



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ


RAPPORT

**Analyse des déclarations de
la base nationale des
événements indésirables
graves associés aux soins
(EIGS) en lien avec les
services des urgences**

Validé par le Collège le 25 avril 2024

Descriptif de la publication

Titre	Analyse des déclarations de la base nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences
Méthode de travail	Analyse de la base de données nationale sur les évènements indésirables graves associés aux soins
Objectif(s)	À partir des EIGS reçus à la HAS, identifier les causes en lien avec les patients pris en charge au service d'accueil des urgences et les conséquences qui en découlent, en tirer des enseignements et proposer des préconisations afin d'améliorer la gestion des risques en lien avec les services des urgences.
Cibles concernées	Les professionnels de santé, les organisations du système de santé, les institutions de santé, les associations de patients
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Laure Misrahi-Guillaume, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEVOQSS) ; Candice Legris, adjointe à la cheffe de service ; Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe de service
Auteurs	Laure Misrahi-Guillaume, cheffe de projet, SEVOQSS Mise en forme de la bibliographie : Juliette Chazareng, service documentation et veille Secrétariat : Karima Nicola, Bora Aygul
Conflits d'intérêts	Les experts sollicités pour ce travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les experts ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 25 avril 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – avril 2024 – ISBN :

Sommaire

Analyse des déclarations de la base nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences	1
1. Introduction	4
2. Matériel et méthode	5
2.1. Source des données	5
2.2. Stratégie d'interrogation de la base de données	5
2.3. Sélection des EIGS	5
2.4. Méthode d'analyse	6
2.5. Consultation d'experts	6
3. Résultats	7
3.1. Caractéristiques des patients et des circonstances des EIGS	7
3.2. Analyse des causes et des barrières	9
4. Préconisations pour améliorer la sécurité des patients dans les services des urgences	13
Table des annexes	20
Références bibliographiques	31
Participants	37
Abréviations et acronymes	38

1. Introduction

En 2021, 693 structures hospitalières des urgences étaient recensées en France (1). Elles assurent la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique (2). Depuis plusieurs années, le fonctionnement de ces services fait l'objet de tensions. Celles-ci sont liées, entre autres, à des difficultés en ressources humaines, à l'augmentation continue du nombre de passages aux urgences, parfois pour des situations ne le justifiant pas, et à des afflux périodiques importants de patients, surtout en période hivernale lors d'épidémies virales. Ainsi, le nombre de passages aux urgences est passé de 10,1 millions en 1992 à 21,2 millions en 2019 et a donc plus que doublé entre ces deux périodes (3). En 2022, l'activité globale (nombre de résumés de passage aux urgences) a augmenté de 7,3 % par rapport à 2021 et a dépassé l'année de référence 2019, avant la pandémie de Covid-19 (+ 1,2 %) (4). Cette augmentation concernait aussi bien la population pédiatrique que la population gériatrique (respectivement + 4,5 % et + 4,4 % par rapport à 2019).

Les tensions rencontrées par les services des urgences peuvent avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins. De ce fait, plusieurs travaux missionnés par le ministère de la Santé et de la Prévention et le Sénat se sont attachés, ces dernières années, à essayer de proposer des solutions pour améliorer la prise en charge des patients (3, 5-7) : il a été notamment préconisé d'améliorer la gestion de l'amont (renforcement de la prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville, mesures spécifiques pour certaines filières comme la gériatrie ou les patients graves, etc.) et de l'aval (fluidifier les parcours de soins) des services des urgences, de concevoir et mettre en œuvre des outils d'amélioration de la gestion des flux, de revoir les financements de ces services, de revaloriser l'exercice des professionnels en médecine d'urgence et de pousser à une meilleure organisation des professionnels de santé, pour mieux travailler ensemble et mieux coopérer.

Actuellement, il n'existe pas d'indicateurs permettant d'évaluer l'impact des tensions existantes dans les services des urgences sur la sécurité des patients ou, à l'inverse, d'objectiver l'existence de tensions à partir de données de sécurité telles que les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS). En effet, le nombre d'EIGS en lien avec les services des urgences est largement sous-déclaré¹ par les professionnels de santé, tout comme l'ensemble des EIGS, bien que la déclaration soit obligatoire. De ce fait, ces données ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou à des soins pour caractériser des risques sur un secteur d'activité.

Cependant, l'analyse des EIGS permet :

- d'identifier leurs causes et les conséquences qui en découlent ;
- d'en tirer des enseignements ;
- de proposer des solutions aux établissements de santé et aux professionnels afin de réduire la fréquence de survenue des EIGS ou d'en atténuer les conséquences.

¹ D'après l'étude ENEIS 3 réalisée en 2019, il survient en moyenne 4,4 EIGS pour 1 000 jours d'hospitalisation en France, dont 34 % seraient évitables (8).

2. Matériel et méthode

2.1. Source des données

L'analyse a été réalisée à partir des déclarations reçues à la HAS **entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 mars 2023** dans le cadre du dispositif national de déclaration des EIGS.

Avertissement aux lecteurs

Les données concernant les événements indésirables graves associés à des soins présentées dans ce rapport sont exclusivement issues de l'analyse des déclarations complètes reçues à la HAS dans le cadre de ce dispositif. Elles n'ont pas fait l'objet d'un retraitement sur le fond (incohérence, imprécision...) et les analyses portent donc sur le contenu des déclarations telles qu'elles ont été saisies par les professionnels, même si leur qualité n'est pas toujours optimale².

En outre, comme il existe encore une sous-déclaration importante des EIGS en France, ces données ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou des soins pour caractériser une nature de risques sur un secteur d'activité. Elles éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les actions pour améliorer la sécurité du patient.

Dans l'ensemble des documents et par souci de simplification, le mot « patient » utilisé inclut également les « résidents » ou « usagers » des structures médico-sociales.

2.2. Stratégie d'interrogation de la base de données

Les EIGS en lien avec les services des urgences ont été identifiés dans la base de données à partir d'une recherche dans tous les champs texte des mots-clés suivants : « service d'accueil des urgences » ; « SAU » ; « service des urgences » ; « les urgences » ; « aux urgences ».

À l'issue de cette analyse, **269 déclarations** ont été identifiées comme pouvant être liées aux services des urgences.

2.3. Sélection des EIGS

L'ensemble des 269 déclarations identifiées a fait l'objet d'une lecture *in extenso*. Après exclusion des EIGS hors sujet (événements indésirables ne répondant pas aux critères de gravité définis dans le décret de 2016 (10) ; événements indésirables non liés aux soins ; événements non liés aux services des urgences) ou inexploitable (analyse des causes profondes de l'EIGS de mauvaise qualité), **195 déclarations** ont été retenues pour l'analyse.

² Pour plus de détails, voir le bilan annuel EIGS 2022 – document les « AbrEIGés » en page 9 (9).

2.4. Méthode d'analyse

Les analyses statistiques menées dans ce rapport sont descriptives.

L'analyse des variables qualitatives issues de questions fermées a été réalisée avec le logiciel SAS Enterprise Guide (version 8.3).

L'analyse des données textuelles (variables qualitatives provenant de questions ouvertes) a d'abord nécessité un travail manuel : les données ont ainsi été préalablement nettoyées, homogénéisées et organisées.

2.5. Consultation d'experts

Six experts, dont un représentant des usagers, ont été sollicités pour donner leur avis sur le fond et la forme d'une version provisoire de ce document (cf. Participants). Ils ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <https://dpi.sante.gouv.fr>. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les experts ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des patients et des circonstances des EIGS

3.1.1. Population concernée

Parmi les 195 EIGS en lien avec les services des urgences, 57 % concernaient des hommes et 43 % des femmes (pour 3 déclarations, le sexe n'était pas renseigné).

Les EIGS concernaient principalement les adultes de plus de 20 ans, dont 30 % ont entre 60 et 80 ans et 26 % entre 80 et 100 ans (cf. Figure 1).

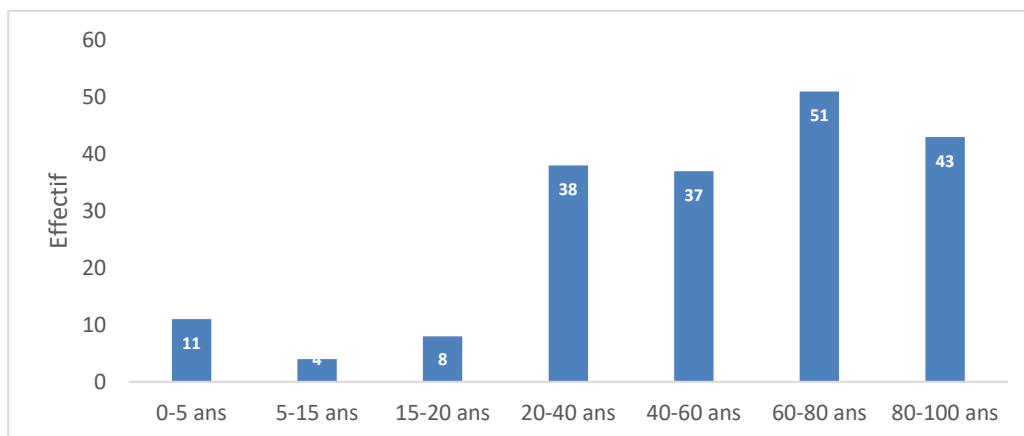


Figure 1. Répartition de l'âge des patients concernés par les EIGS en lien avec les services des urgences (n = 192).

3.1.2. Situations cliniques des patients avant l'EIGS

La situation clinique des patients avant la survenue de l'EIGS a été jugée complexe dans 112 des 189 déclarations pour lesquelles l'information était renseignée (59 %).

Dans la très grande majorité des déclarations (79 %), les EIGS sont survenus au cours d'une prise en charge urgente, que l'urgence soit immédiate (82/190 ; 43 %) ou relative (68/190 ; 36 %). La survenue d'EIGS a été plus rare pour les urgences différées (30/190 ; 16 %) ou les prises en charge non urgentes (10/195 ; 5 %). Dans 5 déclarations, l'information n'était pas indiquée car non applicable à la situation.

3.1.3. Lieux et moments de survenue des EIGS

Tous les EIGS sont survenus au sein d'un service des urgences (n = 195).

Il s'agissait en majorité d'urgences générales (n = 184), puis d'urgences pédiatriques (n = 4), d'urgences gynécologiques et obstétricales (n = 4) et d'urgences psychiatriques (n = 3).

En amont de leur arrivée aux urgences, ces patients venaient en majorité de leur domicile (n = 173 ; informations présentes pour 191 patients), qu'ils soient venus par leurs propres moyens, en ambulance privée ou par les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Après leur passage dans les services des urgences où se sont produits les EIGS, les patients ont été dirigés majoritairement vers un service de médecine ou d'obstétrique (n = 30), leur domicile par leurs propres moyens ou par le SMUR (n = 20), un service de chirurgie (n = 16) (informations présentes pour 105 patients). Pour plus de précisions, se reporter à l'Annexe 1.

Parmi les 195 déclarations reçues à la HAS entre janvier 2022 et mars 2023, 90 EIGS sont survenus entre 2017 et 2021, 104 en 2022 et 1 sur la période hivernale 2023³.

Lors de la déclaration, il est demandé de préciser si l'EIGS s'est déroulé dans une période durant laquelle l'organisation des soins est plus vulnérable (la vigilance est moindre et/ou les effectifs des professionnels incomplets), sachant que plusieurs réponses sont possibles. Dans cette étude, 44 % des événements se sont déroulés pendant la nuit⁴ (85/195), 24 % pendant le week-end (46/195) et 14 % pendant l'heure du changement d'équipe (27/195).

3.1.4. Conséquences pour les patients

Il est rappelé que, par définition, les conséquences pour le patient d'un EIGS ne peuvent être que « graves », à savoir le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent⁵.

L'analyse a montré que les conséquences principales des EIGS ont été le décès dans 68 % des déclarations (133/195), une mise en jeu du pronostic vital dans 22 % des déclarations (42/195) et un probable déficit fonctionnel permanent dans 10 % des déclarations (20/195).

Les décès en salle d'attente (survenus entre le moment où le patient a été ou aurait dû être vu par un infirmier organisateur de l'accueil [IOA] et le moment où il devait être vu par un médecin) concernaient 13 déclarations.

3.1.5. Autres conséquences

Les déclarations d'EIGS mentionnaient également des conséquences pour les professionnels (impact psychologique principalement), qui peuvent être les « secondes victimes »⁶ de l'évènement (51 % ; 99/193 ; 2 réponses « non concerné »). Cette proportion est plus élevée lorsque l'EIGS a engendré un décès (54 % ; 72/133). Des mesures ont été prises pour soutenir les professionnels dans 54 % des déclarations pour lesquelles l'information était renseignée (92/169 ; 26 réponses « non concerné »).

Enfin, l'EIGS a entraîné une conséquence pour la structure (juridique principalement) dans 17 % des cas concernés (33/191 ; 4 réponses « non concerné »).

³ Le délai entre la survenue d'un EIGS et la réception de celui-ci par la HAS peut varier en fonction du temps de complétion des deux volets du formulaire de déclaration par le déclarant et du temps de traitement par les agences régionales de santé (9).

⁴ Dans la variable « nuit », il n'est pas demandé au déclarant de renseigner s'il s'agit du début ou de la fin de la nuit.

⁵ Cf. décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins (article R. 1413-67) (10).

⁶ Le terme « seconde victime » est employé pour désigner un soigné impliqué et traumatisé par un évènement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale, dont il se sent souvent personnellement responsable et qui occasionne un sentiment d'échec et remet en question son expérience clinique et ses compétences fondamentales (11). L'utilisation de ce terme a été remise en question récemment (12).

L'EIGS a eu d'autres conséquences dans 14 % des déclarations (27/190 ; 5 réponses « non concerné »). Il s'agissait notamment de l'impact émotionnel de l'EIGS sur la famille, des plaintes portées par la famille ou de la médiatisation de l'EIGS.

3.1.6. Caractère évitable des EIGS

Les déclarants ont jugé que les EIGS étaient en grande majorité évitables ou probablement évitables (63 % ; 123/195).

Parmi les 123 EIGS considérés comme évitables ou probablement évitables, 72 ont entraîné un décès (59 %), 32 une mise en jeu du pronostic vital (26 %) et 19 un probable déficit fonctionnel permanent (15 %).

3.2. Analyse des causes et des barrières

Les raisons pour lesquelles un EIGS survient sont multifactorielles. L'analyse de chaque EIGS permet de décrire une cause immédiate⁷, des causes profondes⁸ et des barrières ayant fonctionné ou pas⁹.

3.2.1. Causes immédiates identifiées

Les causes immédiates de l'EIGS sont indiquées dans 159 déclarations sur 195 (82 %). **Les trois causes immédiates les plus déclarées sont les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins, puis les erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic et les actions du patient contre lui-même** (suicides, tentatives de suicide, sorties à l'insu du service) (cf. Figure 2).

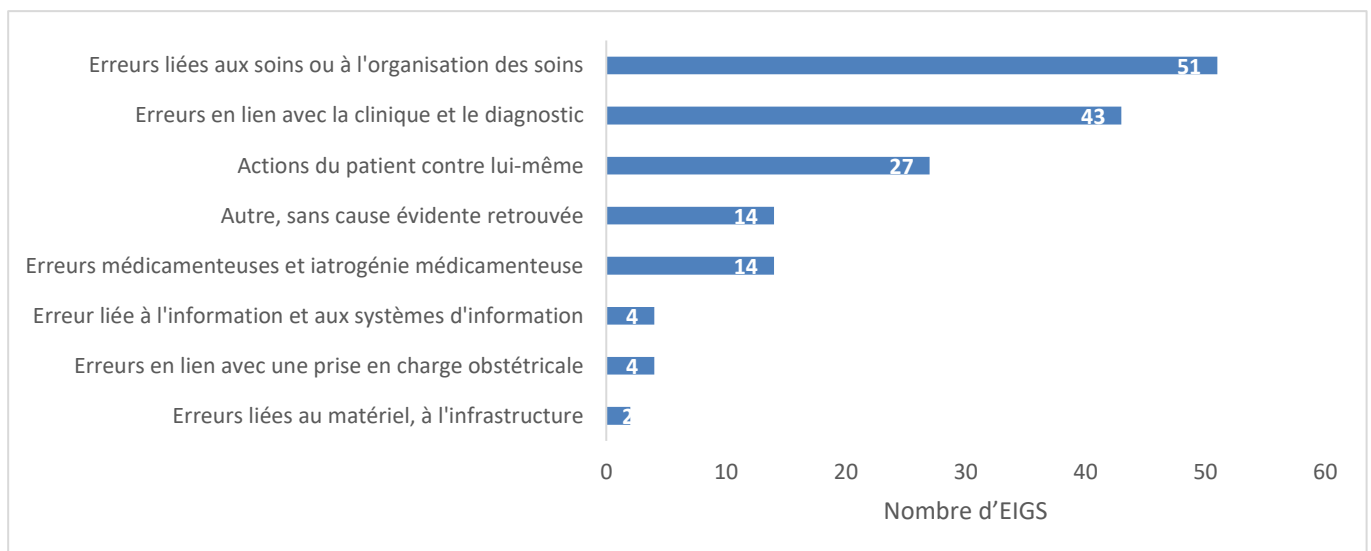


Figure 2. Causes immédiates des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 159)

⁷ Cause objective la plus immédiatement liée à la survenue de l'évènement (13).

⁸ Circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident ou d'avoir accru le risque d'EIGS (13).

⁹ Les barrières de sécurité sont « des éléments installés pour renforcer la sécurité d'une prise en charge, d'un soin. Ces barrières ont vocation à prévenir l'accident, à récupérer ou à atténuer les conséquences quand elles surviennent. L'analyse des barrières permet de s'interroger sur leur fonctionnement au moment de l'évènement » (13).

Les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (hors obstétrique) (51/159) concernent surtout des défauts de surveillance (pour les chutes par exemple) ou des retards de prise en charge.

Concernant les erreurs en lien avec la clinique et le diagnostic (43/159) (exemples : torsion testiculaire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, méningite bactérienne...), la cause relève principalement de la stratégie thérapeutique globale ou de l'interprétation des données du tableau clinique et des examens complémentaires.

Parmi les erreurs médicamenteuses déclarées (14/159), on retrouve :

- des oublis de prescription (anticoagulants, pyridostigmine) (n = 3) ;
- la prescription d'une association médicamenteuse contre-indiquée (double anticoagulation) (n = 1) ;
- la prescription de surdoses de médicaments (n = 2) ;
- la prescription d'un antibiotique chez un patient qui avait informé y être allergique (n = 1) ;
- des erreurs d'administration de médicament (n = 4) : dans 3 déclarations, il s'agit d'une confusion entre le phloroglucinol et la noradrénaline et dans 1 déclaration, il s'agit d'une confusion entre les dosettes de chlorure de sodium nasal et d'antiseptique ;
- une erreur de calcul de la dose à administrer (n = 1) ;
- un défaut d'administration d'oxygène (n = 2).

Enfin, les erreurs liées à l'information et aux systèmes d'information (4/159) rapportées ont consisté en des défaillances de transmission de l'information.

3.2.2. Causes profondes identifiées

Un EIGS est souvent lié à de multiples causes profondes. L'étude a été réalisée à partir des causes décrites par le déclarant selon la grille ALARM (*Association of Litigation And Risk Management* (14)). Celle-ci est l'outil proposé dans le volet de déclaration des EIGS pour structurer l'analyse des causes profondes de l'évènement. La grille est divisée en sept grandes catégories de causes listant chacune entre trois et huit natures de causes profondes (ou facteurs contributifs). Ce sont ainsi 37 natures de causes profondes qui sont proposées au déclarant. Dans chaque catégorie, le déclarant peut identifier une ou plusieurs causes (choix multiples). Le nombre de causes profondes est donc supérieur au nombre d'EIGS déclarés.

Selon les déclarants, les principales catégories de causes profondes des EIGS en lien avec les services des urgences étaient celles concernant **les facteurs liés aux patients (159/195)**, à **l'environnement de travail (144/195)**, **aux tâches à accomplir (141/195)**, puis à **l'équipe (134/195)** (cf. Figure 3).

L'analyse des déclarations d'EIGS en lien avec les services des urgences montre que dans la majorité des cas (178/195 ; 91 %) au moins deux catégories de causes profondes étaient mentionnées par les déclarants. Aucune catégorie de causes profondes n'a été indiquée dans 7 déclarations (4 %) et 1 seule dans 10 déclarations (5 %).

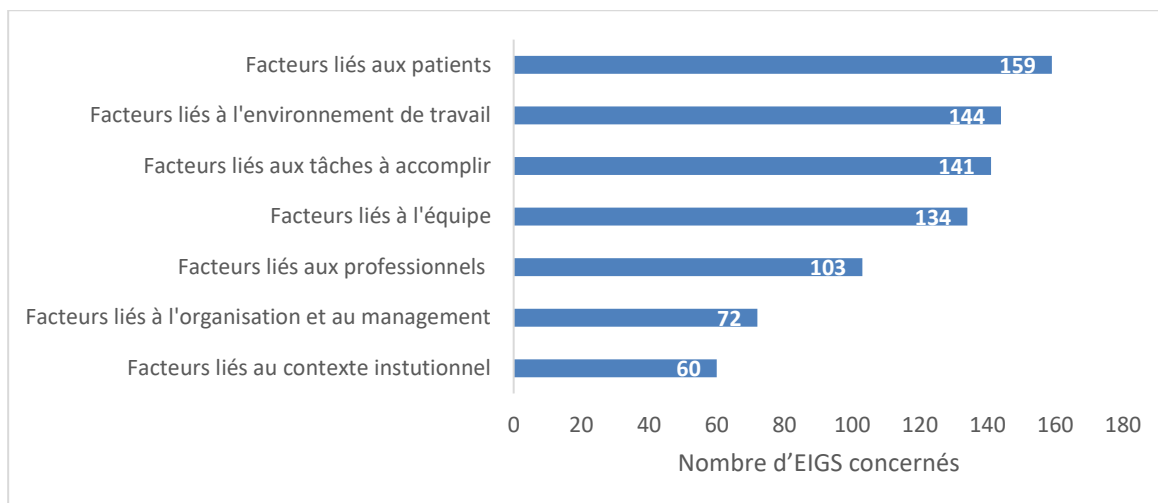


Figure 3. Nombre de déclarations d'EIGS en lien avec les services des urgences par catégorie de causes profondes identifiées (n = 195 déclarations, réponses multiples)

Des **facteurs liés aux patients** sont cités dans 82 % des déclarations (n = 159). Parmi ces facteurs, on retrouve de façon prépondérante l'état de santé du patient (126/159) et ses antécédents (98/159). S'agissant des antécédents médicaux du patient, il a été rapporté la présence d'antécédents cardiovasculaires (20/98), de troubles psychiatriques divers (20/98) ainsi que d'éthylisme (7/98).

Des **facteurs liés à l'environnement** étaient rapportés dans 74 % des déclarations (n = 144). Il s'agissait en grande majorité de facteurs liés à la charge de travail des professionnels (98/144), puis de facteurs liés aux locaux (45/144), aux équipements et fournitures (34/144) et aux transferts intra ou inter-établissements (33/144). Pour les locaux, il s'agissait de locaux trop exigus ou dont la conformation était inadaptée, des chambres ou salles d'attente éloignées des patients. Concernant les équipements et les fournitures, ils étaient soit absents, soit défectueux. Les problèmes liés à l'informatique rapportés sont de nature diverse et consistaient notamment en un manque d'interopérabilité des systèmes d'information ainsi que des paramétrages inadaptés des logiciels d'aide à la prescription.

Des **facteurs liés aux tâches à accomplir** sont mentionnés dans 72 % des déclarations (n = 141). Parmi ces facteurs, ce sont surtout les problèmes liés aux protocoles qui ont été déclarés (82/141), mais aussi ceux liés aux résultats d'examen complémentaires (39/141) et aux définitions de tâches (37/141).

Des **facteurs liés à l'équipe** sont indiqués dans 69 % des déclarations (n = 134). Les trois facteurs liés à l'équipe les plus retrouvés sont la communication entre professionnels (82/134), les transmissions et alertes (62/134) et les informations écrites (52/134).

Des **facteurs liés aux professionnels** sont rapportés dans 53 % des déclarations (n = 103). On retrouve dans plus de la moitié des cas des facteurs liés au stress (54/103), généralement en lien avec la charge de travail, la fatigue ou l'épuisement des professionnels. Les compétences des professionnels (38/103) sont également souvent mentionnées (manque de connaissances dans plusieurs domaines spécifiques). Parmi les autres facteurs contributifs liés aux professionnels cités (n = 42), on retrouve les biais cognitifs¹⁰.

¹⁰ Au quotidien, les professionnels de santé utilisent des raccourcis mentaux, aussi appelés heuristiques, moins coûteux en temps et en énergie, qui permettent de prendre des décisions rapides et le plus souvent fiables. Mais ces raccourcis mentaux peuvent parfois être source d'erreurs s'ils sont utilisés dans la mauvaise situation : il s'agit alors de biais cognitifs (15, 16).

Des **facteurs liés à l'organisation et au management** sont retrouvés dans 37 % des déclarations (n = 72). Ce sont principalement des facteurs liés aux ressources humaines (32/72). Les déclarants mentionnent des effectifs non suffisants en lien avec l'activité ou un manque de lits d'aval. Concernant la politique de formation (n = 15), il a été rapporté un manque de formation pour certaines situations spécifiques.

Des **facteurs liés au contexte institutionnel** sont cités dans 31 % des déclarations (n = 60), dont principalement les politiques régionales (17/60) et nationales (12/60). Les déclarants ont mentionné à plusieurs reprises le manque de lits d'aval¹¹ (n = 15), l'absence de filière courte, la fermeture de services des urgences, les tensions estivales, les hébergements inadaptés.

Pour plus d'informations sur l'analyse des causes profondes, se reporter à l'Annexe 2.

3.2.3. Mesures barrières identifiées

Les mesures barrières sont des moyens qui permettent de prévenir, récupérer ou atténuer la survenue et les conséquences d'évènements indésirables. On peut citer plusieurs catégories de mesures barrières :

- les mesures barrières physiques (les détrompeurs, les alarmes, les sécurités informatiques...)
- les mesures barrières organisationnelles (ergonomie, formation du personnel, coordination des tâches, environnement de travail, etc.) ;
- les mesures barrières humaines (les bonnes pratiques professionnelles, les contrôles croisés, la supervision, le travail en équipe, etc.) ;
- les mesures barrières administratives (les procédures, les protocoles, les règlements, etc.).

On note que dans 81 déclarations d'EIGS sur 195 (42 %), une mesure barrière ayant fonctionné a été identifiée par le déclarant. Il s'agissait principalement de mesures barrières humaines liées à l'expérience, la vigilance et la compétence du personnel (exemples : prise en charge réactive de l'urgence vitale, détection rapide d'une erreur d'administration du médicament), mais aussi de barrières organisationnelles (présence des chariots d'urgence, réalisation rapide d'examen complémentaires).

Dans la majorité des cas, il a été déclaré des mesures barrières qui n'ont pas été mises en œuvre et qui auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences (131/195 ; 67 %). Ce sont principalement des barrières humaines (absence de demande d'un autre avis ; défaut de communication entre professionnels ; non-prise en compte des résultats d'analyse) ou des barrières administratives (procédures non appliquées) qui n'ont pas fonctionné.

¹¹ Les déclarants ont également évoqué cette problématique dans plusieurs autres catégories de causes profondes, notamment dans la rubrique « autres ».

4. Préconisations pour améliorer la sécurité des patients dans les services des urgences

L'article R. 1413-73 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins indique que « la Haute Autorité de santé élabore un bilan annuel des déclarations qu'elle a reçues (...) accompagné de **préconisations** pour l'amélioration de la sécurité des patients ». Les préconisations du présent rapport seront reprises dans le bilan annuel des déclarations de l'année 2023, à paraître en 2024.

Les préconisations listées ci-dessous ne concernent que les causes profondes identifiées au cours de l'analyse des déclarations d'EIGS reçues à la HAS.

Ainsi, elles ne reprennent pas toutes les recommandations en lien avec les services des urgences déjà citées dans de précédents travaux réalisés ou labellisés par la HAS (2,17-23). Celles-ci restent cependant complètement valides.

Par ailleurs, les préconisations ne sont pas présentées par ordre d'importance mais dans un ordre logique facilitant leur lecture et leur compréhension.

Ces préconisations s'adressent aux professionnels de santé, aux structures de soins, aux régulateurs de l'offre de soins et au législateur.

En préambule, il est important de souligner que les causes profondes des EIGS identifiées par les déclarants n'ont pas révélé, à quelques exceptions près, de risques spécifiques aux urgences ou inconnus jusqu'alors. Au contraire, il s'agit de risques connus depuis des années (exemples : surcharge de travail, erreurs médicamenteuses...) et au sujet desquels il existe déjà de nombreuses publications. Mais l'analyse réalisée par la HAS permet de constater que les mêmes dysfonctionnements perdurent et qu'il faut continuer à travailler sur ces risques pour améliorer la sécurité des patients dans les services des urgences.

1 : poursuivre la fluidification du parcours de soins des patients avant, pendant et après leur prise en charge par les services des urgences.

L'afflux important de patients aux urgences, combiné à l'indisponibilité de lits d'hospitalisation, entraîne une charge de travail importante pour les professionnels des services des urgences et donc une fatigue et un stress accrus, sources d'erreurs : en effet, les patients qui devraient être admis dans un service d'hospitalisation restent plus longtemps aux urgences. De plus, la recherche de lits d'aval est devenue un processus extrêmement complexe et très consommateur en temps médical et non médical. Le manque de lits d'aval peut jouer également sur la pertinence de l'orientation des patients à partir des urgences. Ainsi, certains patients nécessitant des périodes d'observation avant une décision définitive d'orientation peuvent ne pas être hospitalisés et renvoyés à leur domicile, et d'autres peuvent être admis dans des secteurs d'hospitalisation ne permettant pas les conditions optimales de surveillance et de prise en charge adaptées à leur état clinique (enfants pris en charge dans des services adultes,

patients souffrant de pathologies psychiatriques pris en charge dans des services d'hospitalisation non spécialisés, hébergement dans un service de médecine à la place d'un service de chirurgie...).

De nombreuses propositions ont déjà été faites pour fluidifier le parcours de soins du patient avant, pendant et après leur prise en charge par les services des urgences. Ainsi, plusieurs dispositifs sont proposés en amont pour conseiller et réorienter les patients ne nécessitant pas une prise en charge urgente : il peut s'agir d'un appel préalable au centre 15 avant que le patient ne se présente aux urgences (qui peut être rendu systématique pour certains établissements ou sur certaines périodes en concertation avec les acteurs de santé du territoire) ou d'une réorientation par une infirmière ou un médecin d'accueil et d'orientation du service des urgences (24). Il est également préconisé de mettre en place un profilage des patients pour accélérer la prise en charge et l'orientation des patients graves (25). Pour cela, diverses classifications existent dont la FRENCH (*French Emergency Nurses Classification In-Hospital*) élaborée par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en 2016 (26). Par ailleurs, la SFMU recommande la rédaction d'une procédure décrivant notamment les circuits en fonction des scores de tri, et l'affectation des personnels médicaux et paramédicaux selon les zones définies (25). Toujours pour diminuer la charge globale des services ainsi que les délais d'attente, il a été préconisé de développer des circuits courts de prise en charge des patients par des praticiens expérimentés (5) et de formaliser le chemin clinique des patients, qui doit être disponible dans le dossier patient informatisé pour l'ensemble des professionnels de santé (27, 28).

Concernant la gestion des lits d'aval, les actions proposées sont de faciliter les admissions directes en service hospitalier en lien avec la médecine de ville (dans le cadre des filières de prise en charge par exemple, et spécifiquement pour la population des personnes âgées), d'améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile et de mettre en place une gestion non seulement hospitalière, mais aussi territoriale des lits d'aval¹² (création de « cellules de gestion des lits », utilisation d'indicateurs sur la disponibilité en lits¹³...) sous la responsabilité des agences régionales de santé (3, 5, 7, 18, 21, 30-33).

Plusieurs outils peuvent ou pourront être utilisés pour améliorer l'organisation et le fonctionnement des services des urgences :

- des outils d'auto-diagnostic (34) et d'analyse¹⁴ (35) proposés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) ;
- un indice de maturité du *bed management*¹⁵ proposé par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) et l'observatoire régional des urgences d'Occitanie, qui permet aux établissements de santé d'auto-évaluer annuellement leur gestion des lits (36) ;
- des indicateurs d'efficacité de la gestion des lits (travail en cours) proposés par la Fedoru qui devraient permettre d'évaluer l'impact d'une gestion des lits mature sur la prise en charge du patient et la fluidité du parcours (36).

¹² Le décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecin d'urgence indique que le titulaire de l'autorisation « met en place un dispositif de gestion des lits, portant sur l'activité d'hospitalisation programmée et non programmée, ou participe à un dispositif mis en place soit, lorsqu'il appartient à un groupement hospitalier de territoire, par ce groupement, soit conjointement avec d'autres établissements. L'établissement partage en son sein et avec les autres établissements membres de son groupement hospitalier de territoire, ainsi que, le cas échéant, avec la structure coordinatrice et les autres établissements du territoire membres du réseau des urgences mentionné à l'article R. 6123-26, les informations relatives à la disponibilité des lits » (29).

¹³ Sans être prédictif, le besoin journalier minimal en lits (BJML) permet d'anticiper le nombre de lits d'aval nécessaires par l'analyse des résumés de passage aux urgences des 7 dernières années (30).

¹⁴ Cet outil permet de restituer 3 types d'indicateurs : des indicateurs de performance comme le temps entre l'arrivée du patient et la prise en charge par l'IOA, des indicateurs organisationnels comme le temps de passage par type d'actes ainsi que des indicateurs reflétant l'adéquation des ressources vis-à-vis de l'activité.

¹⁵ En 2023, le score moyen national de l'indice de maturité du *bed management* est de 49 %, avec des disparités selon les territoires (36).

2 : assurer la sécurité des patients lors d'hébergements inadaptés.

Après le passage dans le service des urgences, certains patients peuvent ne pas pouvoir être hébergés dans le service adapté à leur pathologie ou leur âge faute de disponibilité (cf. préconisation 1). Dans cette hypothèse, il est nécessaire d'impliquer la communauté médicale dans la définition d'une procédure institutionnelle d'hébergement (dont critères d'orientation) et, notamment, dans l'identification de la responsabilité médicale du patient hébergé. Ces règles d'hébergement doivent être incluses dans les contrats de pôle, s'ils existent (31, 32). En outre, dans le cadre de la certification des établissements de santé, il est demandé que « l'équipe qui héberge le patient élabore son protocole de soins en lien avec l'équipe spécialiste » (21).

3 : mieux former les professionnels aux spécificités des services des urgences (compétences techniques) et aux compétences non techniques, en particulier au travail en équipe.

Des problèmes de connaissances et de compétences des professionnels, techniques et non techniques (travail en équipe), sont fréquemment cités par les déclarants comme source d'EIGS et ce, quel que soit le secteur d'activité. Afin de tendre vers une équipe performante, il est nécessaire de travailler à la fois sur les compétences individuelles et personnelles de chaque membre de l'équipe et sur les compétences collectives de l'ensemble des membres de l'équipe réunis autour d'un objectif commun (37).

Concernant les services des urgences, les déclarants ont mentionné des besoins de formation sur les **connaissances et compétences techniques individuelles** suivantes :

- les procédures en cas d'urgence vitale (2, 21), d'urgence psychique et lorsqu'un patient est agressif ou violent ;
- les bonnes pratiques relatives à l'identitovigilance ;
- les prises en charge spécifiques de l'enfant, de la personne âgée et du patient non communicant ou atteint de troubles psychiatriques ;
- la réalisation des gestes techniques à risque, en soulignant les points de vigilance ;
- le fonctionnement des dispositifs médicaux, en particulier lorsqu'ils sont nouveaux ou d'utilisation rare ;
- les bonnes pratiques transfusionnelles (21, 38) ;
- la pose et la surveillance des voies veineuses périphériques (39, 40) ;
- l'interprétation du rythme cardiaque fœtal (RCF), en particulier ceux « complexes » ou « douteux ».

Pour maintenir les compétences techniques des professionnels (exemples : prise en charge globale d'une urgence vitale ou d'une crise suicidaire ; gestes techniques comme l'intubation ou le massage cardiaque), la méthode de la simulation en santé (41, 42) est tout à fait adaptée.

De façon à permettre à tous d'avoir le même niveau de connaissances sur les procédures et protocoles d'un service ou d'un établissement, l'accueil des nouveaux arrivants, en particulier des internes et intérimaires, doit être formalisé : entre autres, un livret d'accueil comprenant les modalités d'accès aux différents logiciels (métier, aide à la prescription et gestion documentaire) et la liste des principaux documents disponibles doivent leur être remis.

Par ailleurs, en complément des compétences techniques, il est important d'améliorer les **compétences non techniques** des professionnels (communication entre les professionnels et avec le patient, place du patient en tant que partenaire de l'équipe, gestion des risques en équipe, capacité d'alerte, écoute, entraide, gestion du stress, etc.) afin de développer la capacité d'une équipe à

anticiper, récupérer, voire atténuer une situation à risque. Pour cela, différents outils (briefing et débriefing (43), revue de morbi-mortalité (44), simulation en santé interprofessionnelle... (27)) et programmes sont disponibles (par exemple, le programme Pacte vise à faire levier sur le collectif de travail en améliorant les compétences non techniques et la culture de sécurité (45)). Par ailleurs, le patient est un membre à part entière de l'équipe : il doit contribuer à sa propre sécurité et il est donc important de l'impliquer dans sa prise en charge et de prendre en compte son point de vue (46). En particulier, intégrer son retour d'expérience lors de l'analyse des EIAS permet d'améliorer la qualité de l'analyse des causes profondes et ainsi de mieux identifier les actions permettant de prévenir leur survenue (9).

4 : renforcer le partage des informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient tout au long de son parcours.

La transmission des informations médicales et administratives du patient à chaque étape de son parcours est essentielle pour garantir la sécurité de sa prise en charge : en effet, des retards, des oublis ou des erreurs de communication de ces informations peuvent engendrer des retards ou des défauts de soins, ainsi que des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques potentiellement graves.

Concernant spécifiquement les services des urgences, il est préconisé de :

- faciliter l'accès aux informations préhospitalières (exemples : fiches de régulation SAMU et d'intervention SMUR, dossier de liaison d'urgences pour les résidents d'Ehpad ainsi que pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap vivant à domicile (47, 48), dossier médical du patient d'un autre établissement, accès à Mon espace santé si ce dernier est créé) ;
- améliorer la transmission entre médecins de jour et médecins de nuit ;
- convenir avec le laboratoire de biologie et le service d'imagerie du délai de rendu des résultats pour les situations urgentes (21) ;
- intégrer tous les résultats d'examen dans le dossier du patient informatisé, de préférence en temps réel (21) ;
- déployer une check-list de transfert du patient pour les parcours les plus courants, afin d'éviter les oublis, en particulier concernant les résultats biologiques ou d'imagerie (exemple : fiche de transfert « service des urgences – service de chirurgie traumatologique et orthopédique ») (17) ;
- lors d'un transfert d'un patient vers un autre service ou établissement, veiller à la traçabilité des échanges entre professionnels (heure d'appel, identité de l'appelant, motif de l'appel et réponse donnée) (49).

Une des conditions essentielles pour pouvoir partager des données de santé à caractère personnel est que les systèmes d'information mis à disposition soient conformes aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité (utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié par exemple) (50). Les passerelles entre les différents logiciels de l'établissement et le logiciel métier des services des urgences doivent être développées avec les soignants médicaux ou paramédicaux (27). Elles permettent de faciliter, voire automatiser, l'intégration et les transferts des données (données des moniteurs multiparamétriques, évaluation échographique par les paramédicaux, scores de gravité, mais aussi signature des consentements patients, allergies du patient, etc.), ce qui limite d'autant les retards et les erreurs de saisie. En outre, le paramétrage du logiciel d'aide à la prescription, en particulier des alertes, doit être réalisé de manière concertée entre le service des urgences, le service de pharmacie et le service informatique. Il doit être révisé périodiquement en fonction des éventuels retours des utilisateurs, des évolutions du livret du médicament et des dispositifs médicaux et des changements organisationnels.

5 : sensibiliser davantage les professionnels aux risques d'erreurs diagnostiques (diagnostic retardé, erroné ou manqué) et mettre en place des outils d'aide au diagnostic pour les situations les plus à risque.

Les erreurs diagnostiques rapportées dans les EIGS analysés concernent plus certains motifs de consultation que d'autres. Ainsi, on retrouve surtout les douleurs thoraciques, les douleurs abdominales (exemples : diagnostic de la constipation sévère des patients sous neuroleptique (51) ou d'urgences obstétricales pour les parturientes), les céphalées et vomissements fébriles (exemple : diagnostic des méningites infectieuses), les symptômes douloureux chez des patients ayant des troubles psychiatriques connus et/ou alcoolisés (15, 49, 52) ou encore les métrorragies des parturientes (53).

Les biais cognitifs (effet tunnel, par exemple) sont souvent cités comme des facteurs contributifs de ces erreurs diagnostiques. Diverses solutions existent pour mieux s'en prémunir ou en minimiser les impacts (15), dont :

- sensibiliser les professionnels au fonctionnement cognitif et à ses failles ;
- identifier les situations à risque spécifique à son environnement de travail (analyse collective des EIAS avec autopsie cognitive¹⁶, simulation en santé) ;
- avoir des prises en charge protocolées (arbre décisionnel, chemin clinique, check-lists (54), etc.) : fournir une alternative au recours à l'intuition et à la mémoire et guider la réflexion au moyen de divers outils¹⁷ peut améliorer les performances diagnostiques et les choix thérapeutiques effectués par les professionnels tout au long du parcours du patient ;
- mettre en pratique le *slowing down* (ralentir) ou la pause diagnostique pendant le raisonnement ou la prise de décision, pour s'interroger sur son diagnostic et envisager des scénarios alternatifs ;
- améliorer les conditions de travail (moyens humains suffisants, équipements techniques fonctionnels, locaux adaptés...) ;
- améliorer le travail en équipe pour permettre à chaque membre de l'équipe de se sentir légitime d'intervenir dans les prises de décision collective, mais aussi d'attirer l'attention de ses collègues sur un risque ou une erreur en cours ou de demander de l'aide en cas de doute ou de besoin (membre de l'équipe ou avis spécialisé). Dans ce dernier cas, il faut donc s'assurer de la présence et de la disponibilité en continu d'un médecin senior dans les services des urgences et formaliser les situations concernées (exemples : sortie ou transfert des patients (55), supervision des internes et stagiaires), si la supervision ne peut pas être systématique. De même, il est nécessaire de formaliser les situations pour lesquelles un avis spécialisé doit être sollicité (27,55). Pour ce faire, les médecins de spécialité doivent être facilement joignables en intra ou extra-établissement (21).

6 : accentuer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et de l'utilisation des dispositifs médicaux.

La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe dont les risques découlent de multiples facteurs, dont l'intervention de différents acteurs de santé, la diversité des pathologies, de leur degré d'urgence et de leur gravité, ainsi que la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients.

¹⁶ Une « autopsie cognitive » consiste à avoir une approche cognitive lors de l'analyse des causes profondes d'EIAS.

¹⁷ Un moyen de se prémunir contre les erreurs diagnostiques pourrait être de faire appel, quand cela est possible, à l'intelligence artificielle pour l'aide au diagnostic (27).

Les EIGS en lien avec les médicaments déclarés ne sont pas, pour la plupart, spécifiques aux services des urgences. Ils pourraient être prévenus en respectant les bonnes pratiques générales suivantes :

- déployer la conciliation des traitements médicamenteux à l'entrée, en ciblant des populations à risque telles que les personnes âgées (56) ;
- informatiser les prescriptions réalisées aux urgences pour permettre de bénéficier de l'aide et des alertes du logiciel d'aide à la prescription (57) ;
- prescrire uniquement par écrit (pas de prescription orale) sauf s'il existe des protocoles d'urgence validés par le responsable médical de la structure (21, 23) ;
- mentionner clairement dans la prescription l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en dénomination commune internationale, la posologie et la durée de traitement (21) ;
- tracer les allergies médicamenteuses dans le dossier patient dès la prescription et bien vérifier les antécédents d'allergie avant toute administration de médicament (21) ;
- prescrire les médicaments injectables en dose et pas en volume (58) ;
- instaurer le double contrôle de la préparation des médicaments considérés à haut niveau de risque (liste à établir par le service des urgences), en particulier pour le calcul des doses à administrer (58-60) ;
- mettre à disposition des professionnels des outils tels que des tableaux de conversion, des tableaux de correspondance et des tableaux de calcul de dose, adaptés au secteur d'activité considéré (urgences pédiatriques, urgences adultes) (58, 61) ;
- sécuriser l'utilisation des médicaments à risque en les identifiant à chaque étape de la prise en charge, en standardisant les règles de prescription, de dispensation, d'administration et de stockage, en mettant à disposition des protocoles de bonnes pratiques sur l'utilisation de ces médicaments et en favorisant des formes prêtes à l'emploi (62) ;
- identifier les médicaments à risque et prendre en compte les risques de confusion liés à la ressemblance des noms et des emballages (ampoules de noradrénaline et de phloroglucinol ; unidoses de solutions antiseptiques et de sérum physiologique) lors du stockage (60) ;
- encadrer l'utilisation de l'oxygène : prescription obligatoire mentionnant le débit (L/minute) et bonnes pratiques protocolisées et connues des professionnels (exemples : privilégier l'utilisation des prises murales, en particulier lorsque le débit d'oxygène est élevé ; vérifier et tracer dans les dossiers patients informatisés le remplissage des bouteilles d'oxygène à chaque tour de surveillance) (63).

Le matériel à disposition des professionnels doit être complet et correctement entretenu. En particulier, les chariots ou sacs d'urgence doivent être accessibles et leur contenu régulièrement contrôlé (composition, quantité et dates de péremption des produits de santé) (2, 21). Cette vérification doit être tracée. De même, un registre d'utilisation doit être tenu. Le bon fonctionnement des **dispositifs médicaux** du service doit aussi être régulièrement vérifié (exemples : ventilateur permettant la ventilation non invasive, ventilateur de transport) et tracé.

7 : mieux prévenir les actions du patient contre lui-même (tentatives de suicide, suicides, sorties à l'insu du service).

Aucun secteur n'échappe au risque de suicides et tentatives de suicide, même si les services de psychiatrie sont les premiers déclarants de ces EIGS. Leur nature intentionnelle conduit souvent à considérer leur prévention comme quasi impossible. Pourtant, le suicide est classé de façon universelle dans les morts évitables ou, tout du moins, partiellement évitables. Il est établi que la mise en œuvre

d'un programme (ou projet) d'établissement, de moyens et de formations et une meilleure connaissance des contextes de survenue des suicides permettent de prévenir ces événements. Entre autres, il est nécessaire (64, 65) :

- d'organiser un repérage des idées suicidaires à l'arrivée des patients pour estimer le niveau d'urgence et de vulnérabilité suicidaire avec des questions protocolisées ;
- de construire un plan personnalisé de sécurité quant à l'accès aux moyens de suicide et au parcours du patient dans l'immédiat et dans les jours à venir.

Concernant les sorties à l'insu du service, les déclarations analysées permettent d'insister sur le fait qu'il faut formaliser la conduite à tenir dans ces situations (identifier les risques en distinguant le cas d'un patient autonome et non vulnérable de celui d'un patient présentant un trouble cognitif ou à risque de suicide ; tracer les mesures de surveillance éventuellement mises en œuvre) et y sensibiliser les équipes.

Sachant que ces EIGS (tentatives de suicide, suicides, sorties à l'insu du service) sont souvent en lien avec des défauts de surveillance des patients et l'agencement des locaux, il est important que ceux-ci soient adaptés en conséquence, avec le soutien de la gouvernance. Par exemple, la salle d'attente doit être située dans la zone d'accueil afin d'être facilement visible par l'IOA (25). De plus, les zones d'admission doivent disposer d'un système sécurisé d'ouverture des portes, rendant les accès au service contrôlables, en particulier la nuit (27).

8 : renforcer l'implication de la gouvernance et des chefs de service dans le fonctionnement et l'organisation des services des urgences.

L'ensemble des préconisations émises ci-dessus (1 à 7) pour améliorer la sécurité des patients dans les services des urgences ne saurait être mis en œuvre sans le soutien et l'implication active de la gouvernance des établissements de santé et des chefs de service.

Ainsi, dans le cadre de la certification des établissements de santé, il est demandé que « la direction et la commission médicale d'établissement (CME) copilotent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins », en association avec les représentants des usagers (21). Pour les services des urgences, cela signifie que la gouvernance s'implique notamment dans la définition de leurs missions et de leurs règles de fonctionnement, dont les modalités d'accueil des patients, les circuits, les fonctions des personnels affectés, les procédures et protocoles afférents, etc. Par ailleurs, il est important que le rôle et les moyens mis à disposition de l'encadrement (médical et/ou paramédical) des services d'urgences soient formalisés dans un contrat d'engagement réciproque avec les directions (37). Ce contrat permet de faire converger la stratégie d'établissement et la stratégie du service, de rendre lisibles les moyens dédiés et de responsabiliser davantage les parties prenantes. Un service des urgences est expert et performant dans les soins seulement si ce service peut consacrer un temps certain à son management (27). Le manager doit être un praticien reconnu pour ses compétences médicales et doit posséder des compétences de gestionnaire et de leadership (37).

Il est attendu aussi que la gouvernance soutienne une culture de sécurité des soins en promouvant des valeurs, comportements et attitudes qui la favorisent, en particulier la déclaration et l'analyse des EIGS (21).

Table des annexes

Annexe 1.	Résultats – Trajectoire des patients aux services des urgences	21
Annexe 2.	Résultats – Analyse détaillée des causes profondes	22

Annexe 1. Résultats – Trajectoire des patients aux services des urgences

En amont de leur arrivée aux urgences, les patients venaient (informations présentes pour 191 patients) :

- de leur domicile, qu'ils soient venus par leurs propres moyens, en ambulance privée ou par les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) (n = 173) ;
- d'un service de médecine (n = 6) ;
- d'un établissement psychiatrique (n = 5) ;
- d'un établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (n = 3) ;
- d'un service de chirurgie (n = 1) ;
- d'un service de soins médicaux et réadaptation (n = 1) ;
- d'un service d'hospitalisation à domicile (n = 1) ;
- d'une maison d'arrêt (n = 1).

Après leur passage dans les services des urgences où se sont produits les EIGS, les patients ont été dirigés vers (informations présentes pour 105 patients) :

- leur domicile, par leurs propres moyens ou par le SMUR (n = 20) ;
- un service de médecine ou d'obstétrique (n = 30) ;
- un service de chirurgie (n = 16) ;
- un service de réanimation (n = 13) ;
- un autre établissement (n = 12) ;
- une unité de soins intensifs cardiologiques (n = 4) ;
- un Ehpad (n = 3) ;
- un établissement psychiatrique (n = 3) ;
- une maison d'arrêt (n = 1) ;
- un établissement de soins médicaux et de réadaptation (n = 1).

Annexe 2. Résultats – Analyse détaillée des causes profondes

Causes profondes liées au patient

Des facteurs liés aux patients sont cités dans 82 % des déclarations (n = 159). Parmi ces facteurs, on retrouve de façon prépondérante l'état de santé du patient (126/159) et ses antécédents (98/159) (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 4).

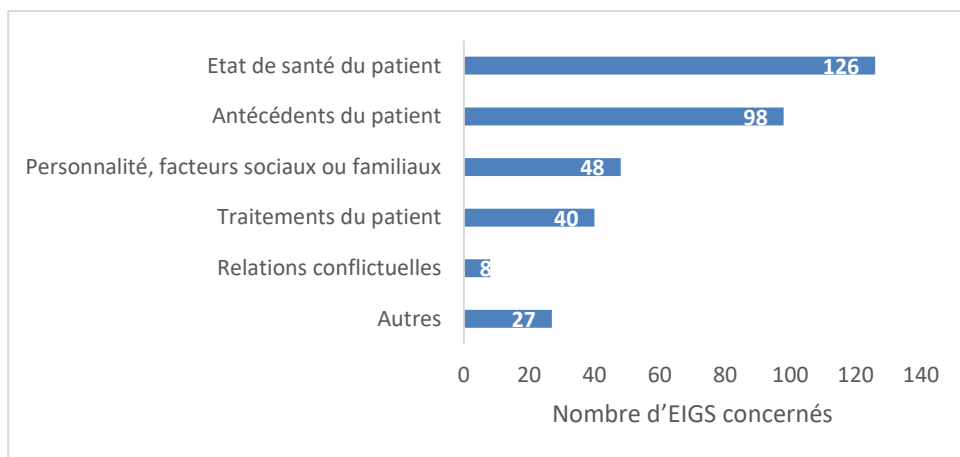


Figure 4. Répartition des causes profondes liées aux patients des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 159 déclarations, réponses multiples)

Les facteurs liés à l'état de santé du patient concernaient des situations très diverses. Entre autres, les déclarants ont mentionné des personnes âgées et/ou des patients avec des troubles cognitifs (17/126), un contexte éthylique (10/126) et des troubles psychiatriques (6/126).

S'agissant des antécédents médicaux du patient, il a été rapporté la présence d'antécédents cardiovasculaires (20/98), de troubles psychiatriques divers (20/98) ainsi que d'éthylisme (7/98).

Quant aux facteurs liés à la personnalité et aux facteurs sociaux ou familiaux du patient cités dans 48 déclarations, il s'agissait surtout de problèmes de compréhension liés à des troubles cognitifs ou des troubles psychiatriques (n = 17). Moins fréquemment, ont été citées la précarité des patients (n = 5) ou la barrière de la langue (n = 4).

Il est à noter que les facteurs liés aux traitements des patients (n = 40) concernaient dans 12 cas des anticoagulants.

Causes profondes liées à l'environnement

Des facteurs liés à l'environnement étaient rapportés dans 74 % des déclarations (n = 144). Il s'agissait en grande majorité de facteurs liés à la charge de travail des professionnels (98/144), puis de facteurs liés aux locaux (45/144), aux équipements et fournitures (34/144) et aux transferts intra ou inter-établissements (33/144) (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 5).

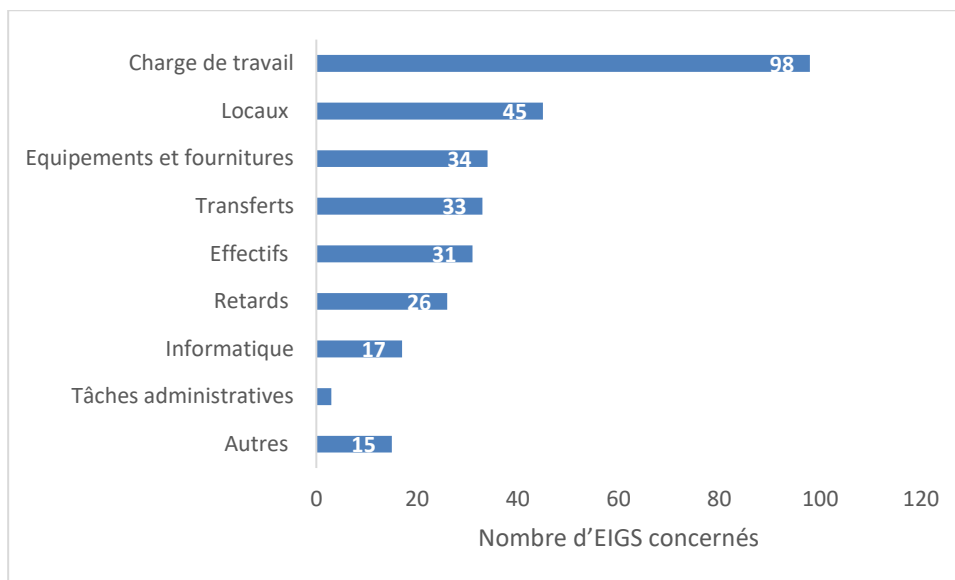


Figure 5. Répartition des causes profondes liées à l'environnement des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 144 déclarations, réponses multiples)

L'analyse des données textuelles a permis de préciser la nature des difficultés liées aux locaux (n = 45). Il s'agissait de :

- locaux trop exigus entraînant des difficultés de prise en charge des patients (nombre de boxes considéré parfois comme insuffisant) ;
- locaux dont la conformation était inadaptée :
 - les chambres ou les salles d'attente étaient éloignées des soignants, rendant la surveillance des patients difficile,
 - il n'y avait pas de zone dédiée à la préparation des médicaments.

Concernant les équipements et fournitures (n = 34), les données textuelles indiquent qu'ils étaient soit absents, soit défectueux. On peut citer :

- l'absence de masque adapté aux nourrissons dans le chariot d'urgence ;
- l'absence de matériel permettant la mesure des signes vitaux des enfants ;
- un dysfonctionnement du pneumatique transportant les prélèvements biologiques ;
- une alarme incendie non entendue par les professionnels présents en salle de soins ;
- l'absence de lit surbaissé pour les patients ayant les fonctions cognitives altérées type Alzheimer ;
- l'absence d'ordinateur portable permettant de prescrire à côté du patient et entraînant de nombreux allers-retours des professionnels ;
- des batteries défaillantes des téléphones DECT¹⁸ rendant injoignable l'interne des étages ;
- l'absence de sonnette dans le box des urgences ;
- un matériel inadapté pour administrer des amines (absence de valve anti-retour, tubulure longue, absence de pompe à amines) ;
- l'absence de tables de dilution de l'atropine et de l'adrénaline dans le chariot d'urgence pédiatrique.

¹⁸ DECT signifie *Digital Enhanced Cordless Telecommunications* (télécommunications numériques améliorées sans fil).

Les problèmes liés à l'informatique rapportés sont de nature diverse :

- manque d'interopérabilité des systèmes d'information ;
- paramétrages inadaptés des logiciels d'aide à la prescription (exemples : pas de prescription possible en temps réel après 18 h, la prescription étant décalée au lendemain ; pas d'alerte du médecin lors de la prescription d'une double anticoagulation ou sur des résultats biologiques anormaux) ;
- survenue de pannes informatiques avec un délai de reconnexion important.

Dans les réponses « autres », on retrouve par exemple le manque de lits d'aval (3 déclarations).

Causes profondes liées aux tâches à accomplir

Des facteurs liés aux tâches à accomplir sont mentionnés dans 72 % des déclarations (n = 141). Parmi ces facteurs, ce sont surtout les problèmes liés aux protocoles qui ont été déclarés (82/141), mais aussi ceux liés aux résultats d'examens complémentaires (39/141) et aux définitions de tâches (37/141) (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 6).

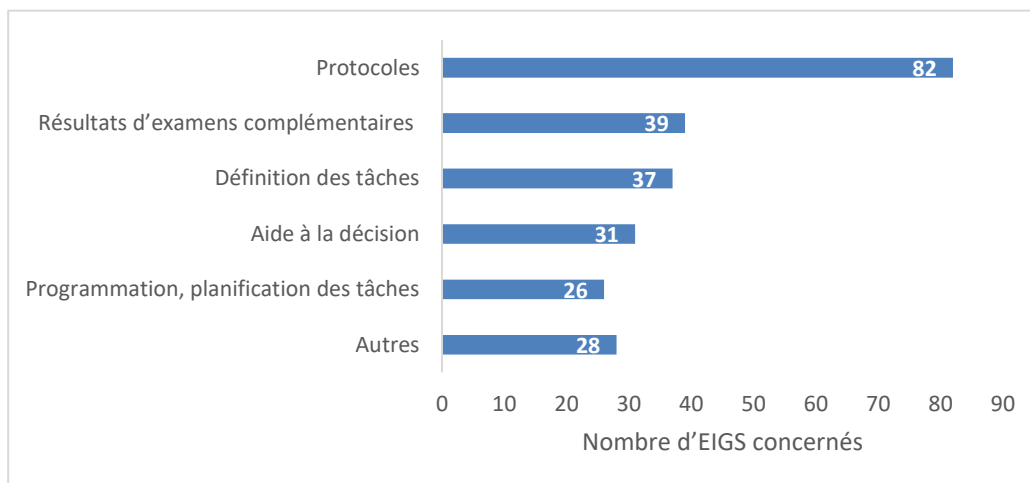


Figure 6. Répartition des causes profondes liées aux tâches à accomplir des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 141 déclarations, réponses multiples)

Dans cette analyse, les facteurs liés aux protocoles (n = 82) concernent :

- l'absence de protocole (exemples : évaluation du risque suicidaire, pose et suivi de drains thoraciques, surveillance des douleurs abdominales, gestion des douleurs thoraciques, prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, gestion du risque thrombotique des personnes alitées ou des patients sous anticoagulant nécessitant une intervention chirurgicale en urgence) ;
- les protocoles incomplets (exemple : critères de gravité de la pancréatite aiguë) ;
- les protocoles non actualisés (exemples : critères de tri pour les fausses couches hémorragiques aux urgences gynécologiques et obstétricales) ;
- les protocoles non adaptés (exemples : conduite à tenir lors d'une sortie à l'insu du service, limitations et arrêt des thérapeutiques actives lors de la prise en charge au service des urgences) ;
- les protocoles non connus des professionnels (exemple : prise en charge de la douleur chez l'enfant) ;

- ou les protocoles non suivis par les professionnels (exemples : prise en charge d'un patient au service des urgences, vérification du chariot d'urgence, conduite à tenir face à une crise convulsive, prise en charge de l'hyperkaliémie).

Concernant les résultats d'examens complémentaires (n = 39), les déclarants ont fait état :

- d'examens non réalisés (exemples : biologie urinaire, signes vitaux, imagerie) ;
- d'examens non réalisés à temps (exemples : scanner, échographies non réalisables la nuit) ;
- d'examens dont les résultats ne sont pas disponibles en raison de dysfonctionnements dans la communication (exemples : signes vitaux, comptes-rendus antérieurs de consultation ou d'imagerie) ;
- d'examens non transmis à un spécialiste pour avis ;
- d'examens non pris en compte (exemple : non-prise en compte d'un épanchement intestinal vu au scanner) ;
- ou d'examens mal ou non interprétés.

Dans 31 déclarations, l'absence d'outils d'aide à la décision (exemple : critères d'appel du réanimateur) et le manque d'utilisation de ces outils (exemple : calcul du score qSOFA¹⁹ pour évaluer la gravité du sepsis) ont été mentionnés.

Dans les réponses « autres », il est à noter que certains déclarants ont signalé des problèmes d'interruption de tâches.

Causes profondes liées à l'équipe

Des facteurs liés à l'équipe sont indiqués dans 69 % des déclarations (n = 134). Les trois facteurs liés à l'équipe les plus retrouvés sont la communication entre professionnels (82/134), les transmissions et alertes (62/134) et les informations écrites (52/134) (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 7).

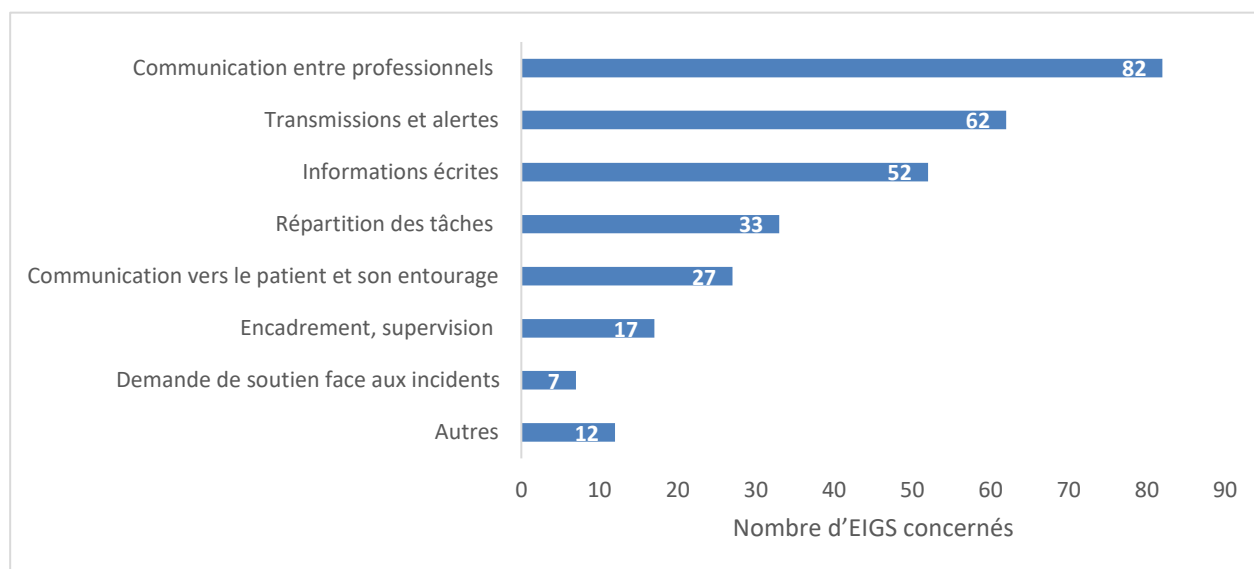


Figure 7. Répartition des causes profondes liées à l'équipe des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 134 déclarations, réponses multiples)

¹⁹ Le score simplifié *quick Sequential (Sepsis-Related) Organ Failure Assessment* (qSOFA) permet de prédire la mortalité hospitalière (défaillance d'organes) des patients admis au service d'accueil des urgences pour une infection (66).

Les défauts de communication soulevés (n = 82) impliquent différents professionnels en lien avec les services des urgences et peuvent survenir :

- entre les membres de l'équipe des urgences (exemple : entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit) ;
- entre le service d'aide médicale urgente (SAMU) et le service des urgences ;
- entre le service d'amont et le service des urgences ;
- entre le service des urgences et d'autres services (exemples : radiologie, unité de surveillance continue, réanimation, pédiatrie) ;
- entre le service des urgences et l'établissement de santé du pays d'origine du patient.

Il est à noter que les déclarants ont rapporté des conflits entre professionnels (n = 4), certains étant préexistants à la survenue de l'EIGS, et des problèmes de « leadership » entre différentes professions (urgentistes et pédiatres, par exemple).

Des problèmes concernant le manque de transmission d'informations importantes, telles que la gravité de l'état clinique du patient, l'incomplétude des transmissions (cas des transmissions téléphoniques) ou leur absence de prise en compte ont également été rapportés (n = 62).

Quant aux facteurs liés aux informations écrites (n = 52), il s'agissait principalement de l'incomplétude ou de l'absence d'informations dans le dossier patient (horodatage, prescriptions des soins, consignes de surveillance du patient, signes cliniques, signes vitaux, résultats biologiques). Il a été déclaré aussi des difficultés liées à la multiplication des supports où étaient consignées les informations (exemple : dossier papier et dossier patient informatisé), parfois non concordantes.

Enfin, certains EIGS découlent de problèmes d'encadrement ou de supervision et auraient pu être évités en recourant à l'avis d'un senior ou d'un spécialiste. Il s'agit principalement :

- des situations cliniques complexes (exemple : avis d'un cardiologue ou d'un néphrologue pour les patients insuffisants rénaux ou dialysés) ;
- des gestes techniques complexes (exemple : intubation difficile) ;
- de l'interprétation de certains résultats lorsqu'elle est difficile (exemple : lecture des RCF) ;
- de la sortie des patients, notamment en cas de pathologie psychiatrique.

Causes profondes liées aux professionnels

Des facteurs liés aux professionnels sont rapportés dans 53 % des déclarations (n = 103). On retrouve dans plus de la moitié des cas des facteurs liés au stress (54/103), généralement en lien avec la charge de travail, la fatigue ou l'épuisement des professionnels (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 8). Les compétences des professionnels (38/103) sont également souvent mentionnées. Il s'agissait d'internes en médecine (n = 10), de médecins jeunes diplômés ou intérimaires (n = 9), ainsi que de jeunes infirmiers organisateurs de l'accueil (n = 4). Dans les 15 cas restants, soit la catégorie de professionnels n'était pas précisée, soit il s'agissait à la fois de médecins et de professionnels paramédicaux.

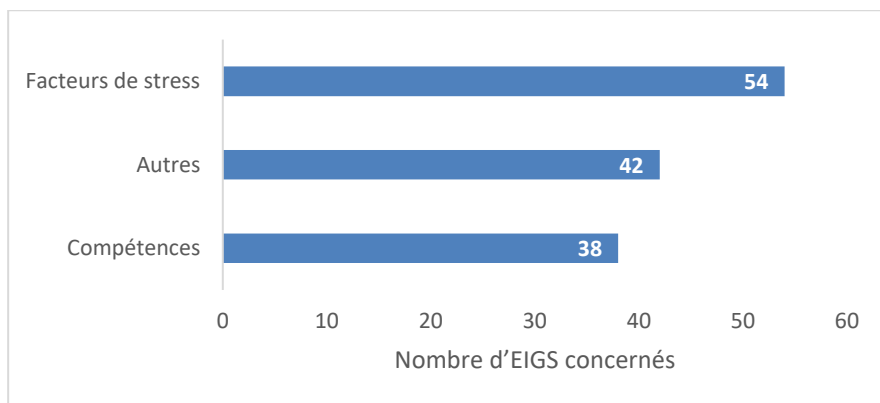


Figure 8. Répartition des causes profondes liées aux professionnels des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 103 déclarations, réponses multiples)

Plus précisément, les déclarants mentionnaient un manque de connaissances de la prise en charge pédiatrique de l'asthme grave aigu, des facteurs de gravité de la pyélonéphrite obstructive fébrile, de la prise en charge des enfants de moins de 3 mois, des procédures du service et de l'utilisation de certains médicaments (effets indésirables de la triphosadénine sodique ; dosage et voie d'administration de l'adrénaline).

Parmi les autres facteurs contributifs liés aux professionnels cités (n = 42), on retrouve les biais cognitifs²⁰, la charge de travail, ainsi que le non-respect des bonnes pratiques en matière de prescription et de gestion des traitements personnels des patients.

Exemples d'EIGS en lien avec les services des urgences favorisés par un biais cognitif²¹

EIGS n° 1. Un patient âgé de 52 ans aux nombreuses comorbidités cardiaques est adressé par son médecin traitant au service des urgences pour une fièvre d'origine indéterminée évoluant depuis 24 h. Le patient a une hyperkaliémie qui sera traitée, mais d'autres variables biologiques sont perturbées. Le patient est hospitalisé sans être sous surveillance électrocardioscopique et décède dans la nuit.

Un des facteurs favorisant de cet évènement est la survenue d'un « effet tunnel »²² sur la prise en charge de la dyskaliémie, sans reprise de hauteur sur l'ensemble du tableau clinique (sepsis probable, insuffisance rénale, taux de bicarbonates bas laissant supposer une acidose sous-jacente).

EIGS n° 2. Un patient est pris en charge au service des urgences pour désorientation et alcoolisation et a des symptômes d'anxiété généralisée dans un contexte d'antécédents de pathologie psychiatrique et d'intoxication éthylique aiguë. Les professionnels de santé ont rattaché la symptomatologie clinique à une origine psychiatrique, sans réévaluation à la suite des examens biologiques réalisés

²⁰ Au quotidien, les professionnels de santé utilisent des raccourcis mentaux, aussi appelés heuristiques, moins coûteux en temps et en énergie, qui permettent de prendre des décisions rapides et le plus souvent fiables. Mais ces raccourcis mentaux peuvent parfois être source d'erreurs s'ils sont utilisés dans la mauvaise situation : il s'agit alors de biais cognitifs (15, 16).

²¹ Identification des déclarations concernées en recherchant les mots-clés suivants dans tous les champs texte : « tunnel/isation » ; « biais » ; « cognitif/ves » « focalisé(e)/focalisation » ; « persuadé » ; « attention » ; « entêtement » ; « obstination » ; « persévérance » ; « avec du recul » ; « confiance » « sûr ».

²² Situation dans laquelle l'attention du professionnel est tellement focalisée sur un objectif qu'il n'entend ni ne voit des signaux d'alerte qui devraient l'amener à modifier son approche, voire à l'arrêter avant que ne survienne un évènement indésirable associé aux soins (15, 16).

et à l'aggravation du patient. Le patient est transféré vers un centre psychothérapeutique et y décède d'un arrêt cardiorespiratoire.

Un biais d'attente ou d'expectation²³ a conduit à un retard de prise en charge d'une pathologie somatique : il existait des signes objectifs cliniques et biologiques (désorientation, sueurs, tachypnée, taux de bicarbonates bas) qui auraient nécessité des investigations complémentaires.

EIGS n° 3. Un patient âgé d'une cinquantaine d'années se présente au service des urgences pour des douleurs abdominales. Il retourne au domicile le jour même (diagnostic de gastrite). Le patient se rend à nouveau au service des urgences 11 jours plus tard pour des douleurs épigastriques et, cette fois, le patient est hospitalisé. Il n'y a pas de prise en charge particulière ni de surveillance intensive pendant les 24 heures qui suivent malgré la dégradation de son état clinique (tachycardie, douleurs ne cédant pas aux morphiniques). Au 2^e jour de son hospitalisation, devant l'aggravation des signes cliniques, le patient fait l'objet d'examens complémentaires, mais nécessite rapidement des manœuvres de réanimation puis décède d'une nécrose digestive avancée du grêle et du côlon.

Un biais cognitif appelé « arrêt de réflexion »²⁴ est intervenu : le patient a été hospitalisé d'emblée dans une unité réservée aux patients en attente d'un retour à domicile, en partant du postulat qu'il n'avait pas de pathologie grave.

EIGS n° 4. Une patiente âgée de 25 ans se présente au service des urgences pour des douleurs abdominales. L'IDE injecte 2 ampoules de phloroglucinol en intraveineux direct. L'infirmière constate une dégradation rapide de l'état de la patiente et en informe le médecin référent. Pendant plusieurs heures, l'état de la patiente se dégrade sans qu'un diagnostic soit posé. Dans la nuit, la patiente doit être réanimée et c'est alors que les professionnels s'interrogent sur une confusion de produit injecté (noradrénaline à la place de phloroglucinol). Deux ampoules de noradrénaline sont effectivement retrouvées vides.

Un biais de « surconfiance », lié au fait que l'IDE était expérimentée, a amené les professionnels à réfuter l'éventualité d'une erreur médicamenteuse dans un premier temps.

Causes profondes liées à l'organisation et au management

Dans 37 % des déclarations, on retrouve des facteurs liés à l'organisation et au management (n = 72). Ce sont principalement des facteurs liés aux ressources humaines (32/72) (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 9).

²³ Tendence à percevoir une situation à partir de ce que le professionnel s'attend à observer (peut être un stéréotype).

²⁴ Tendence à favoriser le « moindre effort cognitif » dans la résolution de problème et à stopper la réflexion et la recherche d'informations prématurément, dès qu'une option satisfaisante est identifiée.

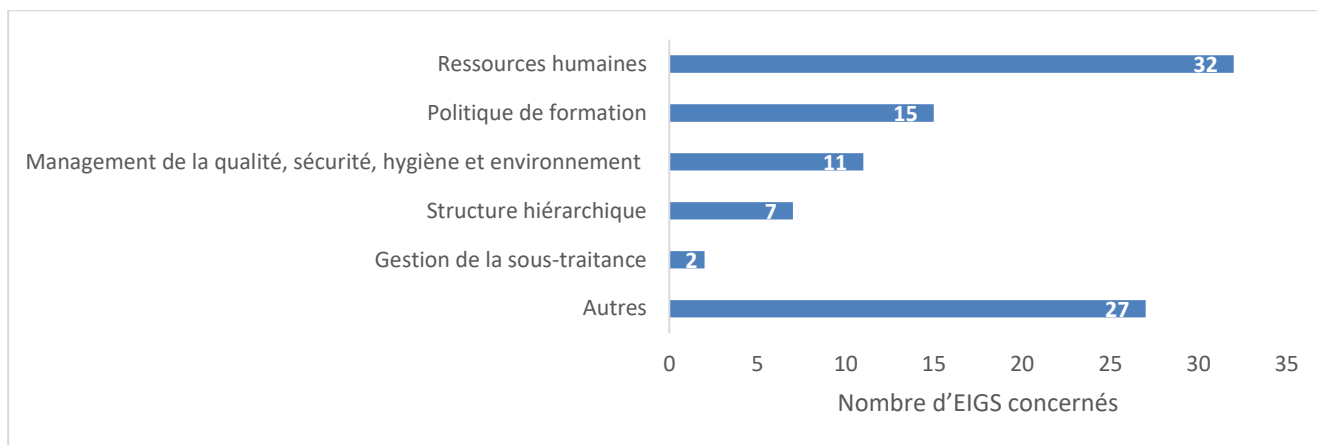


Figure 9. Répartition des causes profondes liées à l'organisation et au management des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 72 déclarations, réponses multiples)

Les déclarants ont ainsi signalé :

- de manière générale, des effectifs non suffisants par rapport à l'activité ou au manque de lits d'aval ;
- l'absence ou le manque de certains spécialistes en fonction des jours ou de la période (médecin d'orientation dans les services des urgences, anesthésiste, radiologue, pédiatre, personnels paramédicaux, infirmiers en hospitalisation à domicile [HAD]) ;
- l'absence d'affectation des personnels médicaux et paramédicaux à des zones dédiées ;
- le manque de temps des équipes pharmaceutiques pour réaliser l'activité de conciliation médicamenteuse au service des urgences ;
- l'absence de politique d'embauche de personnel déjà expérimenté aux urgences ;
- la trop grande rotation du personnel, les difficultés de recrutement des médecins et le recours à l'intérim.

Concernant la politique de formation (n = 15), il a été rapporté un manque de formation pour certaines situations spécifiques (prise en charge des patients psychiatriques, prise en charge spécifique de l'enfant aux urgences adultes, prise en charge des patients âgés et non communicants) ou bien pour la prise en charge générale des patients (formation aux facteurs humains pour les nouveaux arrivants, mise à jour régulière de la formation aux gestes et soins d'urgence, entraînement avec des mises en situation).

Causes profondes liées au contexte institutionnel

Des facteurs liés au contexte institutionnel sont cités dans 31 % des déclarations (n = 60, cf. Figure 10), dont principalement les politiques régionales (17/60) et nationales (12/60).

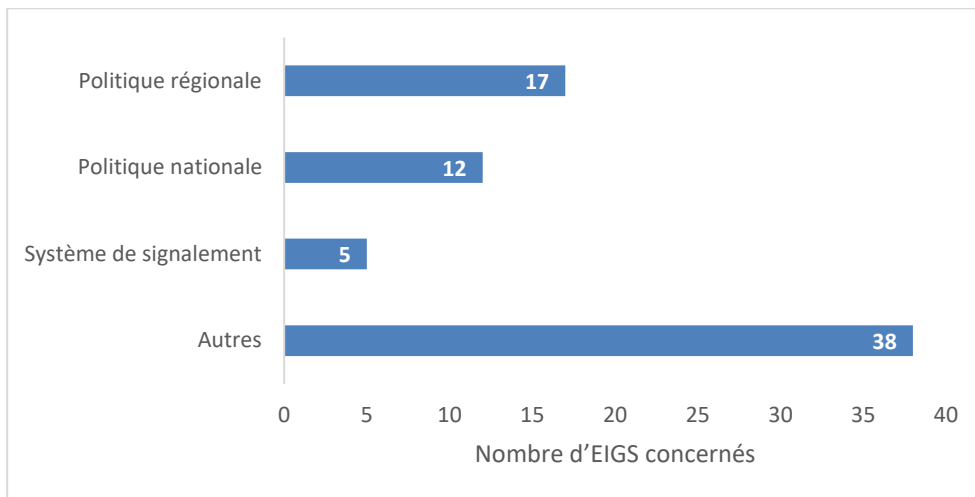


Figure 10. Répartition des causes profondes liées au contexte institutionnel des EIGS en lien avec les services des urgences (n = 60 déclarations, réponses multiples)

Les déclarants ont mentionné à plusieurs reprises le manque de lits d'aval (n = 15), l'absence de filière courte, la fermeture de services des urgences, les tensions estivales, les hébergements inadaptés (exemple : hospitalisation dans le service d'urologie à la place du service des maladies métaboliques ou dans le service de chirurgie à la place du service de neurologie), les difficultés de recrutement, le recours à l'intérim, ainsi que la problématique de la filière psychiatrique.

Références bibliographiques

1. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé en 2021. Les Dossiers de la DREES, n° 111. Paris: DREES; 2023.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/DD111MAJ010823.pdf>
2. Haute Autorité de santé. Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement selon le référentiel de certification. Fiche pédagogique urgences vitales. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf
3. Jomier B. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. Paris: Sénat; 2022.
<https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>
4. Fédération des observatoires régionaux des urgences. Activités des services d'urgences. Chiffres-clés 2022. Bordeaux: FEDORU; 2022.
https://uploads-ssl.webflow.com/60c1d5a3818fb043e8205cb5/642c29e32181e9e179d94584_FEDORU_CC2022_Print_V2.pdf
5. Cohen L, Génisson G, Savary R-P. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. Paris: Sénat; 2017.
<https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
6. Mesnier T, Carli P. Pour un pacte de refondation des urgences. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2019.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf
7. Braun F. Mission Flash sur les urgences et soins non programmés. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2022.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
8. Michel P, Quenon J-L, Daucourt V, Burdet S, Hoarau D, Klich A, *et al.* Incidence des événements indésirables graves associés aux soins. Dans les établissements de santé (ENEIS 3) : quelle évolution dix ans après ? Bull Epidémiol Hebdo 2022;(13):229-37.
9. Haute Autorité de santé. AbrEIGéS. Un condensé du rapport annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/abreiges_eigs_2022.pdf
10. 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. Journal Officiel 2016;27 novembre 2016.
11. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care 2009;18(5):325-30.
<http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
12. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term "second victim". BMJ 2019;364:l1233.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l1233>
13. Haute Autorité de santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288240/fr/l-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-guide
14. Haute Autorité de santé. Grille ALARM. Mis à jour le 30 mars 2022 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm
15. Haute Autorité de santé. Solutions sécurité patient. L'effet tunnel en santé : comment faire pour en voir le bout ? . Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/l-effet-tunnel-en-sante-comment-en-venir-a-bout.pdf>
16. Tirtiaux G, Basquin C. Les biais cognitifs. Dans: Fuzier R, Jaulin F, ed. Facteurs humains

en santé : des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre. Paris: Arnette; 2023. p. 181-91.

17. Orthorisk, Conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique. Coordination service d'urgences – chirurgie orthopédique et traumatologique. Version actualisée le 27 septembre 2023. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/ssp2_coordination_services_durgences_et_de_chirurgie_orhop_edique_et_traumatologique.pdf

18. Haute Autorité de santé. SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins. guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/guide_methodologique_qualite_samu.pdf

19. Haute Autorité de santé. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR. Étude réalisée en juin 2018 sur les événements indésirables graves associés à des soins reçus à la HAS dans le cadre du dispositif réglementaire en vigueur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_etat_des_lieux_eigs_declares_concernant_samu_smur_2020.pdf

20. Haute Autorité de santé. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) déclarés concernant les SAMU-SMUR. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_etat_des_lieux_eigs_declares_concernant_samu_smur_2020.pdf

21. Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Version 2024. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf

22. Haute Autorité de santé. Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification. Fiche pédagogique urgences-SAMU-SMUR. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf

23. Haute Autorité de santé. Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_pec_medicamenteuse.pdf

24. SAMU Urgences de France, Société française de médecine d'urgence, Collège de la médecine générale, Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatrique. Protocole national de la réorientation des patients à partir des services d'urgence. Paris: SFMU; 2024.

<https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Protocole%20SFMU-SUDF%20Re%CC%81orientation.pdf>

25. Société française de médecine d'urgence. Infirmier organisateur de l'accueil (IOA). Référentiel 2020, révision du référentiel 2004. Paris: SMFU; 2004.

https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/IOA_r%C3%A9f%C3%A9rentiel_SFMU2020.pdf

26. Société française de médecine d'urgence. Référentiel : grille FRENCH 2018 de triage IOA. version 1.2 [En ligne]. Paris: SFMU; 2018.

https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-1/ref_id/39

27. Société française de médecine d'urgence. Être et durer en médecine d'urgence. Guide de la qualité de vie au travail. Paris: SFMU; 2023.

https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/etre-et-durer-en-medecine-d-urgence-guide-de-la-qualite-de-vie-au-travail/ref_id/46

28. Haute Autorité de santé. Chemin clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf

29. Décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence. Journal Officiel 2023;30 décembre 2023.

30. Ministère des solidarités et de la santé. Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire. Paris: DGOS; 2019.

https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_44886/CIRC

31. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Gestion des lits : vers une nouvelle organisation. Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions. Paris: ANAP; 2022.
<https://anap.fr/s/article/gestion-des-lits-publication-1022>

32. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Gestion des lits : vers une nouvelle organisation. Tome 2 : Mise en oeuvre et bilan [En ligne]. Paris: ANAP; 2016.
<https://anap.fr/s/article/gestion-des-lits-publication-1022>

33. Goulet H. Prévoir le besoin en lits d'aval comme on prédit la météo pour désengorger nos urgences ? Ann Fr Med Urgence 2023.
<http://dx.doi.org/10.3166/afmu-2022-0500>

34. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Autodiagnostic service d'urgences [En ligne]. Paris: ANAP; 2022.
<https://anap.fr/s/article/urgences-publication-1643>

35. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Outil d'analyse urgences [En ligne]. Paris: ANAP; 2022.
<https://anap.fr/s/article/urgences-publication-2635>

36. Fédération des observatoires régionaux des urgences, Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Résultats de la première enquête nationale relative à la gestion des lits en aval des urgences. Toulouse: ORU Occitanie; 2024.
https://oruoccitanie.fr/wp-content/uploads/2024/02/IM_Resultats_nationaux_AM_VDEF.pdf

37. Société française de médecine d'urgence. Manager en structure de médecine d'urgences. Recommandations de bonne pratique. Paris: SFMU; 2023.
https://www.sfmur.org/upload/consensus/rbp_manager_en_structure_dUrgence_2023.pdf

38. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction n° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel. Bulletin officiel 2021;2021.

39. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. Cathéters et infections associées aux

soins. Trop longtemps il restera, une infection tu risqueras. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3473104/fr/flash-securite-patient-catheters-et-infections-associees-aux-soins-trop-longtemps-il-restera-une-infection-tu-risqueras

40. Haute Autorité de santé. Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : bilan annuel 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3472509/fr/evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-bilan-annuel-2022

41. Haute Autorité de santé, Société francophone de simulation en santé.. Bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/spa_181_guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_cd_2024_03_28.pdf

42. Haute Autorité de santé, Société Francophone de simulation en santé. Simulation en santé et gestion des risques. Saint-Denis . . Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outils_du_guide_methodo_simulation_en_sante_et_gestion_des_risques.pdf

43. Haute Autorité de santé. Briefing et debriefing [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing

44. Haute Autorité de santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM) [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

45. Haute Autorité de santé. S'engager dans le programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Mis à jour le 21 juin 2022 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/s-engager-dans-le-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

46. Haute Autorité de santé. Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-08/spa_113_guide_engager_le_patient_pacte_vd.pdf

47. Haute Autorité de santé. Dossier de liaison d'urgence (DLU) [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu
48. Haute Autorité de santé. Dossier de liaison d'urgence domicile (DLU-Dom) [En ligne]. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3210058/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-domicile-dlu-dom
49. Structure régionale d'appui Grand Est. Evaluation d'un patient psychiatrique aux urgences. Fiche RETEX n°9. Vandœuvre-lès-Nancy: SRA Grand Est; 2021.
<https://sragrandest.org/files/pdf/Fiche%20RETEX%209%20-%20PEC%20somatique%20d%27un%20patient%20psy.pdf>
50. Haute Autorité de santé. Certification des logiciels des professionnels de santé. Mis à jour le 04 janv. 2023 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_989142/fr/certification-des-logiciels-des-professionnels-de-sante
51. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. « Patient sous neuroleptique : la vigilance est la bonne pratique ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/flash_securite_patient_-_patient_sous_neuroleptique_la_vigilance_est_la_bonne_pratique.pdf
52. Société française de médecine d'urgence. SFMU. Recommandations de bonne pratique clinique. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgence. Paris: SFMU; 2021.
https://www.sfm.org/upload/consensus/rbpc-psihiatrie_sfm2021.pdf
53. Haute Autorité de santé. Retour d'expérience national. Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2021 Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/retour_experience_nationall_eigs_2021_2022-11-21_11-16-23_105.pdf
54. Singh H, Mushtaq U, Marinez A, Shahid U, Huebner J, McGaffigan P, *et al.* Developing the safer Dx checklist of ten safety recommendations for health care organizations to address diagnostic errors. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2022;48(11):581-90.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.08.003>
55. Relyens. Panorama du risque lié aux soins. Lyon: Relyens Mutual Insurance; 2023.
<https://www.relyens.eu/fr/newsroom/blog/panorama-du-risque-lie-aux-soins-2023>
56. Haute Autorité de santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
57. Direction générale de l'offre de soins. Programme HOP'EN. La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers. Paris: DGOS; 2019.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_hopen_plan_action_181219_v2.pdf
58. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. « Calcul de doses médicamenteuses. La règle de 3 doit rester la règle ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/spa_205_flash_calcul_doses_cd_2021_12_16_v1.pdf
59. Haute Autorité de santé. 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). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_eigs_medicament.pdf
60. Haute Autorité de santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/3ebad_guide_adm_reduit_261113.pdf
61. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. « Les médicaments en pédiatrie...Ce

n'est pas un jeu d'enfant ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-03/flash_securite_patient_medicaments_pediatrie.pdf

62. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. « Médicaments à risque : sous-estimer le risque, c'est risqué ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/flash_medicament_risque_sous-estimer_le_risque_cest_risque.pdf

63. Observatoire des médicaments des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique Bretagne. Never Event gaz à usage médical : synthèse des mesures barrières existantes. Quimper: OMEDIT- Bretagne; 2016.

https://www.omeditbretagne.fr/wp-content/uploads/2019/11/gaz_synthe%CC%80se_mesures_barrie%CC%80res.pdf

64. Haute Autorité de santé. Les suicides et tentatives de suicide des patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_sucides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juill_et_2022.pdf

65. Haute Autorité de santé. Flash sécurité patient. « Suicide. Mieux vaut prévenir que mourir. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/flash_suicide_vf.pdf

66. Lafon T, Vallejo C, Organista A, Baisse A, Zmiri C, Coroller L, *et al.* Validation du score qSOFA au Service d'Accueil des Urgences : étude prospective monocentrique. Ann Fr Med Urgence 2018;8:165-71.

<http://dx.doi.org/10.3166/afmu-2018-0034>

Participants

Six experts extérieurs à la HAS ont été sollicités pour donner leur avis sur le fond et la forme d'une version provisoire du document.

Il s'agit de :

- M. Gérard Abraham, représentant d'utilisateur, retraité, Noyelles-sous-Lens ;
- Dr Mohamed Belhadj, médecin urgentiste, Beauvais ;
- Pr Enrique Casalino, directeur médical d'hôpital, Paris ;
- Dr Yves Jouchoux, médecin urgentiste, retraité, Montonvillers ;
- Dr Catherine Le Gall, médecin urgentiste, Argenteuil ;
- M. Yvon Richir, directeur d'hôpital, retraité, Marsac.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus, ainsi que le Dr Vincent Mounic, conseiller technique à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS, et le Dr Valérie Ertel-Pau, adjointe au chef du service des bonnes pratiques, pour leur relecture.

Abréviations et acronymes

ALARM	<i>Association of Litigation And Risk Management</i>
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
AVC	Accident vasculaire cérébral
BJML	Besoin journalier minimal en lits
EIAS	Évènement indésirable associé aux soins
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FEDORU	Fédération des observatoires régionaux des urgences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	Infirmier(re) diplômé(e) d'État
IOA	Infirmier(re) organisateur(trice) de l'accueil
Pacte	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
qSOFA	<i>Quick Sequential (Sepsis-Related) Organ Failure Assessment</i>
RCF	Rythme cardiaque fœtal
SAMU/SMUR	Service d'aide médicale urgente/Service mobile d'urgence et de réanimation
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SMR	Soins médicaux et de réadaptation

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

