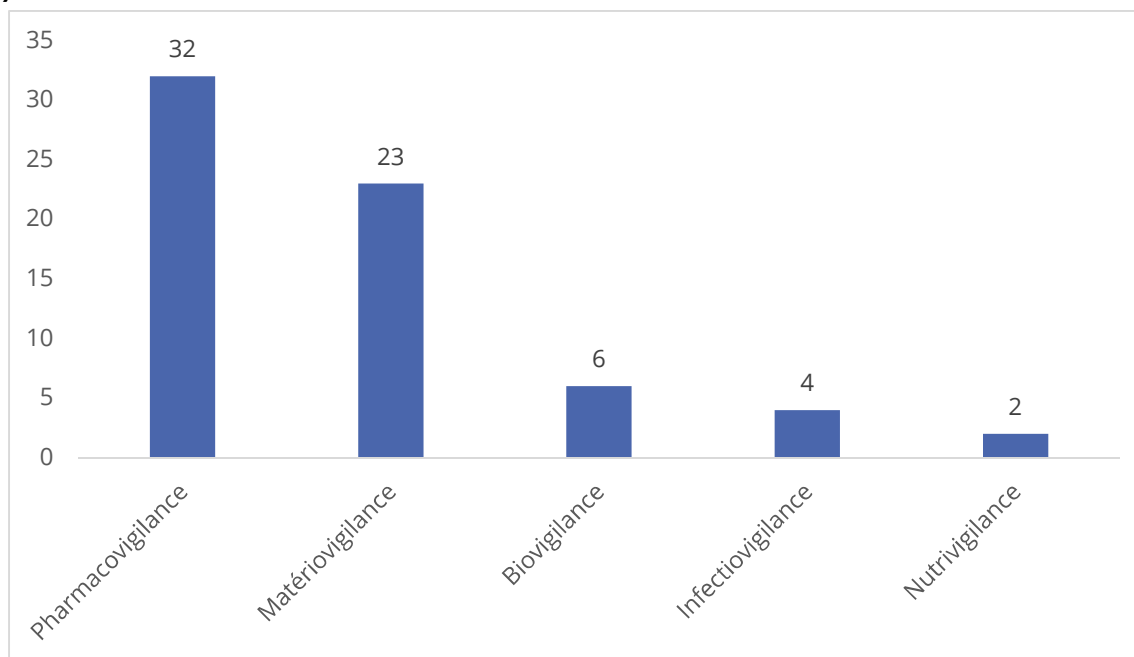


Figure 13 : Nombre d'EIGS associés à une vigilance

II- Evènements indésirables graves associés aux soins : répartition par spécialités (N=180) >>

A- En chirurgie (N=66)

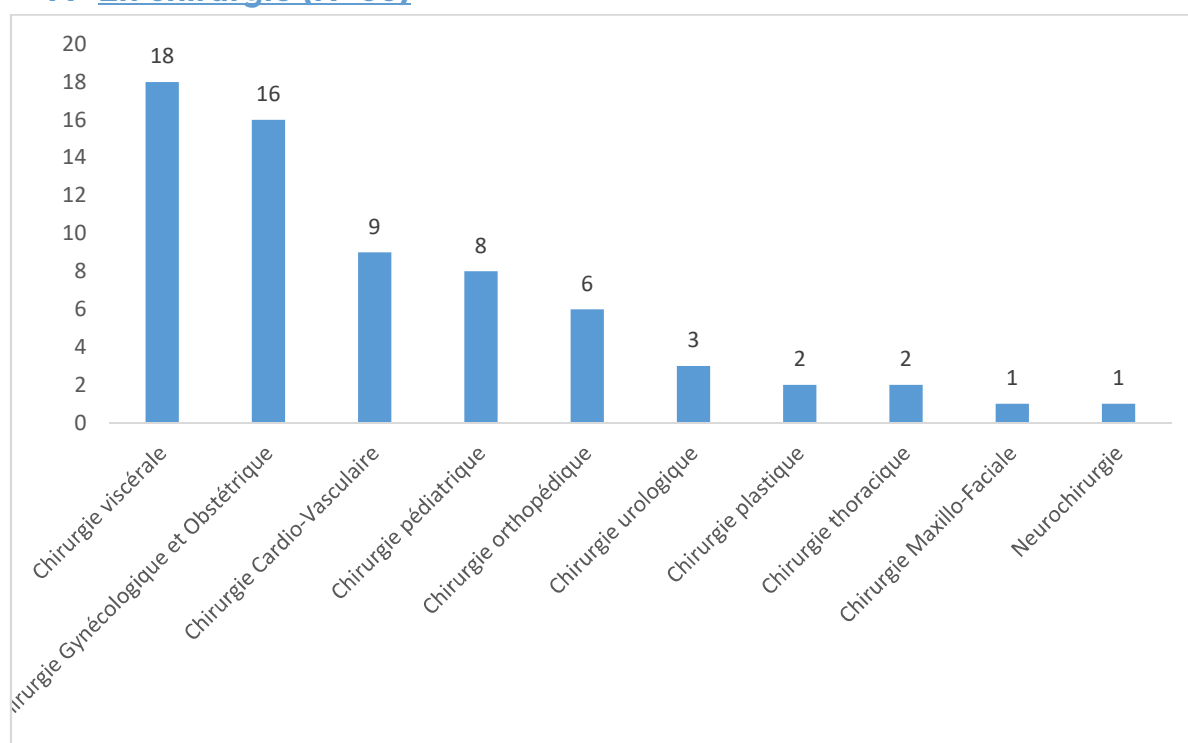


Figure 14 : Répartition par secteur de chirurgie

a. Chirurgie cardio-vasculaire (N=9)

1- Pré-opératoire

Prise en soins d'une dissection aortique en urgence (décès)

2- Per-opératoire

Embolie gazeuse par défaut de purge d'une tubulure d'ECMO (décès)

Matériel résiduel sur rupture de ballonnet après angioplastie d'un pontage fémoro-tibial (déficit fonctionnel permanent)

Valve TAVI sertie et implantée à l'envers dans l'orifice aortique (décès)

Plicature du pontage coronaire à la fermeture de la sternotomie après quadruple pontage (mise en jeu du pronostic vital)

Déchirement d'une bio prothèse lors de la pose justifiant la pose d'une nouvelle bio prothèse (mise en jeu du pronostic vital)

3- Post-opératoire

Prise en soins d'une tamponnade après ablation involontaire des sondes d'entraînement électro-systolique à J7 d'une intervention de Bentall (décès)

Surveillance d'un traitement par anticoagulants à J0 (mise en jeu du pronostic vital)

Gestion des alarmes de télémétrie à J14 d'une intervention de Bentall (décès)

b. Chirurgie gynécologique-obstétrique (N=16)

1- Never event

Textilome suite à poly myomectomie programmée hémorragique, diagnostic à J3, surinfection (mise en jeu du pronostic vital)

Textilome dans un contexte de césarienne programmée sur placenta prævia, diagnostic à J12, surinfection (mise en jeu du pronostic vital)

Textilome dans un contexte de césarienne en urgence, diagnostic J1 (mise en jeu du pronostic vital)

Anaphylaxie chez une patiente allergique connue à la pénicilline à l'accouchement (mise en jeu du pronostic vital)

Erreur d'administration d'ocytocine en salle d'accouchement (erreur de patiente) (mise en jeu du pronostic vital)

Passage systémique de sérum adrénaliné après infiltration lors d'une mastectomie bilatérale avec reconstruction immédiate compliqué d'un état de choc sur syndrome de Tako Tsubo (mise en jeu du pronostic vital)

Surdosage morphine lors rachianesthésie (mise en jeu du pronostic vital)

2- Pré-opératoire

Arrêt cardiaque survenu en début de travail sur maladie d'Ehlers Danlos (décès)

Prise en soins d'une anomalie du rythme cardiaque fœtal (probable déficit fonctionnel permanent)

3- Per-opératoire

Paralysie complète du plexus nerveux brachial droit en post-opératoire d'une mastectomie préventive avec reconstruction mammaire immédiate (déficit fonctionnel permanent)

Arrêt cardiaque après insufflation du pneumopéritoine pour annexectomie bilatérale par cœlioscopie (mise en jeu du pronostic vital)

Réveil per-anesthésique (déficit fonctionnel permanent)

Deux TURP syndromes survenus au cours d'hystéroscopies (mise en jeu du pronostic vital)

4- Post-opératoire

Chute dans la salle de bain avec traumatisme crânien (compliquée d'un hématome sous-dural) dans un contexte d'hypotension orthostatique révélant un hématome de la loge de mastectomie à J6 post-opératoire chez une patiente sous anticoagulants à dose curative (déficit fonctionnel permanent)

5- Décès inattendu

Décès inattendu à J5 d'un accouchement voie basse non compliqué pour la mère (décès)

c. Chirurgie maxillo-faciale (N=1)

1- Post-opératoire

Gestion du sevrage de trachéotomie chez une patient ayant une obstruction des voies aériennes supérieures (décès)

d. Neurochirurgie (N=1)

Hémorragie cérébrale après biopsie tumorale avec dysfonctionnement du matériel (décès)

e. Chirurgie orthopédique (N=6)

1- Never-event

Surdosage en morphine lors rachianesthésie (mise en jeu du pronostic vital)

2- Pré-opératoire

Gestion d'une hyperkaliémie en préopératoire d'une fracture du col fémoral (décès)
Délai de prise en charge d'une plaie du plexus brachial dans le cadre d'un polytraumatisme sur accident de la voie publique (décès)

3- Per-opératoire

Choc hémorragique sur plaie artérielle lors d'une arthrodèse du rachis (décès)
Brûlure au sérum physiologique pour fracture du radius en rapport avec une activation accidentelle du bistouri électrique (déficit fonctionnel permanent)

4- Post-opératoire

Chute survenue en unité de chirurgie ambulatoire en post-opératoire lors du lever précoce avec béquilles en présence d'un bloc moteur (déficit fonctionnel permanent)

f. Chirurgie pédiatrique (N=8)

1- Never event

Textilome au cours d'une chirurgie pour fermeture d'une fistule porto-cave, diagnostic à J20 (mise en jeu du pronostic vital)

2- Pré-opératoire

Délai de prise en soins d'un volvulus du grêle chez un enfant de 3 ans (décès)

3- Per-opératoire

Gestion des voies aériennes au cours d'une endoscopie interventionnelle ORL (décès)
Embolie gazeuse lors du branchement d'un accélérateur de perfusion sur voie veineuse périphérique (mise en jeu du pronostic vital)

4- Post-opératoire

Ischémie du membre inférieur sur plaie artérielle après chirurgie pour arthrotomie-lavage de hanche (déficit fonctionnel permanent)
Prise en soins d'une douleur aiguë en post-opératoire d'une suspicion de torsion testiculaire (déficit fonctionnel permanent)
Arrêt cardiaque à domicile à J1 d'un retour à domicile après prise en soins d'un pneumothorax traité médicalement (décès)

g. Chirurgie plastique (N=2)

1- Erreur/retard diagnostique

Gestion de saignements au niveau de l'orifice de trachéotomie suite aux changements de canule à J10 d'une chirurgie carcinologique (décès)

2- Erreur médicamenteuse

Diffusion systémique de sérum adrénaliné suite à une infiltration sous cutanée, compliquée d'un syndrome de Tako-Tsubo (mise en jeu du pronostic vital)

h. Chirurgie thoracique (N=2)

1- Acte technique

Surveillance d'une ECMO en peropératoire de chirurgie de transplantation pulmonaire avec bas débit cérébral prolongé (décès)

2- Post-opératoire

Prise en soins d'un hémithorax post-opératoire (mise en jeu du pronostic vital)

i. Urologie (N=3)

1- Never event

Textilome diagnostiqué à J14 d'une péritonite compliquant une occlusion (mise en jeu du pronostic vital)

2- Per-opératoire

No go chirurgical pour transplantation rénale car impossibilité d'utiliser la pince bipolaire du fait d'un pace maker (déficit fonctionnel permanent)

Choc hémorragique peropératoire sur plaies de la veine cave inférieure et de l'aorte lors d'une néphrectomie totale élargie par robot assisté (décès)

j. Chirurgie viscérale (N=18)

1- Never events

Erreur de côté de résection thyroïdienne lors d'une chirurgie par voie transorale (déficit fonctionnel permanent)

Textilome suite à une péritonite complexe, diagnostic J14, surinfection (mise en jeu du pronostic vital) Oubli de pince lors d'une chirurgie digestive complexe chez un patient opéré à 7 reprises, diagnostic J18 (mise en jeu du pronostic vital)

Oubli d'un drain siliconé dans les suites d'une chirurgie hépatique par coelioscopie, diagnostic à J0 (mise en jeu du pronostic vital)

3- Pré-opératoire

Délai de prise en soins d'une péritonite sur diverticulite (décès)

Inhalation secondaire à un test à la gastrografine dans un contexte d'occlusion sur bride sans indication chirurgicale retenue (décès)

Délai de prise en soins d'une appendicectomie aiguë (mise en jeu du pronostic vital)

Délai de prise en soins d'une appendicectomie aiguë (mise en jeu du pronostic vital)

Prise en soins et pertinence des soins prodigués (mise en jeu du pronostic vital)

4- Per-opératoire

Anaphylaxie à l'induction anesthésique chez un patient non connu allergique conduisant au décès, difficultés de gestion de l'urgence vitale (décès)

5- Post-opératoire

Syndrome de loges post coloprotectomie par RATS (durée 9h) (déficit fonctionnel permanent)

Arrêt cardiaque sur embolie pulmonaire massive en post-opératoire immédiat après une duodéno-pancréatectomie céphalique par voie endoscopique (décès)

Arrêt cardiaque à J1 post-opératoire d'une cure d'éventration chez un patient ayant une péricardite thoracique (décès)

Délai de prise en soins d'un abcès post-opératoire sur fistule (déficit fonctionnel permanent)

Délai de prise en soins d'une thrombose en post-opératoire d'une double transplantation rein pancréas ayant conduit à la perte du greffon pancréatique (mise en jeu du pronostic vital)

Délai de prise en soins d'un saignement post-opératoire après transplantation hépatique (décès)

Délai de prise en soins d'une décompensation de diabète (acido-cétose) en rapport avec un défaut de surveillance des glycémies (mise en jeu du pronostic vital)

Délai de prise en charge chez un patient monitoré en continu (décès)

k. Spécialités chirurgicales sans EIGS déclarés

Il n'y a pas eu, en 2023, d'EIGS déclaré des spécialités de chirurgie ophtalmologique ou ORL/cervico-facial.

B- En interventionnel (N=12)

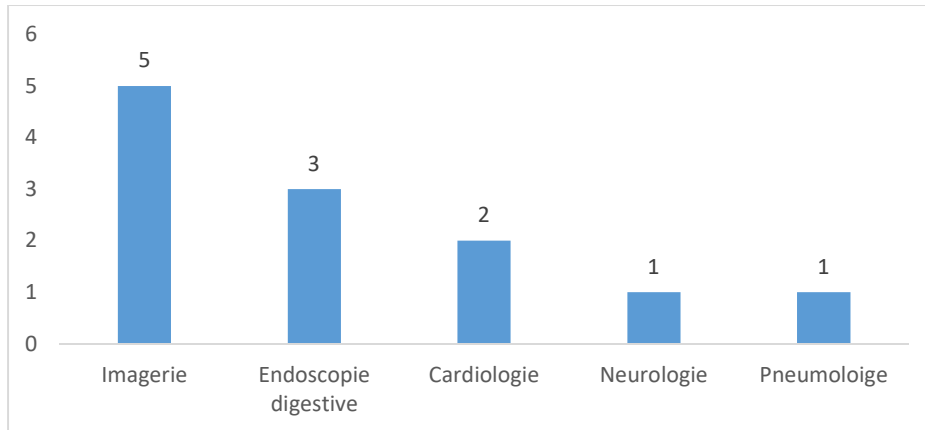


Figure 15 : Répartition par secteur interventionnel

a. Cardiologie interventionnelle (N=2)

1- Erreur/retard diagnostique

Défaut de piles sur pace maker externe lors de la manipulation d'électrodes d'une sonde d'entraînement électro-systolique chez un patient réanimatoire (décès)

Migration de la prothèse auriculaire et lésion ventriculaire secondaire lors de la reprise (décès)

b. Endoscopie digestive interventionnelle (N=3)

1- Acte technique

Gestion péri-opératoire d'un choc hémorragique après résection endoscopique ampullome vaterien et pose de prothèse avec choix d'une surveillance en hospitalisation conventionnelle (décès)

Inhalation massive lors de l'induction anesthésique pour FOGD pour exploration d'une hémorragie digestive, problématique associée à la surveillance en salle conventionnelle (décès)

Pancréatite aiguë nécrosante après cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique pour sténose biliaire (décès)

c. Neuroradiologie interventionnelle (N=1)

1- Pédiatrie

Embolie pulmonaire massive per-procédure après l'injection de colle (glubran) (décès)

a. Pneumologie interventionnelle (N=1)

1- Erreur/retard diagnostique

Hémorragie massive après biopsie trans bronchique (décès)

b. Imagerie interventionnelle (N=5)

1- Per-opératoire

Réalisation d'une ponction-biopsie rénale par voie percutanée plutôt que trans jugulaire qui s'est compliquée d'un état de choc hémorragique (reprise précoce d'une anticoagulation à dose curative) (mise en jeu du pronostic vital)

2- Post-opératoire

Paraplégie après embolisation de l'artère d'Adamkiewicz lors de la prise en soins d'un saignement intercostal (déficit fonctionnel permanent)

Choc hémorragique sur plaie artérielle après la pose d'un drain pleural au scanner (décès)

Choc hémorragique après ponction biopsie hépatique avec anticoagulation efficace (décès)

Accident vasculaire cérébral sur emboles multiples après artério-embolisation des artères bronchiques pour hémoptysie massive (mise en jeu du pronostic vital)

C- En médecine (N=61)

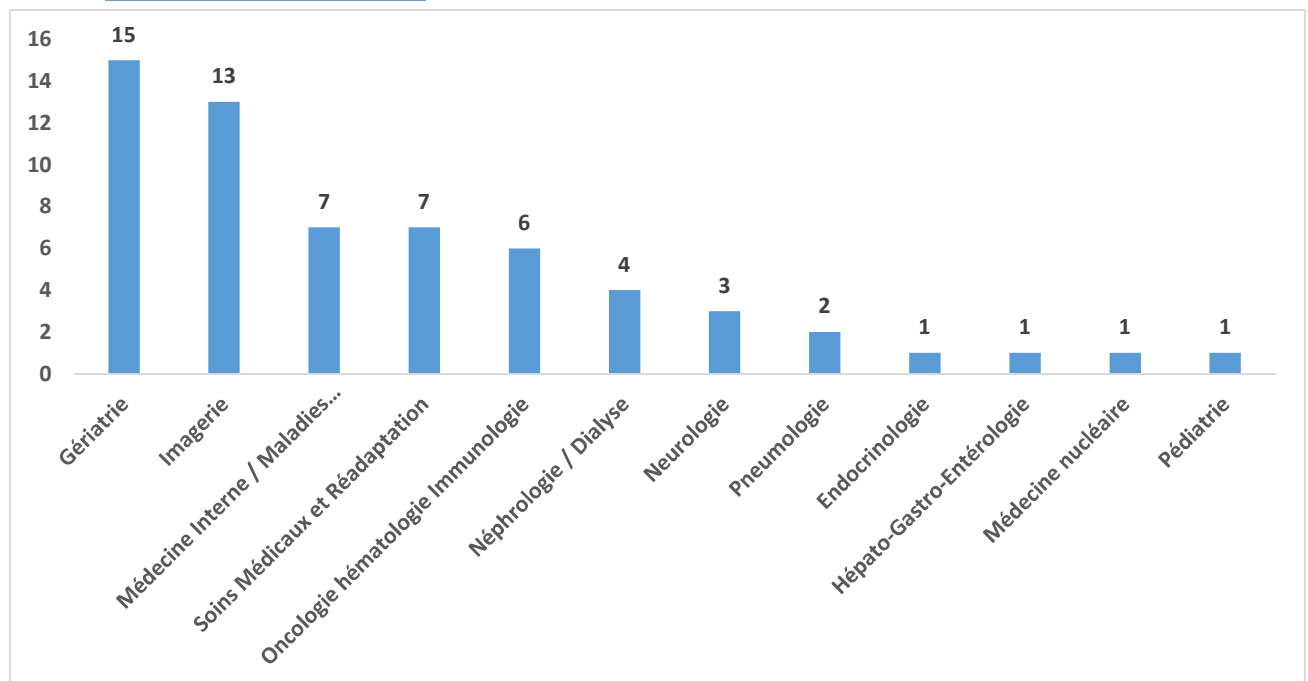


Figure 16 : Répartition par spécialités médicales

a. Endocrinologie (N=1)

Surdosage sur erreur d'administration d'un traitement antiépileptique (non connaissance de la molécule, interruption de tâches) (mise en jeu du pronostic vital)

b. Gériatrie (N=15)

1- Chutes

2 chutes de personnes âgées ayant des troubles cognitifs, survenue la nuit, suite bousculade dans les couloirs (déficit fonctionnel permanent).

Chute d'une personne âgée ayant des troubles cognitifs dans la salle de bain (décès).

Chute de son fauteuil d'une personne âgée ayant des troubles cognitifs (déficit fonctionnel permanent)

Chute dans les parties communes d'une personne âgée ayant des troubles cognitifs (déficit fonctionnel permanent)

2- Fausses routes

Fausse route survenue au cours du repas dans la chambre d'une personne admise en SSR le jour même non connu pour faire des fausses routes (décès)

Fausse route au cours du repas dans salle commune SSR chez personne âgée aux antécédents de fausses routes et difficultés de gestion de l'urgence vitale (décès)

Fausse route chez patient connu aux fausses routes, alimentation donnée par la famille dans un contexte palliatif (décès)

Fausse route chez patient comateux sur défaut de communication au sein de l'équipe (décès)

3- Surveillance

Défaut de surveillance d'une hypoxémie (mise en jeu du pronostic vital)

Défaut de surveillance d'une désaturation (décès)

Prise en soins d'une hypoxémie (décès)

Décès inattendu

4- Complication de procédure

Gangrène de Fournier sur utilisation d'un lavement rectal (mise en jeu du pronostic vital)

5- Erreur médicamenteuse

Erreur de patient pour l'administration de clozapine/rosuvastatine (mise en jeu du pronostic vital).

c. Hépto-gastro-entérologie (N=1)

c.1- Never event

Erreur médicamenteuse entre N-acetyl-cystéine et acide salicylique chez un patient insuffisant hépatique (mise en jeu du pronostic vital)

d. Imagerie (N=13)

1- En salle d'attente

Arrêt cardiaque en salle d'attente du scanner (décès)

Arrêt cardiaque en salle d'attente de l'IRM (décès)

Chute du brancard survenu chez un sujet âgé sous anticoagulants (décès)

2- A la radiologie

Chute de sa hauteur lors d'un examen de radiologie du membre supérieur avec fracture (Probable déficit fonctionnel permanent)

3- Au scanner

Anaphylaxie chez un patient allergique connu aux produits de contraste iodés au scanner (mise en jeu du pronostic vital)

Anaphylaxie chez une patiente allergique connue aux produits de contraste iodés au scanner (décès)

Anaphylaxie chez une patiente allergique connue aux produits de contraste iodés au scanner (mise en jeu du pronostic vital)

Chute survenue chez un sujet âgé de la table du scanner (mise en jeu du pronostic vital)

Déconnexion du circuit d'ECMO suite à la mobilisation accidentelle de la table de scanner (mise en jeu du pronostic vital)

Défaut de surveillance d'un traumatisé crânien après réalisation d'un scanner montrant une hémorragie intracérébrale importante (décès)

4- A l'IRM

4.1- Surveillance

Arrêt cardiaque hypoxémique à l'IRM avec déconnexion de la tubulure à oxygène (décès)
Arrêt cardiaque hypoxémique à l'IRM dans un contexte de sédation au propofol sans monitoring (décès)

4.2- Erreur médicamenteuse

Erreur de voie d'administration : injection dans la dérivation ventriculaire externe plutôt que dans la perfusion (pédiatrie) (probable déficit fonctionnel permanent)

e. Médecine interne/Maladies infectieuses (N=7)

1- Never event

Embolie gazeuse sur air provenant d'une tubulure PCA (mise en jeu du pronostic vital)

2- Contexte accidentogène

Pendaison d'une patiente ayant un antécédent psychiatrique non étiqueté et isolement social (décès)

Défenestration d'un patient schizophrène en rupture de traitement (probable déficit fonctionnel permanent)

3- Prise en soins

Disparition inquiétante d'un patient psychotique (décès)

Choc hémorragique sur traitement anticoagulant (mise en jeu du pronostic vital)

Arrêt cardiaque sur prise de méthadone à l'insu des professionnels (décès)

Gestion d'une hyperkaliémie (décès)

f. Médecine nucléaire (N=1)

Arrêt cardiaque lors d'une épreuve d'effort sur vélo à visée exploration d'une cardiopathie ischémique (décès)

g. Néphrologie/ Dialyse (N=4)

1- Never event

Surdosage en insuline dans un contexte du traitement d'une hyperkaliémie (déficit fonctionnel permanent)

Dengue acquise par le greffon rénal (décès)

VHC acquis après une séance de dialyse (déficit fonctionnel permanent)

Arrêt cardiaque après séance de dialyse programmée (décès)

h. Neurologie (N=3)

1- Never event

Inhalation respiratoire de la nutrition entérale en rapport avec un défaut de contrôle de la position de la SNG (mise en jeu du pronostic vital)

2- Contexte accidentogène

Défenestration d'un patient désorienté dément (décès)

Défenestration d'un patient désorienté (astrocytome fronto-temporal gauche) (mise en jeu du pronostic vital)

i. Oncologie-hématologie-Immunologie (N=6)

1- Never event

Embolie gazeuse après ablation de cathéter veineux central situé en jugulaire interne en hospitalisation d'hématologie (mise en jeu du pronostic vital)

Embolie gazeuse sur défaut de purge sur cathéter de dialyse pour échanges plasmatiques en unité d'aphérèse (mise en jeu du pronostic vital)

2- Décès inattendu

Arrêt cardiaque pendant cure de chimiothérapie en HDJ (décès)

Embolie gazeuse massive sur une tubulure de perfusion branchée sur air dans la nuit suivant l'annonce d'un échec de traitement hématologique (décès)

3- Erreur médicamenteuse

Surdosage en bicarbonates dans le cadre d'une hydratation alcaline pour la prévention de la précipitation du méthotrexate (mise en jeu du pronostic vital)

4- Complication de procédure

Tamponnade post myélogramme (décès)

j. Pédiatrie (N=1)

1- Cardiologie pédiatrique

Omission de suivi chez un enfant ayant une pathologie cardiaque chronique (décès)

2- Pneumologie pédiatrique

Prise en charge d'une détresse respiratoire aiguë (décès)

k. Pneumologie (N=2)

1- Never event

Embolie gazeuse après ablation de cathéter de dialyse mis en place pour échanges plasmatiques (décès) (formation, travail sur annonce)

2- Prise en soins

Arrêt cardiaque après lever le lendemain d'une thrombo-aspiration pour EP grave (décès)

l. Soins médicaux et de réadaptation (SMR) (N=7)

1- Never event

Erreur médicamenteuse sur erreur de cueillette (mise en jeu du pronostic vital)

3- Prise en soins

Délai de prise en soins d'une fracture fémorale suite à une chute (déficit fonctionnel permanent)

Prise en soins de saignements au niveau de l'orifice de trachéotomie (décès)

Délai de prise en soins de fractures (déficit fonctionnel permanent)

Prise en soins d'une duodéno-pancréatectomie céphalique chez un patient trachéotomisé (décès)

5- Décès inattendus

Arrêt de l'assistance cardiaque heartmate après déconnexion du câble d'alimentation (décès)

Décès inattendu et découvert tardivement chez un patient en attente de sortie

m. Spécialités sans EIGS déclarés

Liste des spécialités pour lesquelles il n'y a pas eu d'EIGS déclaré en 2023 :

- Addictologie
- Cardiologie
- Dermatologie
- Neurologie
- Nutrition
- Odontologie
- Physiologie
- Rhumatologie
- Soins palliatifs

D- En psychiatrie (N=4)

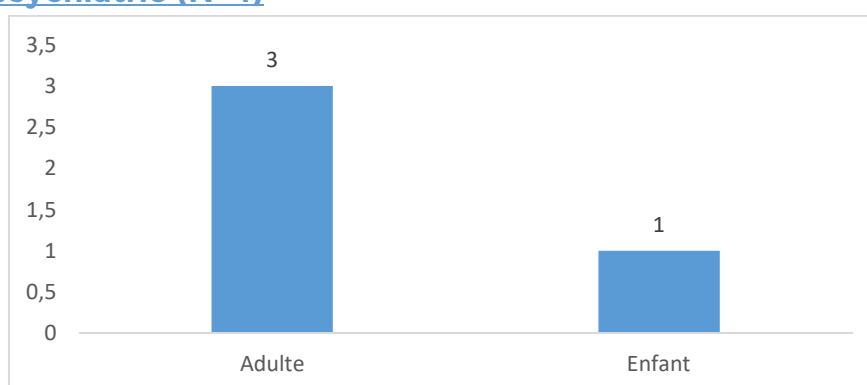


Figure 17 : Répartition par secteurs psychiatriques

a. Adulte (N=3)

3 agressions sexuelles survenues en psychiatrie adulte entre 2 patients (déficit fonctionnel permanent)

b. Pédo-psy (N=1)

Agression sexuelle entre 3 enfants, la victime étant vulnérable (déficit fonctionnel permanent)

E- En soins non programmés (N=36)

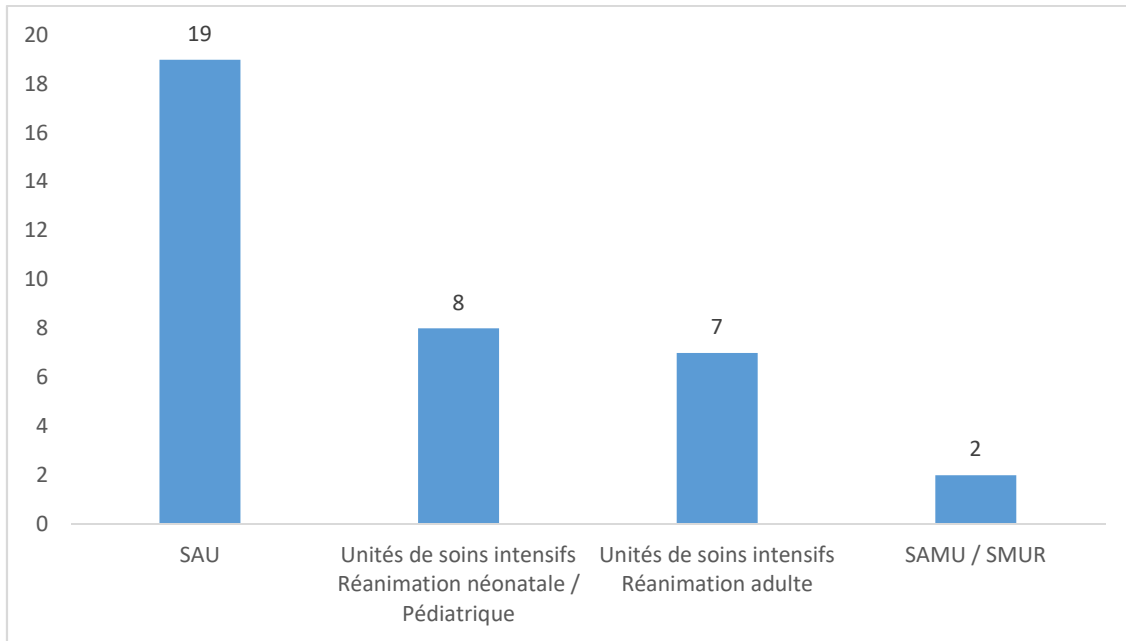


Figure 18 : Répartition par secteurs de soins non programmés

a. Service d'accueil des urgences (N=19)

1- Prise en charge au SAU pédiatrique

1.1- Prise en soins

Délai de prise en soins d'une douleur abdominale qui s'est compliquée de péritonite appendiculaire avec défaillance rénale aiguë (mise en jeu du pronostic vital)

Délai de prise en soins d'une décompensation de psychose chronique chez un adolescent faute de place en pédopsychiatrie compliquée d'une tentative de pendaison (mise en jeu du pronostic vital)

Soins prolongés en UHCD avec difficultés de contention faute de place en pédopsychiatrie (déficit fonctionnel permanent)

2- Complication médicamenteuse

Coma aux morphiniques suite à un passage au SAU pour fracture (mise en jeu du pronostic vital)

3- Prise en charge au SAU adulte / UHCD

3.1- Chutes :

Chute de son lit avec barrières compliquée d'un traumatisme crânien (déficit fonctionnel permanent)

Chute de son lit avec barrières compliquée d'une fracture (déficit fonctionnel permanent)

Chute de son lit d'un patient confus compliquée d'un traumatisme crânien (décès)

3.2- Prises en soins

Défaut diagnostique de sepsis (décès)

Retard diagnostique d'un traumatisme médullaire (déficit fonctionnel permanent)

Retard diagnostique d'une embolie pulmonaire (mise en jeu du pronostic vital)

Retard diagnostique d'un accident vasculaire cérébral chez femme (déficit fonctionnel permanent)

Sortie prématurée de l'UHCD car comportement incompatible avec conditions d'hospitalisation (décès)
Prise en soins d'une insuffisance rénale aiguë (mise en jeu du pronostic vital)

3.3- Agressions

Agression entre 2 patients (homme et femme) dont un en état de vulnérabilité
Agression entre 2 patients (sujet âgé et jeune) dont un en état de vulnérabilité (attaché sur un brancard) (probable déficit fonctionnel permanent)
Agression sexuelle en UHCD chez une patiente vulnérable (déficit fonctionnel permanent)

3.4- Surveillance

Prise médicamenteuse à l'insu de soignants chez patient adressé pour idées suicidaires (décès)
Prise médicamenteuse à l'insu de soignants chez un patient à risque suicidaire (mise en jeu du pronostic vital)
Fugue d'une personne à risque suicidaire (décès)

3.5- Décès inattendu

Décès en salle d'attente sur brancard d'une patiente admise pour ébriété (décès)

b. SAMU/SMUR (N=2)

Retard de prise en charge sur confusion d'adresse (décès)
Gestion d'une douleur du membre inférieur au domicile (décès)

c. Unités de soins intensifs/réanimation adulte (N=7)

1- Never event

Embolie gazeuse après ablation cathéter central position assise (mise en jeu du pronostic vital)
Embolie gazeuse après ablation du cordis (mise en jeu du pronostic vital)
Embolie gazeuse après ablation cathéter central position assise (mise en jeu du pronostic vital)
Anaphylaxie d'origine alimentaire chez une patiente connue allergique (mise en jeu du pronostic vital)

2- Gestion de l'AIVOC

Gestion d'une anesthésie sous AIVOC pour fibroscopie bronchique (mise en jeu du pronostic vital)

3- Gestion voies aériennes

Décanulation accidentelle à J0 d'une trachéotomie lors d'un transfert en imagerie (décès)

4- Mésusage

Survenue d'une brûlure sur usage d'un sèche-cheveux pour traiter une hypothermie iatrogène sur ECCOR (déficit fonctionnel permanent)

d. Unités de soins intensifs/réanimation néonatale/pédiatrique (N=8)

1- Erreur médicamenteuse

Surdosage médicamenteux (vancomycine) dans le cadre du traitement d'une infection associée aux soins (décès)

2- Prise en soins

Délai de prise en charge chirurgicale pour le traitement d'une hernie diaphragmatique d'un nouveau-né prématuré (décès)

3- Complication de procédure

Rupture du guide d'un cathéter veineux central justifiant son retrait par voie endovasculaire (mise en jeu du pronostic vital)

Embolie gazeuse suite à la pose d'un cathéter veineux ombilical (mise en jeu du pronostic vital)

Hémorragie massive suite à la pose d'un cathéter veineux ombilical (mise en jeu du pronostic vital)

4- Gestion des voies aériennes

Auto-extubation accidentelle d'un prématuré avec difficultés de ré-intubation (mise en jeu du pronostic vital)

5- Infections associées aux soins

Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique à *Bacillus cereus* d'un nouveau-né prématuré (décès)

Bactériémie associée à la préparation d'une nutrition parentérale chez un nouveau-né (décès)

RÉSIDENTS - LA FEUILLE DE ROUTE DU MINISTÈRE POUR 2023 2025 - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-05/feuille_de_route_-_synthese_2023-2025.pdf), ce sujet est des axes de travail retenus de manière prioritaire en 2024 par l'AP-HP.

B- Erreurs médicamenteuses et iatrogénies (N=25)

Près d'un quart des EIGS (N=6) sont associés à des décès.

20% EIGS (N=5) sont associés à des réclamations.

40% EIGS (N=10) sont associés à des médicaments à risque dont notamment l'usage des morphiniques.

a. EIGS préparation (N=5)

2 Surdosages morphine lors rachianesthésie

Surdosage en insuline dans un contexte hyperkaliémie

Surdosage traitement antiépileptique (non connaissance de la molécule, interruption de tâches)

Surdosage bicarbonates (oubli de dilution du bicarbonates 8.4% car présentation en flacon)

b. EIGS administration (N=20)

1- Erreur de personne (N=7)

Anaphylaxie chez une patiente allergique connue à la pénicilline à l'accouchement (mise en jeu du pronostic vital)

3 Anaphylaxies au scanner chez des patients connus allergiques aux produits de contraste iodés (mise en jeu du pronostic vital)

Anaphylaxie alimentaire chez une patiente connue allergique (mise en jeu du pronostic vital)

Erreur de patient pour l'administration d'ocytocine en salle d'accouchement (déficit fonctionnel permanent)

Erreur de patient pour la délivrance d'un traitement associant clozapine/rosuvastatine (déficit fonctionnel permanent)

2- Erreur de produit (N=2)

Administration de LOXAPAC à la place de DEPAKINE (mise en jeu du pronostic vital)

Administration d'acide acétylsalicylique plutôt qu'acide N-acetyl-cystéine (mise en jeu du pronostic vital)

3- Erreur de voie (N=3)

2 infiltrations systémiques de sérum adrénaliné au bloc opératoire (mise en jeu du pronostic vital)

Administration du produit de contraste sur dérivation ventriculaire externe plutôt que sur la perfusion en radiologie

4- Iatrogénie (N=8)

Anaphylaxie à l'induction anesthésique chez un patient non connu allergique conduisant au décès

Rectorragies et gangrène de Fournier après lavement rectal

Contamination lors de la préparation d'une nutrition parentérale

Surdosage en anticoagulants en post-opératoire de chirurgie cardio-vasculaire

Surdosage en vancomycine dans un contexte de sepsis avec défaillance rénale

Surdosage en morphiniques après une titration effectuée au SAU

Prise de méthadone à l'insu (décès)

Décès per-chimiothérapie

Outils pédagogiques existants :

<p>Risque médicamenteux</p>	<p>Document HAS : Calcul de doses médicamenteuses : la règle de trois</p> <p>Les médicaments en pédiatrie Ce n'est pas un jeu d'enfant HAS 2023</p> <p>Qu'est-ce qu'une erreur médicamenteuse ANSM</p> <p>Web série MEDOC ADHOC®, outil de formation et de promotion du bon usage des médicaments auprès des prescripteurs. OMEDIT 2022</p> <p>« Gestion des stocks des produits de santé dans les services de soins »</p> <p>Erreurs associées aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles) déclarées dans la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)</p>	<p>https://www.has-sante.fr/jcms/p_3309392/fr/flash-securite-patient-calcul-de-doses-medicamenteuses-la-regle-de-trois-doit-rester-la-regle</p> <p>https://www.has-sante.fr/jcms/p_3423882/fr/flash-securite-patient-les-medicaments-en-pediatrie-ce-n-est-pas-un-jeu-d-enfant</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=W-aKuBKKd8A</p> <p>https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/serie-medoc-adhoc</p> <p>https://www.has-sante.fr/jcms/p_3338991/fr/flash-securite-patient-le-stockage-des-curares-des-erreurs-pas-si-rares</p> <p>https://aphp-pro.aphp.fr/SaintAntoine/PharmacieSAT/Commande_medicaments/Stockage_medicaments/Gestion/Tritique_gestion_produits_sante_2022.pdf</p> <p>https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_eigs_medicament.pdf</p>
<p>Risque allergique</p>		
<p>Médicaments à risque</p>	<p>Surveillance biologique des anticoagulants (héparines et anti vitamines K). Une prise de sang pour éviter une perte de sang HAS 2023</p>	<p>Haute Autorité de Santé - Flash Sécurité Patient - « Surveillance biologique des anticoagulants (héparines et anti vitamines K) ... Une prise de sang pour éviter une perte de sang » (has-sante.fr)</p>

	Document HAS : « Médicaments à risque : sous-estimer le risque c'est risqué »	https://www.has-sante.fr/jcms/p_3275489/fr/flash-securite-patient-medicaments-a-risque-sous-estimer-le-risque-c-est-risque
	Médicaments et dispositifs médicaux	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/flash_dispositifs_medicaux_18_nov_vd.pdf
	Erreur de dose de morphine lors d'une rachianesthésie	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/2015-09-01-cfar-eias-3.pdf

Exemples d'actions d'amélioration mises en place à l'AP-HP :

Procédures	Risque médicamenteux	Protocoles d'infiltration des anesthésiques locaux (bloc opératoire et hors blocs) Protocoles de titrations morphiniques incluant une spécificité sur les personnes particulièrement vulnérables Diffusion des protocoles auprès des nouveaux arrivants, étudiants, personnel
	Risque allergique	Mise à disposition aide cognitive sur la gestion de l'allergie
	Médicaments à risque	Procédures sur stockage/ la prescription/préparation/administration des médicaments à risque
Organisation et Management	Risque médicamenteux	Favoriser la participation des soignants aux CREX médicamenteux et diffusion des compte-rendu Double contrôle des prescriptions/préparations/administrations Osez dire pour les préparateurs en pharmacie et/ou IDE si doutes observés sur la prescription qu'elle soit manuscrite ou informatisée
	Risque allergique	Elaboration d'une check-list pour dépister le risque allergique chez les patients non ou peu communicant, sous curatelles Vérification de la traçabilité de l'allergie sur l'ensemble des supports du dossier médical Ajout d'un item allergie dans les transmissions standardisées
	Médicaments à risque	Renforcer l'analyse pharmaceutique et les alertes de prescription médicamenteuse : alerte téléphonique systématique pour certains cas
Ergonomie	Risque médicamenteux	Vérification que les ordinateurs portables soient en charge lorsqu'ils ne sont pas utilisés

	Risque allergique	Mise à disposition du bracelet rouge Mise à disposition d'un kit allergie pour faciliter la réalisation du bilan allergologique
	Médicaments à risque	Sécurisation des médicaments à risque dans les différents lieux de stockage y compris charriots de soins et réfrigérateurs Utilisation de seringues pré-remplies

L'erreur médicamenteuse est sous-déclarée à l'échelle de l'AP-HP au regard des données épidémiologiques, notamment dans les secteurs connus à risque (ex : blocs opératoires, services de réanimation, services de pédiatrie, services de cardiologie, d'endocrinologie, d'oncohématologie).

C- Erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (N=61)

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)

a. Déficit de surveillance/suivi (N=27)

1- Comportements inappropriés (N=9)

2 Intoxications médicamenteuses volontaires à l'insu des soignants

5 Agressions sexuelles entre patients

Agression physique entre patients

Disparition inquiétante

2- Décompensation de diabète en post-opératoire (N=1)

Défaut de surveillance des glycémies après transfert de réanimation

Outils pédagogiques existants :

Procédure disparition inquiétante	En cours d'actualisation
Procédure sur la gestion d'une agression sexuelle en gériatrie	En cours de finalisation
Flash sécurité patient surveillance en soins critiques	https://www.has-sante.fr/jcms/p_3511526/fr/flash-securite-patient-surveillance-des-patients-en-service-de-soins-critiques-une-veille-sans-faille-pour-qu-aucun-patient-ne-defaille

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures	Procédure de prévention et de gestion d'une disparition inquiétante Procédure de surveillance des patients en salle d'attente
Organisation des soins	Mise en cotation 3 systématique des patients à profil psychiatrique avec priorisation de l'avis psychiatrique même si les examens complémentaires sont en cours. Information précoce du psychiatre si profil psychiatrique identifié et traçabilité de la demande par l'IAO sur le dossier. Prise en compte du risque de sortie à l'insu dans les tours de surveillance effectués en UHCD Maintenir une surveillance pendant les pauses repas, réunions de service Information des patients et proches se rendant au SAU des restrictions associées aux déambulations au sein du service Ajout d'un item dédié dans les transmissions standardisées
Ergonomie	Sécurisation de l'accès au SAU, à l'UHCD (caméras, serrures salto, agents de sécurité)

	Sécurisation des boxes de surveillance des patients à risque avec éventuellement recours à un agent de sécurité Sécurisation des chariots d'urgence en les retournant vers le mur pour en limiter l'accès Disponibilité d'un lit de psychiatrie avec des contentions en permanence Système de « géolocalisation » des patients identifiés à risque de disparition inquiétante
--	--

La prise en charge des EIGS en lien avec des agressions sexuelles justifie un volet judiciaire sans délai. Afin d'aider les équipes, des fiches réflexes élaborées en lien avec la DAJDP seront mises à disposition en 2024.

3- Décompensation cardio-respiratoire (N=17)

5 en imagerie

2 en USC/réanimation en présence d'un monitoring continu

7 en salle d'hospitalisation chez des patients à risque respiratoire

1 en SSR en présence d'une assistance intra-ventriculaire

2 après sortie d'hospitalisation

Les EIGs ayant pour facteurs contributifs des éléments en lien avec la surveillance peuvent également relever de :

- la surveillance stricto sensu liée au monitoring des paramètres vitaux et à l'absence de réglage des alarmes,
- la réflexion sur l'anticipation de la prise en charge de patients à besoins plus spécifiques (ex : diabète, troubles du comportement, patients sous oxygénothérapie, obésité morbide)

Outils pédagogiques existants :

Rapport ANSM : gestion des alarmes des dispositifs médicaux dans les établissements de santé - septembre 2019	Gestion des alarmes des dispositifs médicaux dans les établissements de santé - Rapport Septembre 2019 (sante.fr)
Affiche « Ne pas éteindre les alarmes des dispositifs de monitoring des paramètres vitaux - Soyons collectivement responsables »	AFFICHE A3 Gestion des alarmes V9S Bdef.pdf (aphp.fr)
Flash sécurité patient surveillance pendant transport intrahospitalier	https://www.has-sante.fr/jcms/p_3502633/fr/flash-securite-patient-transport-intrahospitalier-des-patients-de-soins-critiques-le-transport-lui-aussi-est-critique

Exemples d'actions d'amélioration mises en place à l'AP-HP :

Procédures	Ajout de la surveillance glycémique systématique en post-opératoire Protocole de surveillance spécifique aux patients en état d'ébriété venant au SAU avec évaluation du risque d'inhalation Procédure d'information précisant les consignes de sécurité et la conduite à tenir en cas de récurrence ou autres symptômes
Organisation des soins	Pour les patients des urgences devant bénéficier d'une imagerie : <ul style="list-style-type: none"> - Appel systématique par les urgentistes de la console de scanner pour préciser le degré d'urgence notamment s'il s'agit d'un motif psychiatrique - Précision systématique sur le besoin d'un monitoring - Information de l'urgentiste avant tout départ d'examen - Appel systématique de la console de scanner aux urgentistes en fin d'examen pour venir récupérer le patient
Ergonomie	Possession de monitorages compatibles avec l'IRM

Ces EIGS rappellent que la présence seule d'un monitoring n'améliore pas la sécurisation des soins et de l'importance de régler les alarmes de façon adaptée.

Bien que la fréquence respiratoire soit un signe clinique très sensible pour identifier une situation de décompensation cardio-respiratoire, elle paraît insuffisamment mesurée et/ou interprétée de manière adaptée.

b. Défaits de prise charge (retard, absence et mauvaise prise en charge) (N=32)

1- Chutes graves (N=14)

Majoritairement chez des patients connus à risque de chute

6 chutes avec traumatismes crâniens

8 chutes avec traumatismes orthopédiques

Autres facteurs favorisants: hypotension orthostatique non détectée, anesthésie locorégionale avec atteinte motrice, lève malade défaillant
Gravité favorisée par la prise d'un traitement antiagrégant/anticoagulant.

Lieux de survenue :

Gériatrie / SMR (N=6)

Imagerie (N=3)

SAU (N=3)

Chirurgie (N=1)

SSPI (N=1)

Outils pédagogiques existants :

Parachute : recommandations ARS Ile de France	<u>MOOC chute : éviter les chutes graves chez les personnes âgées Agence régionale de santé Ile-de-France (sante.fr)</u>
Plan antichute des personnes âgées solidarites.gouv.fr Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités Publié le 21/02/2022	<u>Plan antichute des personnes âgées solidarites.gouv.fr Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités</u>
Procédure chute AP-HP 2017	Réactualisation en cours

Exemples d'actions d'amélioration mises en place à l'AP-HP :

Procédures de soins	Procédure sur l'utilisation du harnais Notes d'information destinées aux patients sur les tenues d'examens recommandées et sur le risque de chute Note d'information destinée aux patients ayant eu une anesthésie locorégionale des membres inférieurs en précisant le risque de chute
Organisation des soins	Toujours préciser les modalités de transfert notamment pour les examens d'imagerie Rappels des précautions à prendre sur les tables de scanner en lien avec le risque de chute (pour les professionnels et le patient) Rappels des précautions à prendre en post-opératoire compte tenu du risque de chute notamment chez les patients ayant eu une anesthésie locorégionale des membres inférieurs Evaluation régulière de la balance bénéfices-risques d'un traitement anticoagulant à visée curative chez des patients à haut risque hémorragique ou à risque de chute
Ergonomie	Circuit d'entretien des sangles des harnais, des contentions (résistance, marqueurs d'humidité) Vérification de la mise en œuvre des freins sur les guéridons utilisés en imagerie

Les EIGS associés à des chutes concernent majoritairement des sujets âgés. Compte tenu de la moyenne d'âge des patients hospitalisés à l'AP-HP (hors hôpitaux pédiatriques), le risque de chute est omniprésent et justifie à la fois un dépistage systématique notamment dans les services hors gériatrie et la mise en œuvre de moyens de prévention. L'implication de l'ensemble des professionnels est essentiel car le risque de chute peut évoluer au cours de l'hospitalisation du fait des traitements, des dispositifs invasifs et de la réhabilitation précoce.

2- Fausses routes asphyxiantes en gériatrie (N=4)

Outils pédagogiques existants :

Procédure AP-HP du CLAN central	En cours de mise à jour
Guide d'analyse d'un EIGS en lien avec une fausse route	https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/Guide-EIGS-Fausse-Route-052021.pdf
Médicaments et troubles de la déglutition	https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2020/03/PRESENTATION-FORMATION-DEGLUTITION-VF.pdf

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Procédures de prévention (dépistage, surveillance des repas) et gestion des fausses routes alimentaires Aide cognitive sur la gestion d'une urgence vitale sur fausse route alimentaire
Organisation des soins	Test de déglutition systématique pour toute entrée en gériatrie Prévoir dans la composition des plateaux destinés aux patients entrants des éléments adaptés à des personnes ayant des troubles de la déglutition Ne pas organiser de réunion avec l'équipe de soins au moment des repas
Ergonomie	Mise à disposition de l'équipe d'un dispositif d'aspiration avec modalités d'utilisation

3- Défaut de place induisant un délai de prise en charge sub-optimal (N=5)

3 en rapport avec un défaut de place au bloc opératoire

2 en rapport avec un défaut de place en pédopsychiatrie

Exemples d'actions d'amélioration mises en place:

Procédures de soins	Procédure de régulation des actes chirurgicaux urgents
Organisation des soins	Définir le parcours de soins de la gestion d'une urgence chirurgicale en provenance d'un autre établissement de santé Définir le parcours de soins en cas de grande garde de neurochirurgie et l'absence d'indication à une prise en soins en neurochirurgie ou réanimation. Gestion de la disponibilité du matériel d'instrumentation pour les chirurgies urgentes
Ergonomie	S'équiper d'une civière cuiller Combi Carrier* avec procédure d'utilisation

4- Prise en charge d'une hémorragie/choc hémorragique (N = 6)

Lieux de survenue :

En médecine

4 en SSPI/USC/réanimation

En chirurgie

Outils pédagogiques existants :

Effet tunnel HAS	Haute Autorité de Santé - L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ? (has-sante.fr)
------------------	---

Exemples d'actions d'amélioration mises en place:

Procédures de soins	Aide cognitive pour la gestion d'une hémorragie au bloc opératoire Procédure sur la gestion des plaies Protocole de surveillance du traitement anticoagulant à dose curative chez les patients à risque (poids extrêmes, insuffisance rénale chronique)
Organisation des soins	Demande d'un avis séniorisé devant la survenue de toute complication inattendue Réaliser le bilan étiologique d'un état de choc survenu en post-opératoire immédiat en SSPI avant le transfert en réanimation
Ergonomie	

5- Prise en charge d'un sepsis (N=3)

Lieux de survenue :

Au SAU

2 en USC/réanimation

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Procédure de triage incluant la fréquence respiratoire Procédure d'orientation vers les centres de santé conventionnés Procédure de sortie du SAU aux heures ouvrables Procédure de prise en charge de la douleur thoracique
Organisation des soins	Standardisation des transmissions sur le modèle SAED Sensibiliser la régulation de la permanence des soins ambulatoires à consulter le dossier médical hospitalier

6- Prise en charge d'une ischémie d'organe (N=1)

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Organisation des soins	Demande d'un avis sénior (chirurgien et radiologue) pour toute suspicion de complication suite à une transplantation du pancréas
------------------------	--

L'encadrement des étudiants est essentiel à la fois pour s'assurer de la sécurité des soins mais également pour leur apprentissage. Cet encadrement ne peut se limiter aux heures ouvrables et des organisations doivent être mises en place pour sécuriser les soins prodigués lorsqu'ils se retrouvent en première ligne.

7- Infection associée aux soins (N=1)

Bactériémie secondaire à une contamination par nutrition parentérale

Outils pédagogiques existants :

Film animé DQ2P : Prévenir les infections associées aux soins : les Voies Veineuse Périphériques	SharePoint de la Direction Qualité Partenariat Patient - Vidéos pédagogiques - Tous les documents (aphp.fr)
Quizz et Vidéo Accident d'exposition au sang	https://lime.aphp.fr/index.php/173911?lang=f

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Procédure sur les gestes techniques en hémodialyse et sur le bio nettoyage de l'environnement patient
Organisation des soins	Ajustement de la sectorisation si risque infectieux identifié

D- Erreurs liées à une procédure opératoire ou anesthésique (N=62)

a. Gestes techniques invasifs (N=23)

1- Gestion voies aériennes (N=5)

1 EIGS sur ré-intubation traumatique après auto-extubation chez nouveau-né prématuré
4 EIGS en rapport avec la gestion d'une trachéotomie (décanulation, prise en soins de saignements, canule phonatoire)

Outils pédagogiques existants :

<ul style="list-style-type: none"> Flash Sécurité patient : Patient trachéotomisé en Service de soins critiques : Trachéo, quand la vie ne tient qu'à un tuyau - HAS février 2024 RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES : Place et gestion de la trachéotomie dans la prise en charge de la dépendance ventilatoire des patients atteints de maladies neuromusculaires lentement évolutives P. 23 P23 HAS 2020 	<p>Haute Autorité de Santé - Flash Sécurité Patient - « Patient trachéotomisé en service de soins critiques... Trachéo, quand la vie ne tient qu'à un tuyau » (has-sante.fr)</p> <p>Haute Autorité de Santé - Place et gestion de la trachéotomie dans la prise en charge de la dépendance ventilatoire des patients atteints de maladies neuromusculaires lentement évolutives (has-sante.fr)</p>
---	--

Exemples d'actions d'amélioration mises en place:

Procédures de soins	<p>Gestion d'une anesthésie générale d'un patient trachéotomisé (réalisation d'une fibroscopie préalable, présence d'un capnographe avant l'induction)</p> <p>Procédure avec fiche réflexe sur la sécurisation des patients trachéotomisés lors du transport intra-hospitalier</p> <p>Procédure sur la gestion d'un patient trachéotomisé (sans et avec valve phonatoire, modalités des aspirations trachéales, changement de canule, conduite à tenir si saignements, obstruction, désaturation)</p> <p>Document de liaison «trachéotomie » à destination du service d'aval ou lors d'un retour à domicile</p>
---------------------	---

Organisation des soins	Demande d'un avis sénior en cas de maladie rare ou symptômes inhabituels
Ergonomie	Mise à disposition dans la chambre d'instruments de secours dans les suites de réalisation d'une trachéotomie

2- Gestion des voies veineuses (N=10)

En rapport avec des embolies gazeuses en lien avec des cathéters veineux centraux et ECMO.

Outils pédagogiques existants :

Flash Sécurité Patient : Cathéter Veineux Central et embolie gazeuse « Il suffit d'une bulle et tout bascule - HAS - Octobre 2023	<u>Haute Autorité de Santé - Flash Sécurité Patient - « Cathéter veineux central et embolie gazeuse...Il suffit d'une bulle et tout bascule » (has-sante.fr)</u>
Docs Erreurs bloc opératoire : actions nationales	<u>1. ssp_no_go.pdf (has-sante.fr)</u>
Film animé AP-HP DQ2P : « Sécurisons nos pratiques sur l'ablation des cathéters veineux centraux » Vidéothèque DQ2P - DQ2P 2023	<u>SharePoint de la Direction Qualité Partenariat Patient - Vidéos pédagogiques - Tous les documents (aphp.fr)</u> <u>https://www.youtube.com/watch?v=t5ses4FnEqE</u>
Bon usage des dispositifs médicaux : Prévenir les embolies gazeuses sur abord vasculaire - CODIMS AP-HP - 2019	<u>COMEDIMS-AP-HP-EMBOLIES-GAZEUSES-BU-janvier-2019-5.pdf (omedit-idf.fr)</u>

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Procédure institutionnelle de retrait de cathéter veineux central Procédure de débullage sur une tubulure de perfusion Protocole de prise en charge des voies centrales posées en dehors du service du fait de montages différents avec risque d'erreurs Procédure de montage d'un accélérateur/réchauffeur, d'une ECMO et surveillance Elaboration d'un document d'information destiné au patient porteur d'un cathéter veineux central
Organisation des soins	Identification de soignants référents voies veineuses Prescription sur ORBIS de tout retrait de cathéter veineux central Toute pose/retrait de cathéter veineux central doit être fait a minima à 2

Ergonomie	Jeter tous les kits incomplets. Toujours garder le matériel suspect pour envoi en matériovigilance
-----------	---

L'embolie gazeuse associée au retrait d'un cathéter veineux central reste un EIGS récurrent, sous-déclaré, pour lequel des barrières de prévention basées sur la formation des professionnels et l'organisation des soins existent. Mais d'autres situations à risque sont à connaître telles que la mise en place d'une ECMO, d'un accélérateur de perfusion ou d'un cathéter veineux ombilical.

3- Epuration extra-rénale (N=1)

1 contamination à l'hépatite C survenue per-dialyse

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Procédure sur les gestes techniques en hémodialyse et sur le bio nettoyage de l'environnement patient
Organisation des soins	Ajustement de la sectorisation si risque infectieux identifié

4- Sondes d'entraînement électro-systoliques (N=2)

Arrêt cardio-respiratoire sur défaut de pile sur pacemaker externe

Arrêt cardio-respiratoire sur tamponnade après ablation accidentelle de sondes d'entraînement électro-systoliques

Exemples d'actions d'amélioration mises en place:

Procédures de soins	Procédure sur l'utilisation des boîtiers de pacemaker externe
Organisation des soins	Mise en place d'une surveillance des boîtiers de pacemaker
Ergonomie	Mise à disposition d'un 2ème câble stérile lors de la pose d'un pace maker externe

5- Autres EIGS en lien avec la gestion de l'urgence vitale (N=5)

Arrêt cardio-respiratoire après une séance d'hémodialyse

Arrêt cardio-respiratoire per épreuve d'effort

Arrêt cardio-respiratoire par inhalation massive après usage de gastrografine

Arrêt cardio-respiratoire sur tamponnade après myélogramme

Arrêt cardio-respiratoire par inhalation massive après introduction d'une nutrition sans contrôle de la position de la SNG

Outils pédagogiques existants :

Gestion des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement (3.6-05) selon le référentiel de certification - HAS 2023	fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf (has-sante.fr)
Mise en place d'une check list au branchement d'hémodialyse	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/po158.pdf

Repérage vasculaire par échographie et ponction échoguidée d'une fistule artérioveineuse chez un patient hémodialysé réalisé par un infirmier	https://www.sfndt.org/professionnels/boite-outils
Flash sécurité sur le contrôle des sondes nasogastriques	https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367515/fr/flash-securite-patient-changement-de-sonde-nasogastrique-une-mauvaise-position-et-c-est-la-reanimation

Exemples d'actions d'amélioration mises en place:

Procédures de soins	Procédure de gestion de l'urgence vitale avec numéro unique Procédure sur la pose d'une SNG et surveillance notamment (y compris lors d'un test à la gastrografine) Procédure sur la réalisation d'un myélogramme par ponction sternale (y compris la gestion d'un saignement anormal au point de ponction)
---------------------	---

La prise en charge adaptée de l'urgence vitale intra-hospitalière, qu'elle soit ou non liée aux soins doit sans doute être améliorée : l'usage d'un numéro unique connu de tous, l'usage d'aides cognitives notamment pour la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, des professionnels formés par exemple par simulation régulière, et la mise à disposition de matériel régulièrement vérifié et exclusivement dédié à cette prise en charge.

b. Geste opératoire (N=28)

1- Per-opératoire (N=19)

- 1 intervention annulée après l'induction anesthésique car incompatible avec la présence d'un pace maker
- 1 erreur de côté
- 8 textilomes/oublis d'instruments
- 1 arrêt cardio-respiratoire pendant insufflation de la cœlioscopie
- 2 surcharges hydriques suite au défaut de surveillance du bilan E/S du liquide d'irrigation
- 1 brûlure avec eau utilisée pour nettoyer le champ opératoire
- 2 chocs hémorragiques
- 1 transmission infectieuse par greffon
- 1 ischémie cérébrale sur défaut de surveillance du débit de l'ECMO en peropératoire pendant transplantation pulmonaire

Outils pédagogiques existants :

Flash Sécurité Patient « Sécurité au bloc opératoire « un petit check vaut mieux qu'un grand choc » Juin 2021	Haute Autorité de Santé - Flash sécurité patient - « Sécurité au bloc opératoire. Un petit check vaut mieux qu'un grand choc ! » (has-sante.fr)
Film animé sur la prévention du Textilome + MINOS (prévention, récupération, atténuation) Lien SharePoint DQ2P 2024	SharePoint de la Direction Qualité Partenariat Patient - Vidéos pédagogiques - Tous les documents (aphp.fr)

Bilan Visites de risques « Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse au bloc/SSPI » Lien SharePoint DQ2P 2023	
Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique ?	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/1_ssp_be.pdf
No Go au bloc opératoire Comment renforcer les barrières de sécurité ?	1. ssp_no_go.pdf (has-sante.fr) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/22_cl_professionnelbo_un_programme_pour_diminuer_les_complications_peri-operatoires.pdf

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	<p>Procédure de comptage des instruments et textiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire des comptages intermédiaires en cas de changement d'équipe et les notifier dans la feuille de salle et sur ORBIS <p>Faire un temps de pause commun des professionnels (chirurgien, instrumentistes et circulantes) lors du comptage. Pas de compte = pas de fil de fermeture remis</p> <p>Faire un comptage des champs avant la fermeture de l'aponévrose et avant la fermeture cutanée (deux comptages).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Annonce à voix haute du maintien d'un champ intra-abdominal (fixer une pince si possible). Le tracer dans la feuille de salle et sur ORBIS - Faire un comptage du petit matériel <p>Etablir une liste des interventions nécessitant impérativement l'usage d'un bistouri monopolaire</p> <p>Procédure sur l'insufflation du pneumopéritoine lors d'une coelio-chirurgie</p> <p>Procédure sur l'irrigation lors d'une hystérocopie,</p> <p>Rédaction d'une note d'informations sur les difficultés/complications postopératoires spécifiques à la chirurgie par voie transorale</p> <p>Procédure sur l'urgence vitale, code rouge</p> <p>Procédure en cas de lésion vasculaire (prise de contact avec l'équipe de chirurgie vasculaire) et transfusion massive</p>
Organisation des soins	Tenir compte dans la programmation du bloc opératoire des risques associés à l'intervention prévue

	<p>Tenir compte du besoin d'utiliser une pince unipolaire si présence d'un pace maker</p> <p>Réalisation conforme de la check-list HAS et traçabilité en temps réel</p> <p>Favoriser un climat de confiance permettant le « osez dire » si doute sur une non-conformité du comptage</p> <p>Eviter les interruptions de tâches lors des transmissions</p> <p>Favoriser l'alternance IBODE titulaires / intérimaires pour les postes IBODE circulante/instrumentiste</p> <p>Possibilité d'appeler l'IBODE d'astreinte en cas de surcharge de travail en salle et d'appeler le cadre de nuit en cas de difficulté organisationnelle</p> <p>Séniorisation en cas de nouvelle technique chirurgicale (ex : chirurgie transorale)</p>
Ergonomie	<p>Utilisation d'ORBIS pour la traçabilité de la check-list, des comptages d'instruments et textiles</p> <p>Pince bipolaire : vérification du témoin sonore lorsqu'elle est activée et ne pas la poser dans une cupule avec du liquide ou sur un champ humide</p> <p>Hystérosopes : vérification de la présence exclusive d'anses bipolaires</p>

L'oubli de textile ou d'instrument chirurgical est un évènement indésirable grave évitable pouvant être prévenu par l'application des bonnes pratiques, en particulier la réalisation de la phase 3 de la check liste HAS et la réalisation d'une radiographie au bloc opératoire en cas de doute.

2- Post-opératoire immédiat (N=6)

1 arrêt cardio-respiratoire en fin d'intervention pour duodéno-pancréatectomie céphalique

3 complications positionnelles : 1 syndrome des loges, 1 paralysie plexus brachial, 1 saignement intracrânien (mobilisation têtère)

1 ischémie d'organe post-opératoire

1 arrêt cardio-respiratoire à J1 post-opératoire d'une cure d'éventration

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	<p>Procédures précisant les modalités d'installation sur la table opératoire et le matériel nécessaire et la surveillance peropératoire</p> <p>Protocole de prévention des thromboses veineuses profondes précisant l'indication de la compression pneumatique intermittente en peropératoire et postopératoire</p> <p>Aide au diagnostic de syndrome de loges en SSPI</p> <p>Procédure sur la réalisation/surveillance des anesthésies locorégionales avec check-list pour limiter le risque d'erreur de côté</p>
---------------------	--

	Protocole de prise en charge des lésions nerveuses post-opératoires
Organisation des soins	Vérification en double équipe de la position sur la table opératoire Concertation en double équipe si besoin de changement de position en peropératoire Refaire la phase 2 de la check-list si changement d'équipe Pérenniser les équipes de référence sur la région parisienne (ex : plaie vasculaire en pédiatrie) et les modalités de déplacement en urgence
Ergonomie	Plan de maintenance préventive et de remplacement pour les dispositifs à risque pour lesquels il n'y a pas de préconisation du fabricant. Utilisation des Pompes élastomériques systématiques pour les APD Préparation des pompes à faire au bloc et non en SSPI.

3- Gastro-entérologie interventionnelle (N=2)

Choc hémorragique post-ampullectomie
Pancréatite aiguë post CPRE

Outils pédagogiques existants :

Check list sécurité du patient en endoscopie digestive	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/2010_cl_endoscopie_digestive_sfed_has.pdf
Check list sécurité du patient en endoscopie bronchique	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/2011_cl_endoscopie_bronchique_has_ffp.pdf

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Dépistage systématique des cardiopathies congénitales en cas de syndrome multi malformatif en préopératoire Procédure sur les modalités d'une sortie nocturne de SSPI
Organisation des soins	Identifier dès la RCP un chirurgien référent pour chaque patient devant bénéficier d'une endoscopie difficile ou à haut risque de complication, formaliser les modalités de communication Demande d'un avis sénior en cas de complication post-opératoire
Ergonomie	

4- Pneumologie interventionnelle (N=1)

Hémorragie massive après biopsies Trans bronchiques

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Protocole sur la prise en charge des hémoptysie per-fibroscopie Modification de la feuille d'information avec mention du risque de décès
Organisation des soins	Indication de la réalisation de biopsies Trans bronchiques validée collégialement surtout pour les patients les plus fragiles

c. Geste anesthésique (N=4)

Utilisation de produits anesthésiques en imagerie par personnel non spécialisé en anesthésie

Utilisation de technique anesthésique de type « AIVOC » en médecine intensive et réanimation

Inhalation massive suite à l'induction anesthésique pour FOGD

Défaut de surveillance de l'éveil en per-anesthésique

Outils pédagogiques existants :

Anesthésie en dehors du bloc	https://www.apsf.org/fr/article/la-securite-de-lanesthesie-hors-du-bloc-operatoire-ahbo/
------------------------------	---

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Procédure de transport des patients de réanimation nécessitant un examen radiologique et scope compatible avec la réalisation de l'IRM (amagnétique). procédure synthétique AIVOC (« GO LIST » : présence d'un médecin sénior, information de l'IDE ...)
Organisation des soins	Mise en œuvre d'un groupe de travail sur la « concordance des temps médicaux et paramédicaux » Adaptation de la procédure institutionnelle de l'hôpital « abord vasculaire » aux particularités du service Sensibilisation des équipes à la communication interprofessionnelle Appel du senior l'identification d'une situation inhabituelle
Ergonomie	Vérification de la fonctionnalité du matériel de réanimation en IRM (compatibilité des patches avec le défibrillateur) Réglage des alarmes sur les scopes de monitoring

Toute procédure anesthésique est un acte de soin spécialisé, à réaliser par des professionnels formés, encadrés. Aucun acte d'anesthésie même local n'est anodin, et nécessite d'être procéduré. Le monitoring et la surveillance per anesthésique relèvent de ces mêmes règles afin de limiter la récurrence des événements indésirables tels que les erreurs médicamenteuses ou le réveil per anesthésique.

d. Geste radiologique interventionnel (N=7)

Migrations iatrogènes d'embolies après embolisation (ischémie médullaire, AVC, embolie pulmonaire)

Hémorragies post-geste

Inhalation de gastrografine

Actions locales

Outils pédagogiques existants :

Check list sécurité du patient en radiologie interventionnelle	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/check-list_securite_radiologie_interventionnelle.pdf
Note d'information destinée aux patients pour embolisation artérielle	Note d'information
Note d'information destinée aux patients lors de l'embolisation d'anévrisme cérébral	Brochure-embolisation

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	<p>Procédure d'urgence vitale en radiologie interventionnelle</p> <p>Check liste d'ouverture de la salle de radiologie interventionnelle</p> <p>Procédure sur la réalisation des drainages pleuraux en radiologie (position latérale, privilégier Seldinger, drain de petit calibre, modalités de surveillance/lieu d'hospitalisation)</p> <p>Procédure écrite sur les techniques d'embolisation (modalités de dilution des médicaments, rinçage, utilisation des cathéters à ballonnet)</p> <p>Protocole de gestion des anticoagulants en péri opératoire d'une ponction biopsie rénale</p> <p>Préciser dans les feuillets d'information sur les biopsies sous scanner le risque hémorragique</p> <p>Préciser dans les feuillets d'information sur l'embolisation du risque ischémique</p>
Organisation des soins	<p>Coordination des avis spécialisés en RCP afin d'affiner la balance bénéfices-risques associé au geste envisagé notamment en cas de situations complexes</p> <p>Mise en place de la consultation de radiologie interventionnelle pour les biopsies d'organes profonds</p> <p>Réorganisation de la programmation staff multidisciplinaire de priorisation des biopsies</p> <p>Appel du radiologue au prescripteur en cas de modification du geste initialement prévu</p> <p>En cas de geste à risque hémorragique, proposer systématiquement la réalisation du score HEMOSTOP et si 1 point, avis spécialisé</p> <p>Création d'un registre de prise en charge pour mieux évaluer les facteurs pronostiques</p>
Ergonomie	<p>Rendre systématique la mise en place d'un cathéter veineux central avant intervention radio-vasculaire</p> <p>Obtenir des séries à l'injecteur à chaque étage intercostal et lombaire lors des procédures d'embolisation de ces artères</p>

	<p>Monitoring des paramètres vitaux systématique en cas de biopsies profondes</p> <p>Modifier l'intitulé du titre du compte-rendu qui apparaît dans le dossier médical ORBIS</p>
--	--

E- EIGS sans cause évidente retrouvée (N=4)

3 décès inexpliqués

Autre EIGS hors catégorie : agression d'un patient par un professionnel (mise en jeu du pronostic vital)

F- Erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic (N=14)

Interprétation du tableau clinique et des examens complémentaires :

a. Régulation par SAMU (N=2)

Prise en soins de troubles de la conscience

Prise en soins d'une douleur du membre inférieur

Outils pédagogiques existants :

Flash sécurité sur la régulation SAMU	https://www.has-sante.fr/jcms/p_3291312/fr/flash-securite-patient-samu-et-si-coordonner-rimait-avec-communiquer https://www.has-sante.fr/jcms/p_3311271/fr/flash-securite-patient-samu-et-si-chacun-jouait-sa-partition
---------------------------------------	--

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Vérifications des compétences (diplômes et mises à jour) et rappel sur les bonnes pratiques pour les ambulanciers : <ul style="list-style-type: none">○ Nécessité de passage d'un bilan en cas d'anormalité des constantes vitales.○ Nécessité de consigner sur la fiche de transport toute la surveillance des constantes vitales lors de la prise en charge
Organisation des soins	
Ergonomie	

b. Prise en charge aux urgences (N=7)

Médicales :

Diagnostiques de sepsis

Diagnostiques d'AVC

Diagnostic d'embolie pulmonaire

Chirurgicales :

Diagnostic de volvulus du grêle

Outils pédagogiques existants :

Campagne nationale destinée au grand public sur les signes cliniques évocateurs d'AVC devant alerter	https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/les-signes-de-l-avc
Rapport HAS « Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables associés aux soins (EIGS) en	https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-05/spa_302_rapport_analyse_eigs_urgences_vd.pdf

lien avec les services des urgences » -	
---	--

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Mesure systématique formalisée de la FR par l'IAO et prise en compte dans le tri des patients Charte de fonctionnement entre SAU et les services de radiologie : rappel des délais de validation de comptes rendus radiologiques, et de la priorisation des examens et de la communication directe des résultats entre médecins en cas de diagnostic justifiant une prise en charge urgente
Organisation des soins	Réaliser une correspondance entre les patients physiquement présents et leur visualisation sur ORBIS à chaque transmissions médicales et paramédicales S'assurer de la réception des résultats d'examens prescrits avant de porter un patient en sortie Transmission avant le départ, par l'effecteur, d'un bilan au centre de régulation médicale pour chaque intervention Sensibiliser la régulation PDSA à consulter le dossier médical hospitalier (ORBIS) Staff commun avec USINV
Ergonomie	

Les erreurs diagnostiques au SAU sont de l'ordre de 5% et concernent majoritairement les maladies cardio-vasculaires et le sepsis.

c. *Prise en charge en hospitalisation conventionnelle (N=5)*

Prise en charge d'une pathologie oncologique complexe

Prise en charge de douleurs post-opératoires après suspicion de torsion testiculaire

Prise en charge d'une fistule post-opératoire digestive

2 prises en charge d'une hyperkaliémie

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Traçabilité des discussions en réunion de concertation pluridisciplinaire Vigilance particulière à avoir pour les équipes médicales de garde aux urgences, lors du 2e passage d'un enfant et à fortiori la nuit. Procédure de transmission téléphonique des résultats anormaux : sécuriser la communication Check-list HAS « Coordination services d'urgences et de chirurgie orthopédique et traumatologique »
Organisation des soins	Liste de garde et liste hebdo de radiologie communiquée tous les mois aux urgences pédiatriques et la liste hebdomadaire des radiologues aux pédiatres Staff médico-chirurgical (pédiatres) hebdo pour la discussion des dossiers compliqués

	Améliorer la communication médicale au sein de l'équipe de chirurgie et avec les radiologues particulièrement en cas de survenue de complications ou d'évènements indésirables. Exhaustivité et délais des comptes rendus des examens radiologiques et des comptes rendus chirurgicaux.
Ergonomie	

G- Erreurs en lien avec une prise en charge obstétricale (N=3)

Décès maternel chez une patiente ayant une maladie d'Ehler Danlos
 Hypoxémie néonatale sévère en lien avec un défaut d'interprétation des anomalies du rythme cardiaque fœtal
 Décès maternel à J5 suites de couches

Exemples d'actions d'amélioration mises en place:

Procédures de soins	Utilisation de la classification FIGO à destination de l'ensemble des médecins et sages-femmes pour l'analyse du RCF et modalités des appels après au plus tard 30 minutes d'anomalie du rythme cardiaque fœtal : contexte, dilatation, description du rythme, dynamique utérine Systématisation des écrits sur le partogramme papier en cas d'anomalie du rythme
Organisation des soins	Systématisation des rencontres entre les équipes impliquées pour les parturientes porteuses de maladie rare Suivi des dossiers présentés au staff le matin / séminaire trimestriel pour la revue des dossiers qui ont posé problème en salle de naissance pour débriefing des équipes
Ergonomie	

H- Erreurs liées au matériel, à l'infrastructure ou à la stérilisation (N=6)

Fragmentation d'un ballonnet d'angioplastie
 Valve cardiaque sertie à l'envers
 Fragmentation du guide
 Hypothermie secondaire à l'utilisation d'ECCOR
 Migration d'une prothèse Amulet
 Rupture de la collerette

Outils pédagogiques existants :

Les bons réflexes face à un incident grave impliquant un dispositif médical -	Bons reflexes face a un incident grave impliquant un DM.pdf (aphp.fr)
---	---

Exemples d'actions d'amélioration mises en place :

Procédures de soins	Sensibiliser les personnels aux risques de pratiques non validées et sur la nécessité d'alerter l'encadrement ou les médecins en cas de dysfonctionnement logistique. Vigilance sur l'utilisation de tout dispositif électrique
Organisation des soins	Réflexion sur une reprogrammation du patient pour chirurgie sous AG dans des contextes similaires après concertation Double contrôle systématique du sens de sertissage, pour les valves percutanées ballon expandables, directement sur la table de sertissage avant positionnement dans le dispositif d'insertion.
Ergonomie	Achat de systèmes de réchauffement externe

I- Erreurs liées à l'information et au système d'information

0 EIGS

IV- Conclusions >>

Entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 janvier 2024, 180 EIGS ont été déclarés à l'ARS par l'AP-HP. Si ce chiffre est en progression, il demeure modeste au regard de l'activité de l'AP-HP et des données épidémiologiques nationales. Les délais observés de déclaration à l'ARS (43 jours en médiane) restent longs en 2023 et ne répondent pas aux exigences réglementaires d'un système d'alerte. A l'issue de ces déclarations, des analyses sont menées en équipe pluridisciplinaire permettent dans la majorité des cas de déterminer les causes profondes de ces événements et d'identifier des barrières de sécurité et des actions d'amélioration. Il faut noter cependant qu'à ce jour dans près de 15% des cas, ces analyses n'ont pas encore été transmises à temps à l'ARS. Ces différents résultats témoignent des progrès à faire en terme de culture de sécurité et la pertinence d'être toujours plus accompagné par les Coordonnateurs de la Gestion de Risques Associés aux Soins et (CGRAS) et des Directions Qualité, pour mener à bien ces démarches.

Parmi les EIGS déclarés en 2023, ceux survenus en péri-opératoire sont les plus nombreux avec notamment des événements évitables tels que l'oubli de textiles ou d'instruments en per-opératoire. A cet effet, plusieurs outils ont été mis à disposition des professionnels pour les sensibiliser à cette problématique et pour mieux sécuriser le comptage des textiles. D'autres EIGS évitables tels que les embolies gazeuses associées au retrait de cathéter subsistent avec un besoin de formation qui reste important et une meilleure connaissance des outils existants.

En 2024, parmi les actions prioritaires, on retiendra la possibilité pour tout service, de solliciter le service risques et vigilances de la direction qualité partenariat patient, pour une visite de risques sur la sécurisation médicamenteuse et pour les blocs opératoires, de solliciter une formation en équipe sur les compétences non techniques. L'année 2024 sera aussi celle du déploiement du bracelet rouge pour prévenir les erreurs médicamenteuses en lien avec l'allergie, de la publication d'une fiche réflexe sur le risque d'agression sexuelle et de la mise à jour du document institutionnel sur les chutes. Un travail devrait être mise en route pour sécuriser la surveillance du patient trachéotomisé. A l'occasion de la semaine sécurité qui aura lieu en septembre prochain plusieurs actions seront menées autour de la thématique nationale « améliorer le diagnostic pour la sécurité du patient ». Enfin 2024 sera l'année du déploiement de la nouvelle version de l'outil de déclaration interne des EIAS, (OSIRIS), qui permettra aux déclarants de connaître la prise en charge de leurs déclarations mais aussi aux services de réaliser des extractions de leurs EIAS déclarés.