



# Séminaire COVIRIS central janvier 2025

Evènements indésirables graves associés aux soins



**Paule Kujas**

DPQAM, Direction Qualité Partenariat Patient

**Yên-Lan Nguyen**

Service risques et vigilances

DPQAM, Direction Qualité Partenariat Patient

**David Osman**

Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins (CGRAS), AP-HP

22 01 2025



## 1<sup>er</sup> séminaire participatif du COVIRIS

- Objectif de 2 séminaires chaque année
- Répondre à des questions fréquemment rencontrées en GDR
- Alimenter le prochain projet d'établissement
- Trois questions sélectionnées cette fois :

1. Comment faciliter la mission des CGRAS ?
2. Devons nous définir des Never Events pour l'AP-HP ?
3. Comment prendre en charge un EIG en cas de plainte ou réclamation ?

Séminaire



## Organisation du séminaire

- **40 participants**  
médecins, cadres, CGRAS, vigilants, directeurs qualités, gestionnaires de risque, RU, CRUA

- **Introduction des 3 thématiques**
- **Répartition des participants en 3 groupes**
- **Participation par groupe aux 3 ateliers (20' par atelier)**
- **Restitution et discussion plénière par thématique (30' par thématique)**
- **Synthèse « graphique » des discussions**

## Aujourd'hui

- **Propositions de recommandations**

Organisation

3



**Comment**

faciliter la mission de CGRAS ?



4



# Les missions de CGRAS

*Circulaire DGOS/PF2 no 2011-416 de 2011*

- Apporter un **appui stratégique** au président de la CME et au représentant légal de l'établissement de santé en matière d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- Apporter **conseil et expertise méthodologique** à la commission médicale d'établissement pour l'élaboration du programme d'actions.
- Contribuer à la **lisibilité de ce programme d'actions** par les professionnels de l'établissement et les autorités, favoriser son appropriation par les acteurs directs.
- Assurer une **cohérence des actions engagées** par les différents professionnels impliqués dans la gestion des risques associés aux soins.
- Assurer une **cohérence** de la démarche de gestion des risques associés aux soins **avec les différents projets de l'établissement.**
- S'assurer de l'**effectivité**, dans l'établissement, des **dispositifs de vigilance et de signalement.**



## Missions des CGRAS

6

MINISTÈRE



### FEUILLE DE ROUTE 2023-2025 SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DES RÉSIDENTS



## AXE 3

### AMÉLIORER LA CAPITALISATION SUR LES RETOURS D'EXPÉRIENCE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Coordination de l'axe :  
Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques  
et organisations en santé (FORAP)

Le retour d'expérience est une dimension essentielle pour le développement de la culture de sécurité qui a fait l'objet de 2 campagnes menées en amont du déploiement de la feuille de route nationale. Tant au niveau des établissements de santé qu'auprès des EHPAD, ces dernières (accompagnées par les structures régionales d'Appui (SRA) à la qualité des soins et la sécurité des patients) ont montré notamment l'importance de développer des organisations apprenantes en mobilisant le retour d'expérience.

L'axe 3 se décline en 4 actions :

- **Action 1** | Organiser des réunions de partage d'expérience au niveau national
- **Action 2** | Organiser un partage et une mutualisation des retours d'expérience au niveau régional
- **Action 3** | Inciter à la mise en œuvre de revue mortalité morbidité ville-hôpital
- **Action 4** | Clarifier le positionnement et les compétences attendues en matière de coordonnateur de la gestion des Risques associés aux soins



Missions des  
CGRAS

7

Population étudiée : **Echantillon total**  
Taille de l'échantillon : 29 réponses

## Résultats de l'enquête relative aux EIGS dans les CHU

### Septembre 2024

**29** établissements ayant répondu :

Etablissement

Etablissement

AP-HM	HOSPICES CIVILS LYON
AP-HP	CHU TOULOUSE
CHR METZ THIONVILLE	CHU SAINT-ETIENNE
CHRU NANCY	CHU ROUEN
CHRU TOURS	CHU REUNION
CHU AMIENS Picardie	CHU RENNES
CHU ANGERS	CHU REIMS
CHU BESANCON	CHU POITIERS
CHU BREST	CHU ORLEANS
CHU CAEN Normandie	CHU NIMES
CHU CLERMONT-FERRAND	CHU NICE
CHU DIJON	CHU NANTES
CHU GRENOBLE	CHU MONTPELLIER
CHU LILLE	CHU MARTINIQUE
CHU LIMOGES	



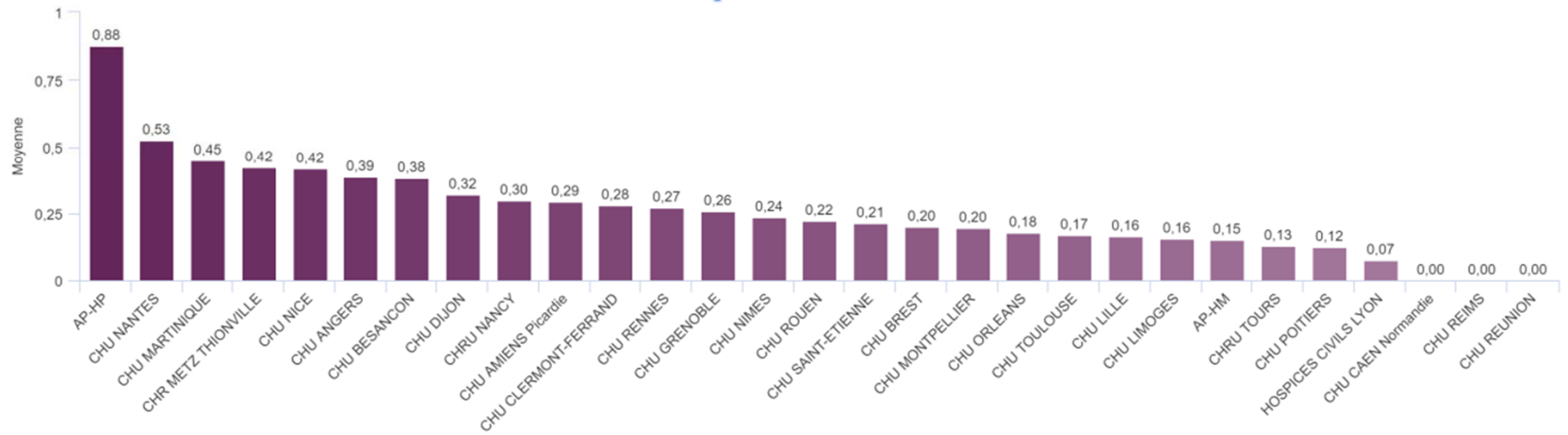
Plénière Limoges (octobre 2024)  
**Pierre-Joël TACHOIRES**



## Missions des CGRAS



### Ratio de CGRAS pour 500 lits







# Enquête CGRAS AP-HP

Enquête 2023  
19 CGRAS répondant

Age médian

**53 ans**  
[51 - 63]

Statut PH

**89%**

Temps dédié

**47%**  
(5 temps plein)

Temps consacré  
en l'absence de temps dédié

**0,5** le plus souvent  
[0,2 - 2]

Enquête  
APHP

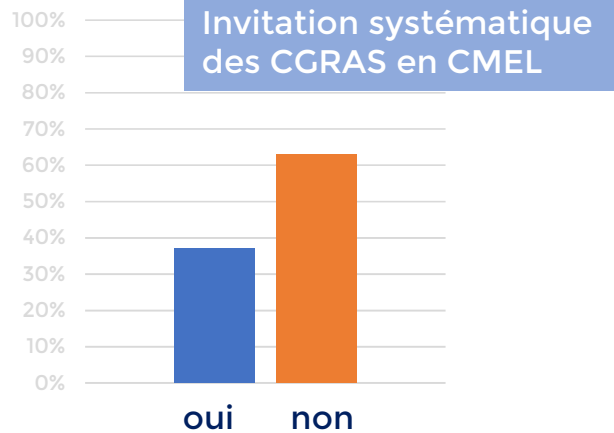
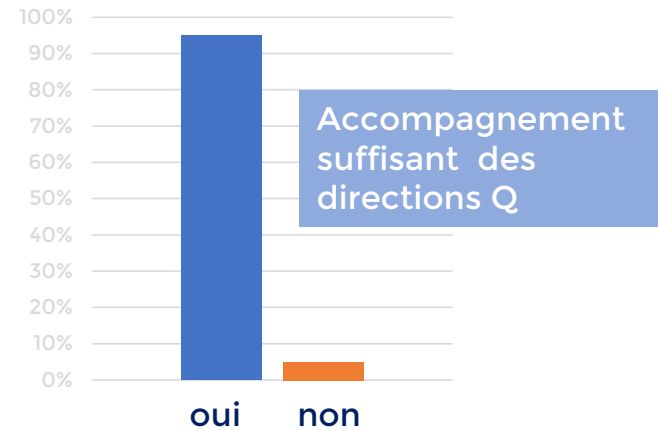
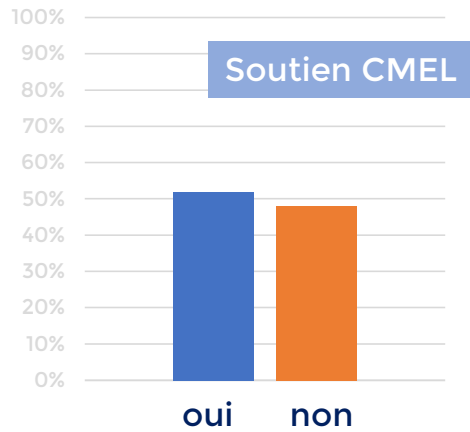
## Caractéristiques par GHU

	Nord	Centre	Sorbonne	Seine Saint Denis	Mondor	Saclay	Hors GH
Nb de lits	3900	4000	4036	1146	2490	3187	438
Nb de sites	7	7	5	3	5	7	5
Nb de CGRAS	6	6	2	1	1	2	5



# Enquête CGRAS AP-HP

Enquête AP-HP



mais aussi

- 37 % des CGRAS : certains de poursuivre dans les 5 ans
- 4/5 s'arrêtant en 2024 n'ont pas trouvé de successeur
- 1 site actuellement sans CGRAS

**Séminaire  
COVIRIS**

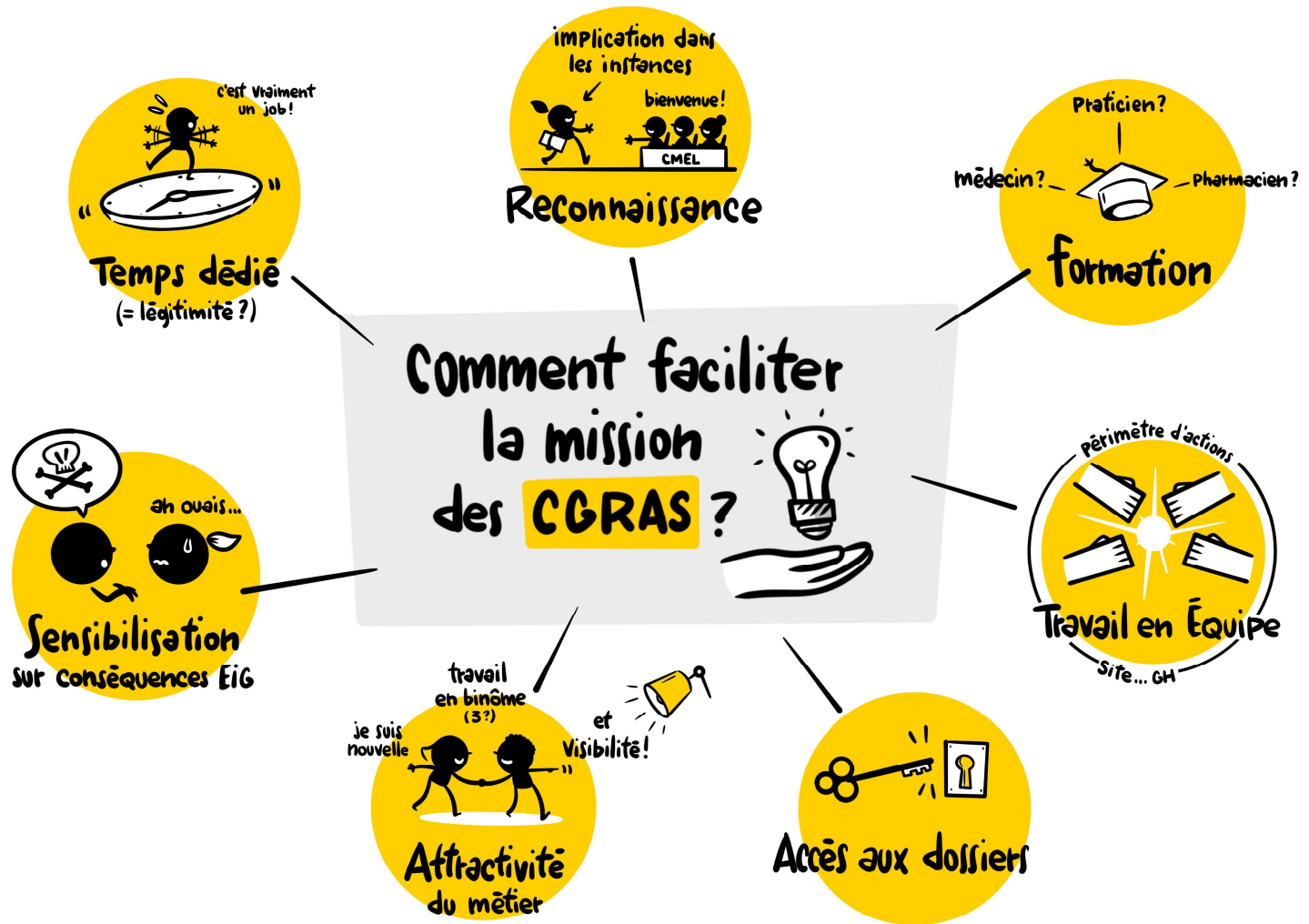


14 janvier 2025

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS



Récolte visuelle par  
Guillaume Monnain  
Pour 



## Propositions de préconisations AP-HP

1. Le CGRAS doit disposer d'un **temps dédié** adapté à son périmètre géographique d'exercice
2. Idéalement ce périmètre serait limité au **site** où le CGRAS exerce son activité soignante
3. A l'échelle d'un site, le temps dédié ne doit **pas être inférieur à 0,2 ETP**
4. Le CGRAS doit s'appuyer sur chaque site sur **un GDR et un membre de la DSAP**
5. La direction qualité du GHU doit élaborer une **lettre de mission** pour chacun de ces CGRAS
6. Les CGRAS doivent être systématiquement **invités en CMEL** et participer à son bureau
7. La participation des CGRAS au **COMEX** est souhaitée
8. Le GHU doit régulièrement **communiquer sur la fonction de CGRAS** et donner de la visibilité aux personnes qui l'assument
9. Pour mener à bien ses missions, **le CGRAS doit se former**
10. Les **modalités d'accès au dossier patient** des CGRAS doivent être définies



» 2

**Devons-nous**

définir des Never Events pour l'AP-HP ?

13



## Rappel: définition réglementaire

Aujourd'hui une déclaration des EIG à l'ARS  
selon une définition généraliste ...



### Never Events

*« Déclaration des événements indésirables graves associés à des soins »*

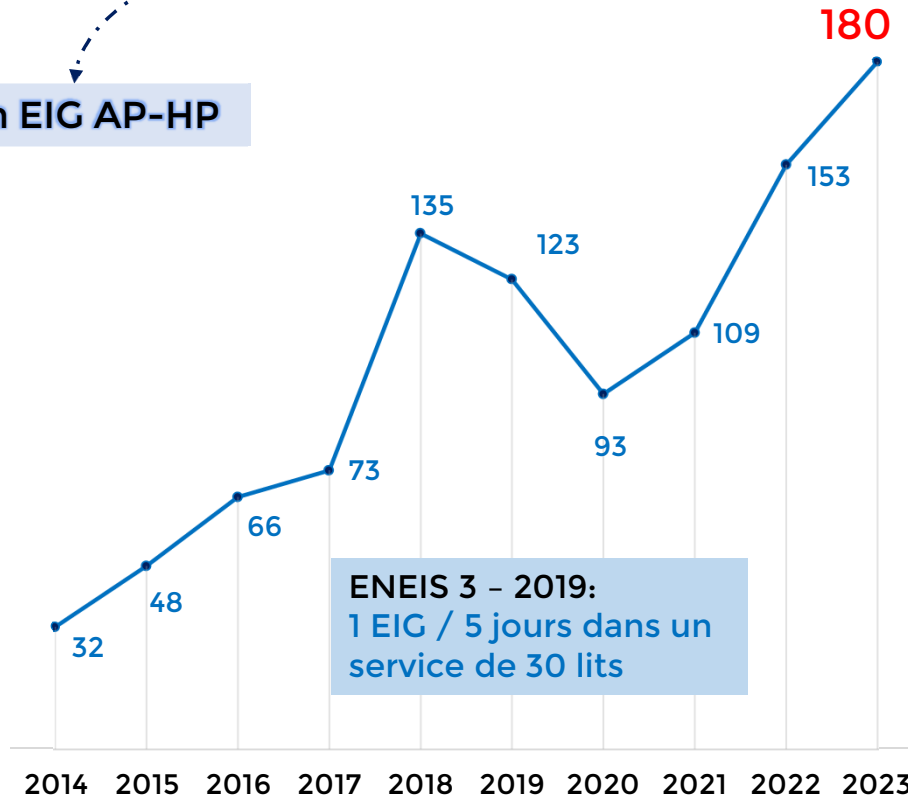
« Art. R. 1413-67. – Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

**Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016**



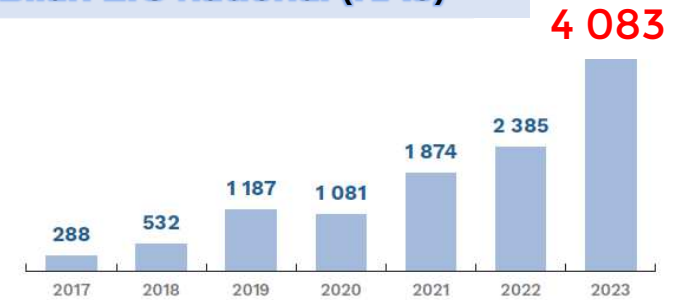
... pour un état des lieux (quantitatif) perfectible

Bilan EIG AP-HP



ENEIS 3 - 2019:  
1 EIG / 5 jours dans un  
service de 30 lits

Bilan EIG national (HAS)



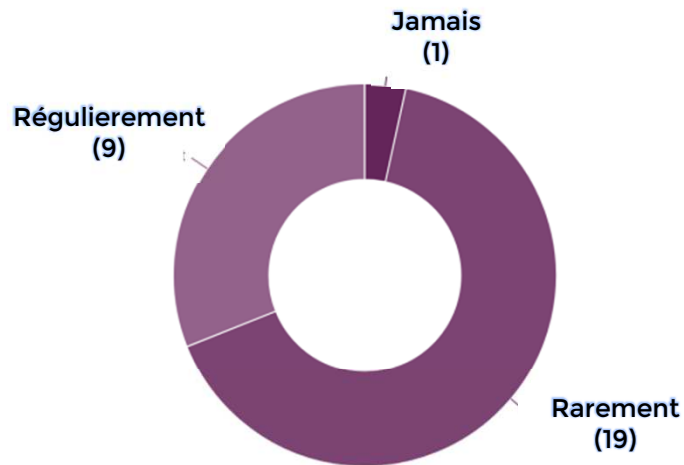
ENEIS 3 - 2019:  
160 000 à 375 000 EIGs chaque  
année au cours d'un séjour  
hospitalier

Never Events

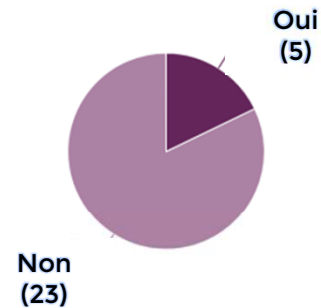


Population étudiée : **Echantillon total**  
Taille de l'échantillon : 29 réponses

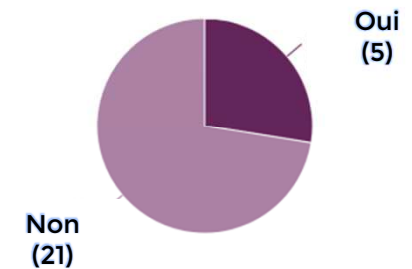
### éprouvez-vous des difficultés pour qualifier un EI en EIGS (même avec la définition du décret de novembre 2016) ?



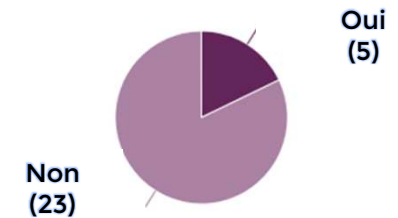
### avez-vous des critères objectifs pour qualifier le caractère inattendu ?



### avez-vous des critères objectifs pour qualifier le « pronostic vital engagé » ?



### avez-vous des critères objectifs pour qualifier le caractère « associé aux soins » ?



Never Events





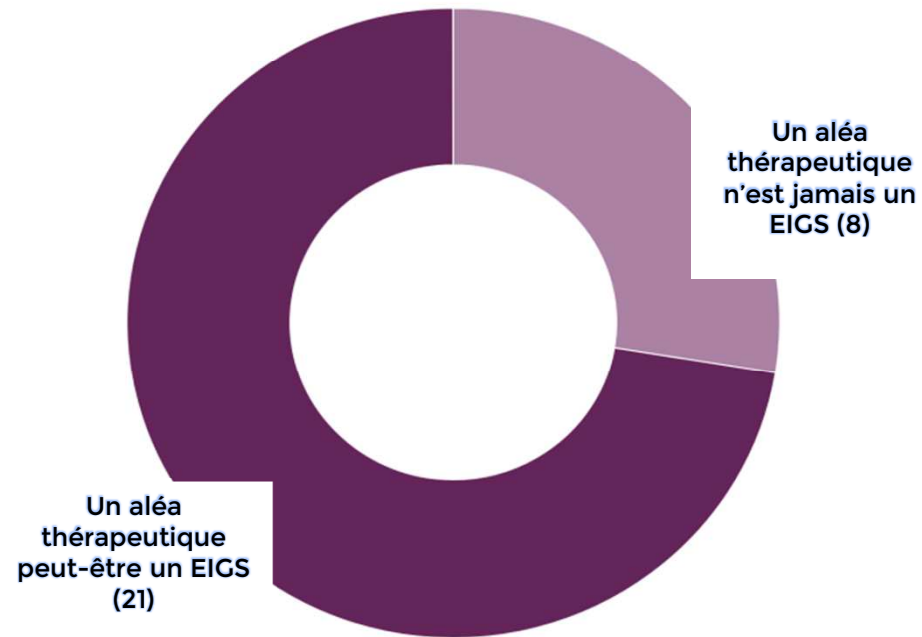
Never Events

17

Population étudiée : **Echantillon total**  
Taille de l'échantillon : 29 réponses



### Comment vous positionnez-vous par rapport aux aléas thérapeutiques ?

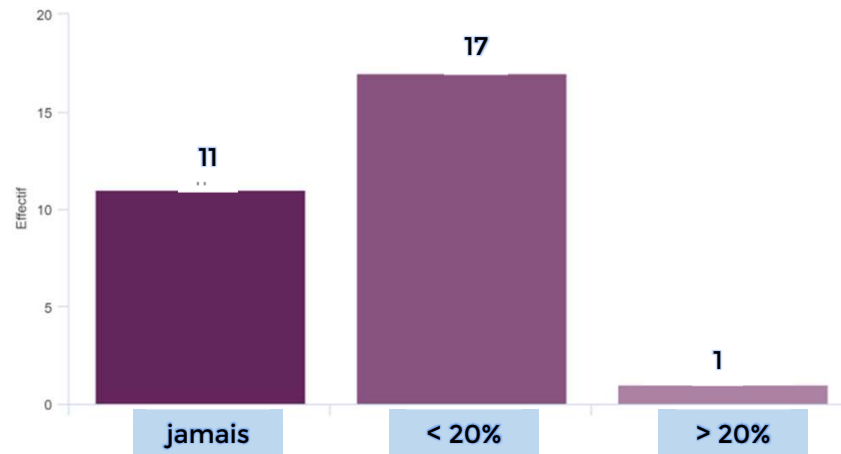




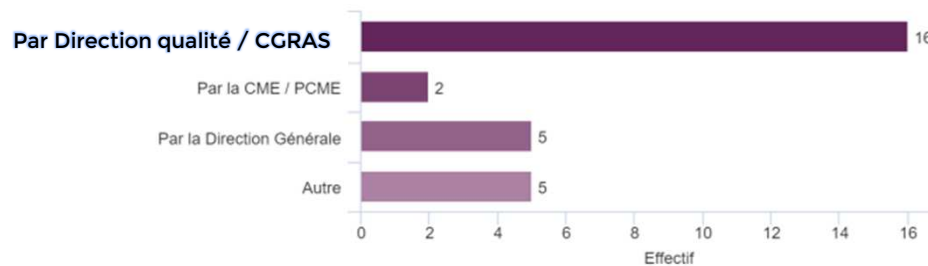
Never Events

18

Les signalements internes d'EIGS sont-ils « filtrés », c'est-à-dire connus mais par force saisies sur le portail national de signalement (indépendamment de l'analyse qui sera réalisée au sein de l'établissement)



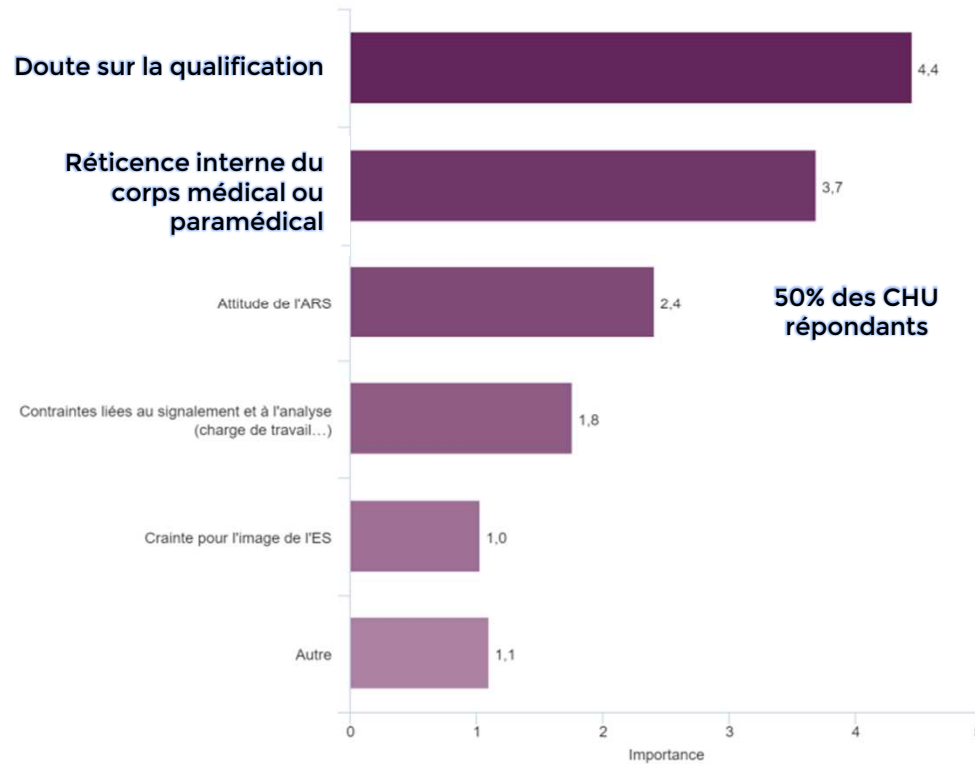
Par qui ce filtre est-il réalisé ? (choix multiple)





## Never Events

Quels sont les principaux motifs d'hésitation qui ont amené, amènent ou pourraient amener votre établissement à ne pas signaler certains EIGS sur le portail de signalement ? (glisser déposer par ordre d'importance, du plus important (en haut) au moins important (en bas))





# Introduction du concept NEVER EVENTS au USA en 2002 (2 actualisations, la dernière en 2011)

## Serious reportable events » (SRES)



### 1. Surgical or Invasive Procedure Events

- A. Surgery or other invasive procedure performed on the wrong site
- B. Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient
- C. Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient
- D. Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other invasive procedure
- E. Intraoperative or immediately postoperative/postprocedure death in an ASA Class 1 patient

### 2. Product or Device Events

- A. Patient death or serious injury associated with the use of contaminated drugs, devices, or biologics provided by the healthcare setting
- B. Patient death or serious injury associated with the use or function of a device in patient care, in which the device is used or functions other than as intended
- C. Patient death or serious injury associated with intravascular air embolism that occurs while being cared for in a healthcare setting

### 3. Patient Protection Events

- A. Discharge or release of a patient/resident of any age, who is unable to make decisions, to other than an authorized person
- B. Patient death or serious injury associated with patient elopement (disappearance)
- C. Patient suicide, attempted suicide, or self-harm that results in serious injury, while being cared for in a healthcare setting

### 4. Care Management Events

- A. Patient death or serious injury associated with a medication error (e.g., errors involving the wrong drug, wrong dose, wrong patient, wrong time, wrong rate, wrong preparation, or wrong route of administration)
- B. Patient death or serious injury associated with unsafe administration of blood products
- C. Maternal death or serious injury associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy while being cared for in a healthcare setting

iii

National Quality Forum

### 4. Care Management Events (cont.)

- D. Death or serious injury of a neonate associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy
- E. Patient death or serious injury associated with a fall while being cared for in a healthcare setting
- F. Any Stage 3, Stage 4, and unstageable pressure ulcers acquired after admission/presentation to a healthcare setting
- G. Artificial insemination with the wrong donor sperm or wrong egg
- H. Patient death or serious injury resulting from the irretrievable loss of an irreplaceable biological specimen
- I. Patient death or serious injury resulting from failure to follow up or communicate laboratory, pathology, or radiology test results

### 5. Environmental Events

- A. Patient or staff death or serious injury associated with an electric shock in the course of a patient care process in a healthcare setting
- B. Any incident in which systems designated for oxygen or other gas to be delivered to a patient contains no gas, the wrong gas, or are contaminated by toxic substances
- C. Patient or staff death or serious injury associated with a burn incurred from any source in the course of a patient care process in a healthcare setting
- D. Patient death or serious injury associated with the use of physical restraints or bedrails while being cared for in a healthcare setting

### 6. Radiologic Events

- A. Death or serious injury of a patient or staff associated with the introduction of a metallic object into the MRI area

### 7. Potential Criminal Events

- A. Any instance of care ordered by or provided by someone impersonating a physician, nurse, pharmacist, or other licensed healthcare provider
- B. Abduction of a patient/resident of any age
- C. Sexual abuse/assault on a patient or staff member within or on the grounds of a healthcare setting
- D. Death or serious injury of a patient or staff member resulting from a physical assault (i.e., battery) that occurs within or on the grounds of a healthcare setting

iv

National Quality Forum



# ... circulaire du 14 février 2012

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

**SANTÉ**  
ETABLISSEMENTS DE SANTÉ  
Organisation

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
Direction générale de l'offre de soins  
Sous-direction du pilotage de la performance des soins de l'offre de soins  
Bureau qualité et sécurité des soins (PQ2)

Circulaire DGOS/PF2 n° 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé  
N° : ST1302022C

Validée par le CNP le 10 février 2012. – Visa CNP 2012-10.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : accompagnement et appui à la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Mots clés : prise en charge médicamenteuse – management de la qualité – établissements de santé – actions prioritaires – accompagnement – formation – financement – structures d'appui – évaluation – contrôle – hospitalisation à domicile.

Références :  
Articles L.6111-2, L.6114-1 et L.6161-2 du code de la santé publique ;  
Article R.6111-10 du code de la santé publique, modifié par décret n° 2010-1029 du 30 août 2010 ;  
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;  
Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ;  
Circularité DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1650 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Annexes :  
Annexe I – Diagnostic partagé.  
Annexe II – Spécificité de la mise en place en hospitalisation à domicile.  
Annexe III – Actions prioritaires.  
Annexe IV – Mesures d'accompagnement du référentiel.  
Annexe V – Précisions relatives à l'information de la prise en charge médicamenteuse.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé : *Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information), Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé pour mise en œuvre.*

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Il appartient à chaque établissement de santé de désigner « qui » est le responsable du système de management de la qualité et son mode d'intervention en fonction de leurs spécificités et organisations ; par exemple, dans un cadre de coopérations ou de mutualisations, entre établissements de santé ou par domaine (lutte contre les événements indésirables associés aux soins). La responsabilité du management de la qualité peut être le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins tel que mentionné à l'article R.6111-10 du code de la santé publique. Le coordonnateur s'appuie, pour la mise en œuvre du programme d'actions pour la qualité et la sécurité des soins, sur les acteurs médicaux et l'ensemble des professionnels de l'établissement dont le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse s'il est le garant de la cohérence des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

3.2. Approche « processus » de la prise en charge médicamenteuse

La prise en charge thérapeutique du patient peut être appréhendée comme un processus, c'est-à-dire un « ensemble d'activités contrôlées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie » (d'après la norme ISO 9001 version 2000).

Cette approche « processus » est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de travailler les interactions conditionnelles autour des processus professionnels. Cette méthode, pour s'appuyer à l'échelle de l'organisation et tous les processus ayant un impact direct ou indirect sur la prise en charge du patient au sein d'un établissement de santé, est mise en œuvre par la description de façon structurée des processus étudiés, l'identification des points de dysfonctionnement ou à risque de dysfonctionnement, la définition et la mise en œuvre des actions d'amélioration, et la mesure des améliorations obtenues.

Tableau 1  
Principales étapes de l'approche « processus » de la prise en charge médicamenteuse

Une définition des acteurs et des responsabilités : le directeur de l'établissement, le responsable de manager et la qualité, le responsable de site, le coordonnateur de l'équipe ou le responsable de la prise en charge médicamenteuse et la personne de travail en équipe.  
La tenue de protocoles de suivi de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.  
Le fait de leur faire connaître la stratégie de prise en charge médicamenteuse relative aux événements à risque élevé, en rapport notamment avec le risque d'erreur de prise et d'usage à l'hôpital, en tenant compte des données issues des événements indésirables des soins médicamenteux, ou des établissements liés à la prise en charge médicamenteuse : leur possibilité de revenir et l'impact sur le patient, les bénéficiaires de soins liés et ce jusqu'à la fin.  
L'établissement du point critique et du point.  
La mise en place de protocoles.  
La mise en place de protocoles et des actions d'amélioration et les produits aux risques des actions de façon collective et interdisciplinaire.  
L'élaboration de protocoles de suivi de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.  
La communication sur le sujet existant.

Le système documentaire est un enjeu fort avec, pour l'instant, la prescription médicale. Les actions concourant à améliorer les résultats de l'approche « processus » de la prise en charge médicamenteuse sont à utiliser comme un levier pour la mise en place de la démarche de l'arrêté du 6 avril 2011.

4. Actions prioritaires

La circulaire relative à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins aborde les principes d'élaboration d'un programme d'actions. Le programme relève d'une conception d'ensemble, il doit être adapté et proportionné aux objectifs de maîtrise des risques adoptés aux activités et aux patients pris en charge dans l'établissement.

L'appartenance à chaque établissement d'organiser son propre programme d'actions en fonction de l'état des lieux, et de l'étude des risques qu'il aura établis. L'article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011 énumère ainsi des étapes et modes d'organisations de la prise en charge médicamenteuse devant faire l'objet d'une sécurisation notamment l'identité du patient tout au long de sa prise en charge, l'information du patient ou la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

À l'issue de ces actions, la prévention d'événements « qui ne devraient jamais arriver » liés à des médicaments et à des organisations, doit constituer une priorité pour les établissements. Pour aider les établissements, une liste des événements qui les devraient jamais arriver est proposée en III (actions prioritaires). Cette liste a été élaborée à partir de la démarche des « never events » du National Health Service en Grande-Bretagne ; l'AFSSAPS a participé à ce projet.

Par ailleurs, certains médicaments doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée compte tenu de leur potentiel allergique identifié, individuel ou collectif, notamment les carbapénèmes, l'oxacétone de leur efficacité par exemple) (cf. définitions des « médicaments à risque » et « patients à risque »

## Never Events

au chapitre des actions prioritaires  
une liste inspirée de la NHS  
une liste qui se voulait évolutive

## ANNEXE III

### ACTIONS PRIORITAIRES

Il appartient à chaque établissement d'organiser son propre programme d'actions en fonction de l'état des lieux, et de l'étude des risques qu'il aura établis. L'article 8 de l'arrêté du 6 avril 2011 énumère ainsi des étapes et modes d'organisations de la prise en charge médicamenteuse devant faire l'objet d'une sécurisation, notamment l'identité du patient tout au long sa prise en charge, l'information du patient ou la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

Une liste de douze événements « qui ne devraient jamais arriver » dans la cadre de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements a également été identifiée.

Parallèlement aux actions engagées à partir de leur propre étude de risques, il est demandé aux établissements de mettre en place des actions visant à réduire le risque de survenue et à prévenir ces événements dont les conséquences sont parfois dramatiques.

Cette liste, qui constitue une priorité, a été élaborée à partir de la démarche des « never events » du National Health Service en Grande-Bretagne et des accidents survenus en France. L'AFSSAPS a participé à l'élaboration de ce projet et mettra en ligne sur son site Internet un dossier thématique au regard de chaque événement :

- erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants ;
- erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable ;
- erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de préparation est à risque ;
- erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse ;
- erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale ;
- erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie) ;
- erreur d'administration des anticancéreux, notamment en pédiatrie ;
- erreur d'administration d'insuline ;
- erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire ;
- erreur d'administration de gaz à usage médical ;
- erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...) ;
- erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (exemple : unidoses de sérum physiologique, solution antiseptique...), notamment à la maternité ou en pédiatrie.



# ... actualisation dans le bulletin officiel santé du 31 mai 2024



Never Events

## NEVER EVENTS

LES ÉVÉNEMENTS QUI NE DEVRAIENT JAMAIS ARRIVER !

mise à jour mai 2024

Découvrez ici les principaux outils mis en place par l'ensemble des OMÉDIT de France !

omedit ILE DE FRANCE



## Never Events

## ... des évènements chirurgicaux ...



### ÉVÈNEMENTS QUI NE DEVRAIENT PAS ÊTRE RENCONTRÉS LORS DE L'UTILISATION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES *NEVER EVENTS*

Version :  
2021-06-01

EURO-PHARMAT a dressé une liste des évènements évitables, qu'on ne devrait plus rencontrer, lors de soins prodigués au patient à l'aide de dispositifs médicaux.

Elle a été établie à partir de retours d'expérience des membres de la commission technique d'EURO-PHARMAT ainsi que de données de la littérature.

Cette liste, limitée à 10 situations, a pour objectif de permettre à chaque structure de soins, à chaque professionnel dans le cadre de ses responsabilités, de prendre en compte le niveau de risque auquel il expose potentiellement le patient.

1	Escarres ou ulcères de pression dus à la pose d'un dispositif médical.
2	Utilisation de dispositif à connectique non sécurisée quand la sécurisation existe.
3	Gonflage d'un ballonnet d'un dispositif avec un fluide inapproprié.
4	Examen IRM d'un patient porteur d'un dispositif implanté non compatible.
5	Pose d'un dispositif implantable périmé ou faisant l'objet d'un retrait du marché.
6	Utilisation d'un DM dans une contre-indication absolue.
7	Évènement indésirable grave liée à une mauvaise utilisation d'un dispositif du fait d'une absence de formation adaptée.
8	Relargage de l'extrémité d'un dispositif lors de sa mise en place du fait d'une erreur d'utilisation.
9	Réalisation d'un verrou sur cathéter veineux à l'aide d'un volume supérieur à 2 fois le volume résiduel du cathéter.
10	Utilisation d'un dispositif non référencé dans l'établissement de santé.

**Séminaire  
COVIRIS**

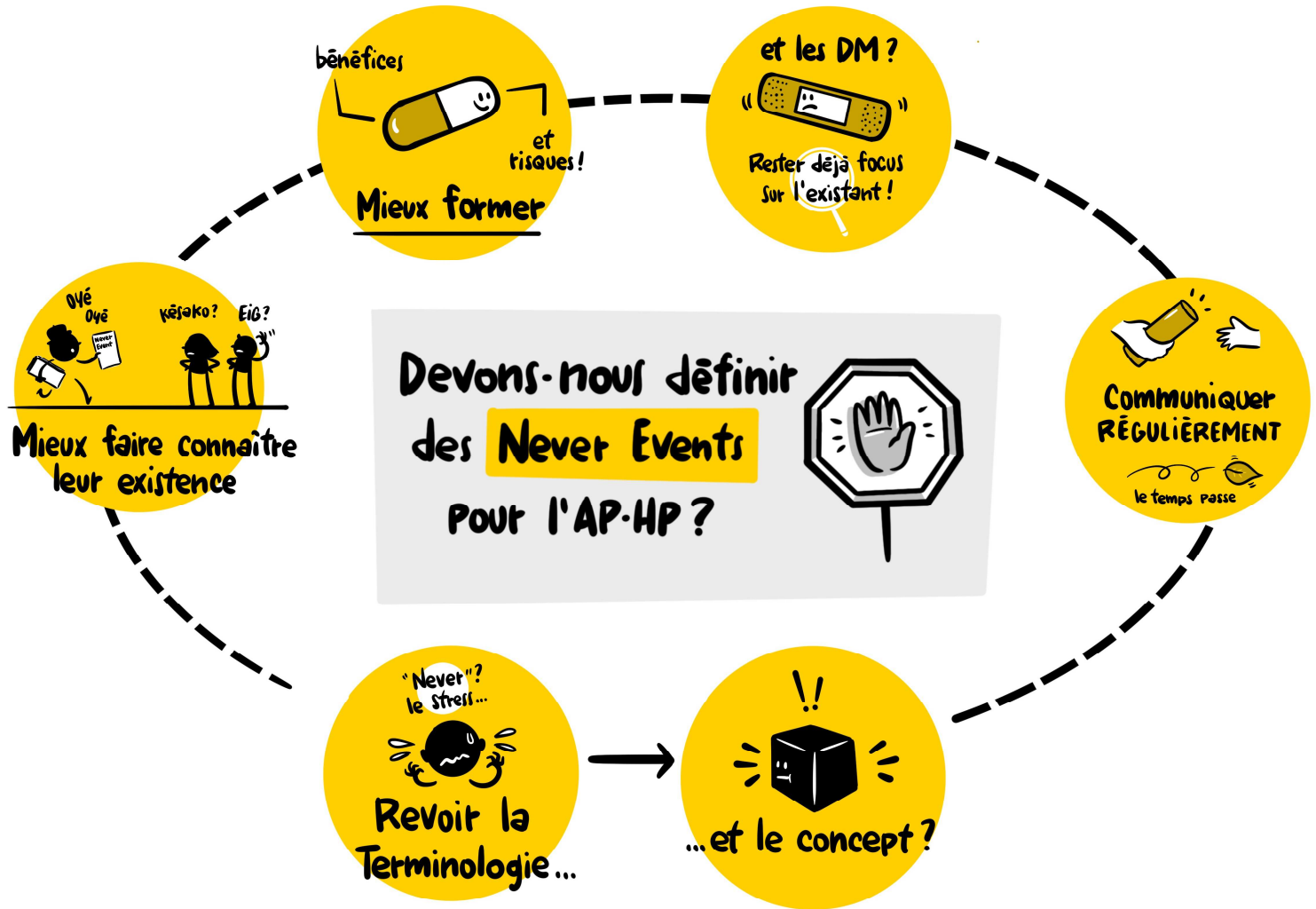


14 janvier 2025

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS



Récolte visuelle par  
Guillaume Monnain  
Pour  







## Propositions de préconisations AP-HP

1. L'AP-HP doit poursuivre et amplifier **la communication et la formation autour des Never Event médicamenteux**
2. En dehors des Never Event médicamenteux l'AP-HP doit définir **une première liste « d'évènements prioritaires à déclarer »**
3. La liste institutionnelle n'exclut pas l'élaboration de **listes définies à l'échelle d'un GHU, d'un site, d'un service, d'une spécialité**
4. Les **obligations réglementaires nationales de déclarations** des EIG à l'ARS demeurent pour les évènements non concernés par la liste institutionnelle

Never Events



»» 3

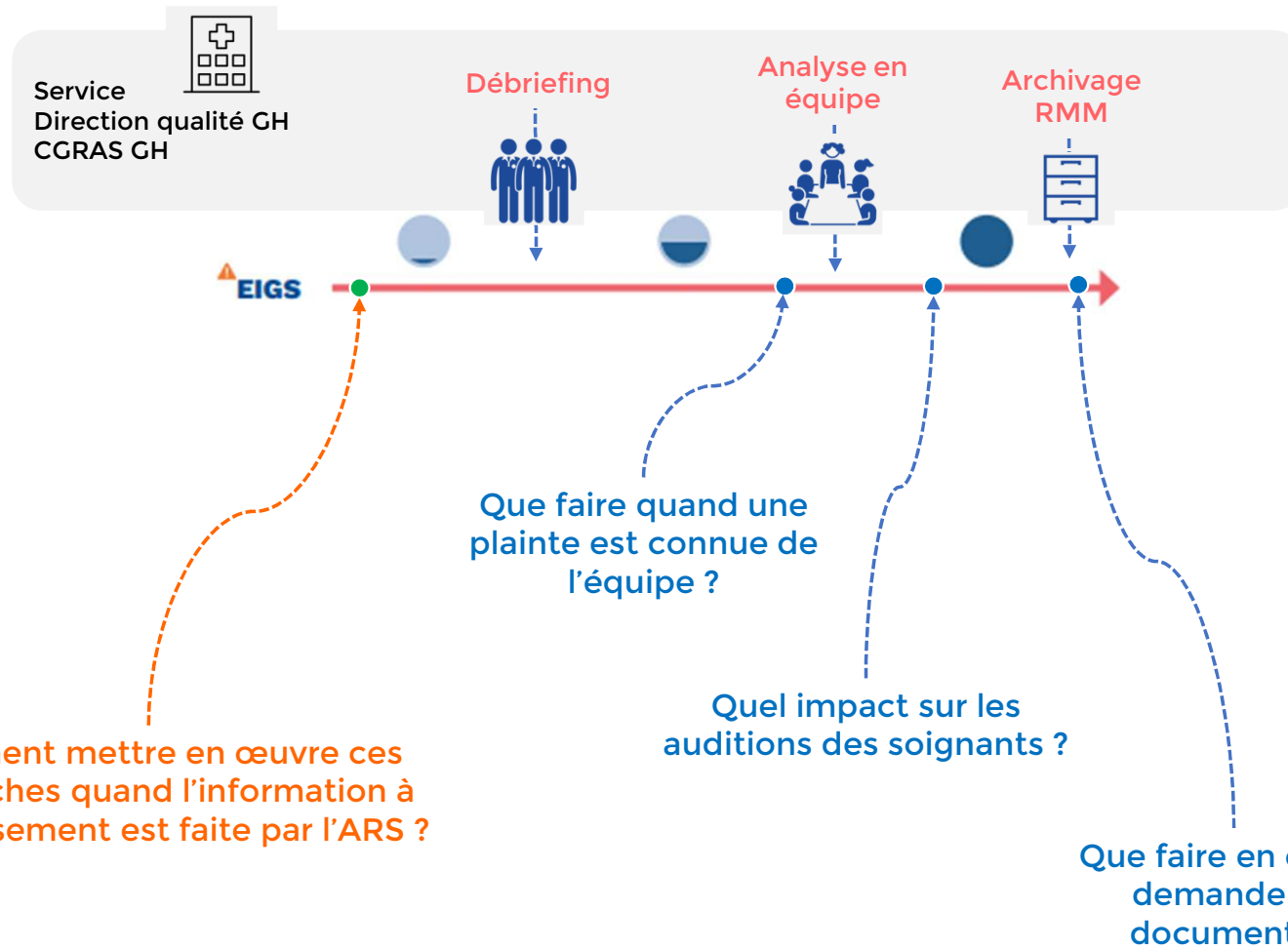
**Comment**

prendre en charge un EIGS en cas de plainte ou réclamation ?

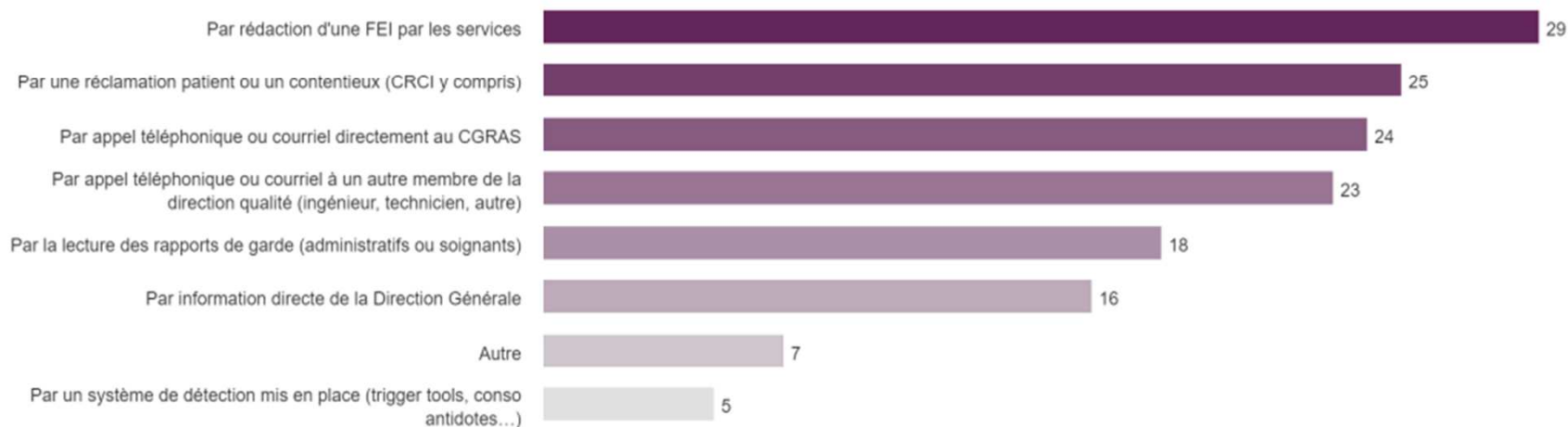
26



EIGS et  
Réclamation/  
Plainte



## Par quelles modalités la Direction Qualité Gestion des risques et/ou le CGRAS sont informés des EIG au sein de l'établissement ? Glissez déposer par ordre d'importance



### Si 'Autre' précisez :

	N
CR RMM	1
Discussion avec les soignants lors de RMM ou bilan FEI, avec les vigilants	1
Echange informel	1
Information par un autre établissement de santé et BSPP, Information par un autre circuit de vigilance	1
L'absence d'accès aux rapports de gardes soignants pénalise la connaissance précoce des situations et la réactivité	1
par un autre établissment / par l'ARS (l'enquête ne conserve pas l'ordre choisi : FEI, téléphone CGRAS, réclamation, DG, autre, direction qualité, rapport de garde, autres systèmes de détection)	1
Vigilances sanitaires, comptes rendus de RMM	1



## FAUT-IL RÉALISER UNE RMM EN CAS D'ENQUÊTE PÉNALE ? >>



>>

ÉVÉNEMENTS

INDÉSIRABLES GRAVES

ASSOCIÉS AUX SOINS

PARTAGER,

POUR PROTÉGER >>



NOVEMBRE 2023

Au regard de ces éléments, la DAJDP incite désormais les équipes à procéder à l'analyse approfondie des EIGS faisant l'objet d'une enquête, rappelant que la RMM et l'enquête judiciaire poursuivent des objectifs radicalement différents : la première consiste en effet en une analyse collective à visée corrective et sans recherche de responsabilité, tandis que la seconde cherche à établir des fautes pénales individuelles et à identifier leurs auteurs, le cas échéant.

Les professionnels de santé sont néanmoins invités à faire preuve de prudence dans la rédaction des rapports écrits, en veillant notamment à ne pas les insérer dans les dossiers médicaux, ni à mettre en cause des agents de façon individuelle, ni encore à faire apparaître d'éléments permettant d'identifier les professionnels impliqués.

En toute hypothèse, la DAJDP se tient à la disposition des services concernés pour relecture et avis de ces comptes rendus.

# Séminaire COVIRIS

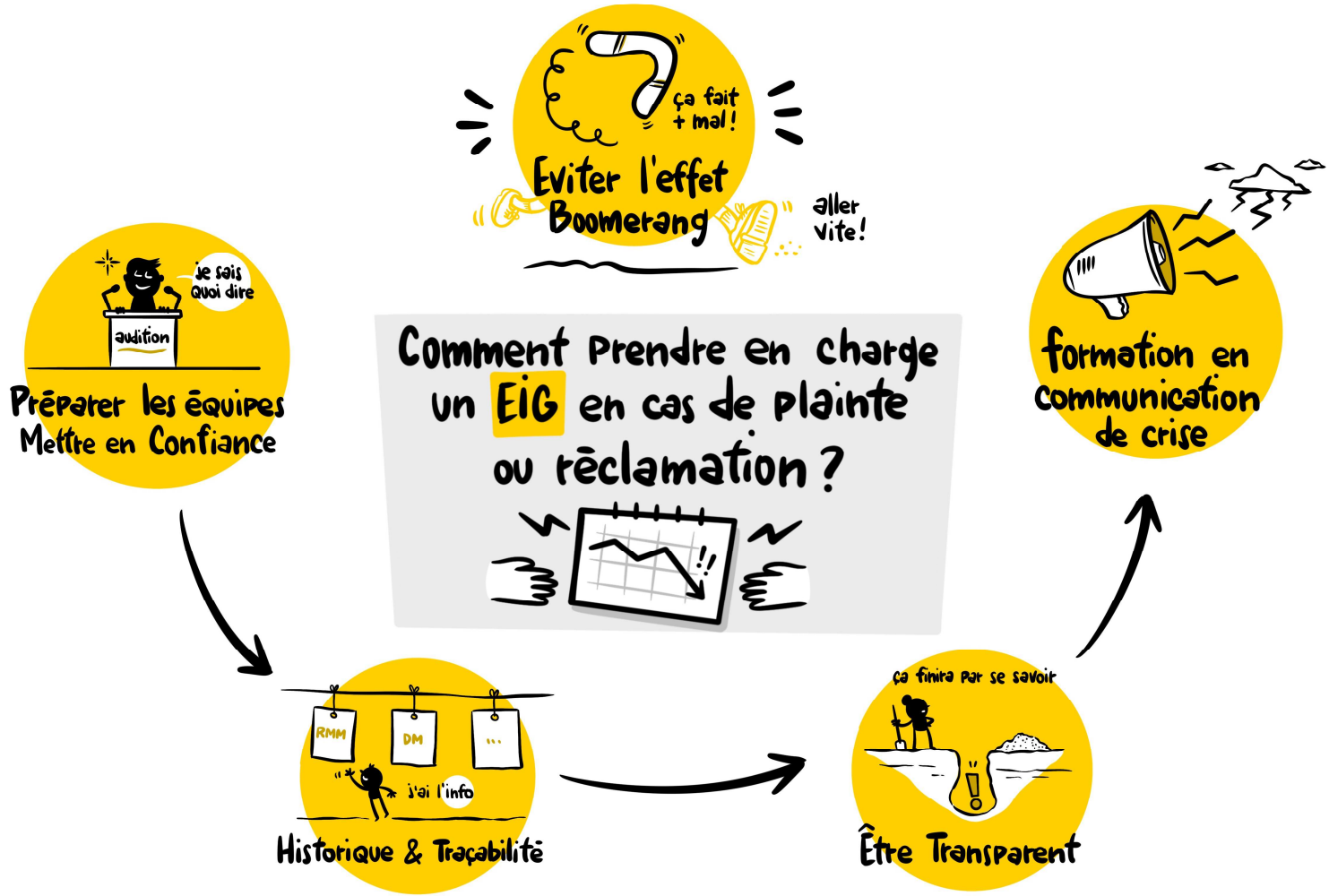


14 janvier 2025

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS



Récolte visuelle par Guillaume Monnain Pour  





## Propositions de préconisations AP-HP

1. L'AP-HP doit se doter de **recommandations** concernant la prise en charge des EIGS en cas de plainte
2. L'AP-HP doit définir une **articulation entre la CDU et l'organisation de la gestion des risques**
3. Toute plainte ou réclamation doit être **partagée** au minimum avec les personnes impliquées et au mieux avec l'ensemble de l'équipe.
4. Quand un EIG est identifié par l'intermédiaire d'une plainte, d'une réclamation, il doit être partagé en équipe et si **cela paraît possible donner lieu à une analyse systémique (RMM, REX ..)**