



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT

État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) déclarés concernant les SAMU-SMUR

Étude réalisée de mars 2017 au 25 juin 2019 dans le cadre du dispositif réglementaire en vigueur sur les événements reçus à la HAS

Validé par le Collège le 19 novembre 2020

Descriptif de la publication

Titre	État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) déclarés concernant les SAMU-SMUR 36 Étude réalisée de mars 2017 au 25 juin 2019 dans le cadre du dispositif réglementaire en vigueur sur les événements reçus à la HAS
Méthode de travail	Travail interne à partir de la base EIGS
Objectif(s)	- Identifier les causes à l'origine des EIG lors de la prise en charge Déterminer les préconisations issues de l'analyse des causes
Cibles concernées	Les professionnels de santé, les organisations du système de santé, les institutions de santé, les associations de patients.
Demandeur	Haute Autorité de santé (HAS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EVOQSS) – Laetitia May-Michelangeli (chef de service)
Données	Extraction des données de la base EIGS HAS par AUGER Catherine (chef de projet EVOQSS)
Auteurs	Dr TELION Caroline (chargé de projet), SAMI Yasmine (chef de projet EVOQSS), en collaboration avec BOURGNEUF Catherine (chef de projet SCES) et ANNE Marième (assistante du projet)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de 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 membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 19 novembre 2020
Actualisation	
Autres formats	

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

Haute Autorité de santé – Service communication 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 – novembre 2020 – ISBN :

Sommaire

Contexte	4
1. Principaux enseignements	5
1.1. Constats sur le fonctionnement actuel du dispositif	5
1.2. Axes d'amélioration identifiés	5
2. Descriptif des EIGS impliquant les SAMU/SMUR	9
2.1. Nombre, origine et déclarant	9
2.1.1. Nombre d'EIGS	9
2.1.2. Lieu de survenue des EIGS	9
2.1.3. Qui déclare les EIGS	10
2.2. Caractéristiques des EIGS	10
2.2.1. Conséquences des EIGS	10
2.3. Focus sur l'analyse systémique des déclarations EIGS réalisée et l'identification des barrières	12
2.3.1. Synthèse des causes immédiates	12
2.3.2. Causes profondes	14
2.3.3. Détail des différentes catégories	15
2.3.4. Identification des barrières	24
2.3.5. Actions identifiées pour éviter que l'évènement ne se reproduise	26
Table des annexes	29
Références bibliographiques	31
Abréviations et acronymes	33

Contexte

Le 6 juin 2018, la HAS a été saisie par le ministère de la santé pour réaliser un état des lieux des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) concernant les SAMU, dans le cadre du dispositif réglementaire de déclaration des EIGS ; [un premier rapport a été présenté en juillet 2018](#)¹. L'analyse menée sur les premiers EIGS reçus par la HAS a mis en évidence l'existence de risques associés à une sous-estimation clinique de l'urgence, à la régulation des appels par l'ARM et au dépassement des capacités de prise en charge des structures. Des axes d'amélioration portant sur l'apprentissage à partir des événements indésirables et l'amélioration du fonctionnement en équipe ont été proposés. En 2019, une feuille de route ministérielle annonce cinq mesures de renforcement de la qualité et de la sécurité au sein des SAMU :

1. Création du diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM)², requis pour l'exercice de ces missions dans les centres de réception et de régulation des appels des services d'aide médicale urgente, est entré en vigueur au 22 juillet 2019
2. Renforcement de la déclaration des EIGS par les SAMU,
3. Intégration du SAMU³ dans le périmètre de la certification des établissements de santé V2020
4. Mise en place d'un projet d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) pour les SAMU volontaires
5. Contribution à l'harmonisation des procédures des SAMU via « la mise à disposition d'un référentiel de bonnes pratiques de régulation⁴ » dans le but d'harmoniser les protocoles et les procédures au sein des SAMU ».

La HAS est fortement impliquée dans la mise en œuvre effective des quatre dernières mesures.

Le présent rapport explore les EIGS reçus de mars 2017 au 25 juin 2019, incluant les 10 cas du premier rapport. Il permet ainsi une analyse plus approfondie sur 36 déclarations.

Ces déclarations sont antérieures à la crise sanitaire liée à la COVID et ne permettent donc pas de mettre en avant à la fois les situations nouvelles rencontrées, ni les changements organisationnels. Un retour d'expérience de cette période pourrait enrichir les actions mises en place pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge.

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 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 de recherche de préconisations pour améliorer la sécurité du patient.

¹ 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

² Décret N° 2019-747 du 19 juillet 2019 relatif au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale,

- Arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale,

- Arrêté du 19 juillet 2019 fixant la liste des centres agréés pour délivrer la formation d'assistant de régulation médicale.

³ Le SAMU et le SMUR ont été intégrés dans le périmètre de la certification des établissements de santé.

⁴ En cours de validation par le Collège de la HAS (sept 2020)

1. Principaux enseignements

1.1. Constats sur le fonctionnement actuel du dispositif

→ Une sous-déclaration importante

L'étude ENEIS⁵ estime les EIGS dans le secteur sanitaire à hauteur de 270 000 à 390.000 événements par an. Cette étude ENEIS n'intègre pas le secteur sanitaire de ville et n'a pas estimé le risque du secteur médico-social également concernés par l'obligation de déclaration des EIGS. Le SAMU-SMUR étant considéré comme un des secteurs à risque, le nombre d'EIGS déclarés sur le portail des signalements met en évidence une sous-déclaration importante rendant, à ce jour, impossible toute interprétation sur l'évolution des risques.

→ Une amélioration de la qualité d'analyse des 36 EIGS déclarés

NB : Il faut rappeler que les déclarations reçues par la HAS sont totalement anonymisées, ne comportant pas d'information nominative sur les patients, les professionnels et les organisations. La HAS est donc dans l'incapacité de revenir vers le déclarant pour obtenir des informations complémentaires.

Les experts mandatés par la HAS constatent une amélioration de l'analyse globale par rapport à la première analyse, encore peu d'accompagnement dans l'analyse par les structures régionales et une recherche des causes qui intègre encore insuffisamment la question de la détection et de la récupération des erreurs :

- La qualité de l'analyse globale des EIGS progresse selon le groupe expert HAS ;
 - L'analyse globale a été considérée comme correctement réalisée pour 22 déclarations (d'accord et tout à fait d'accord)
 - Des plans d'action pertinents et réalistes sont retrouvés pour 25 déclarations (d'accord et tout à fait d'accord)

Seuls 3 déclarants ont fait appel à une structure régionale d'appui (SRA) ;

- Une culture de l'analyse approfondie qui reste à développer :
 - 40% des causes profondes ne sont pas identifiées
 - Dans 45,7% l'analyse ne met pas en évidence la gestion de l'évènement (les barrières)

1.2. Axes d'amélioration identifiés

Les résultats des analyses reflètent la nature même du SAMU qui en fait sa spécificité, avec une augmentation des appels : prendre en charge les urgences, à distance, au téléphone, dans un délai contraint et avec une complexité des situations.

La complexité des situations et la nature de l'activité font que le SAMU doit être à même de répondre à des situations extrêmement variées dans un contexte d'incertitude (exercice à distance, informations incomplètes sur le contexte, potentiel évolutif de la situation clinique...).

⁵ Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé - Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 ; <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

Plusieurs publications de la HAS encouragent le développement des démarches de qualité et de sécurité des soins applicables à toute organisation. Issus de celles-ci, il est mis en exergue 4 axes d'amélioration au regard des situations à risque identifiées et qui pour certains rejoignent des sujets déjà identifiés dans le rapport IGAS⁶ concernant le SAMU de Strasbourg.

La complexité du travail (populations, situations diverses et évolutives et délais) nécessite de mettre l'accent non seulement sur les mesures préventives, mais surtout sur les mesures de récupération.

Renforcer les démarches qualité et sécurité du patient

L'enjeu : Une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du patient doit être renforcée ; Les procédures internes devront être adaptées de manière régulière afin que les équipes s'adaptent aux conditions de réalisation des activités complexes et évolutives ; Elles devront également prendre en compte l'évolution des événements indésirables, les non-conformités et les plaintes, ainsi que sur le suivi des indicateurs (décroché, suivi des réponses données, évaluation du dossier de régulation, etc.).

→ S'appuyer sur le guide méthodologique relatif à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des SAMU

Le guide a pour objectif de fournir aux professionnels de SAMU des éléments structurants pour la mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, fondée sur les meilleures pratiques constatées dans les SAMU, élaborée avec les professionnels et des outils pour la mise en œuvre concrète de la démarche.

→ Prendre en compte les critères de la certification 2020 relatifs au SAMU

– Les critères de certification relatifs au SAMU :

- Chaque appelant au SAMU-Centre 15 pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale
- La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée et partagée avec le patient

– Des critères concernant l'établissement et impliquant le SAMU :

- La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée
- En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile 24h/24 et 7 jours/7 est assurée

– Un critère de certification relatif au SMUR :

- Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient

→ Améliorer la qualité de l'analyse des EIGS et développer le partage d'expérience

- **Au niveau local** : Développer, au sein des organisations, un système de signalement pérenne et opérationnel des événements indésirables pour en tirer des enseignements afin de mieux les maîtriser. Cela passe par une évolution de culture de la sécurité et une analyse régulière et en équipe des EIAS qu'ils soient graves ou non, ainsi que par la désignation de personnels médical, paramédical, administratif impliqués dans la gestion des EIGS (cellule qualité)
- **Au niveau national/régional** : faciliter et exploiter les retours d'expérience, notamment issus des analyses des EIAS.
- Traiter la gestion des EIAS comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en œuvre d'une dynamique collective de gestion des risques et d'apprentissage.

⁶Inspection générale des affaires sociales Enquête sur les circonstances ayant conduit au décès d'une jeune patiente suite aux sollicitations du Samu de Strasbourg le 29 décembre 2017, juin 2018

L'analyse des 36 EIGS met en exergue la nécessité d'agir sur le processus de réception des appels et d'améliorer le fonctionnement en équipe :

➔ **Agir sur l'amélioration de la qualité du processus de réception des appels**⁷

L'enjeu : Améliorer le repérage rapide des patients requérant une intervention urgente et le bon diagnostic et la gestion des appels dont le respect des procédures ; Les EIGS mettent en évidence une sous-estimation clinique de l'urgence.

La réalisation d'un diagnostic à distance présente un risque majeur combiné à [des prises en charge complexes](#). En effet, il ne repose que sur l'interrogatoire de l'appelant ou du patient. L'interrogatoire d'un patient en régulation est soumis à de nombreux paramètres :

- La qualité de la liaison téléphonique ;
- L'expression de la plainte émise par l'appelant et son stress ;
- L'interprétation par l'ARM ou le médecin lui-même des vocables exprimés ;
- La charge de travail présente au moment de l'appel.

Au décours de cet interrogatoire, le médecin régulateur doit évoquer une hypothèse diagnostique et par cette hypothèse, il doit orienter les questions posées afin de conforter cette hypothèse. L'absence d'hypothèse diagnostique ou une hypothèse diagnostique rassurante peut conduire un médecin régulateur à ne pas déclencher ou à retarder l'envoi de moyens par sous-estimation de la situation clinique du patient.

Cette sous-estimation clinique a conduit à un non-envoi de moyens ou à un envoi de moyens inadaptés dans 17 cas.

Les EIGS mettent en évidence un risque associé [à la régulation des appels](#)

- Malgré l'existence de recommandations professionnelles et de protocoles, dans 4 cas, l'ARM prend une décision sans avis du médecin régulateur. On relève notamment, un non-respect des protocoles (ou son absence) dans 8 déclarations sur 22 et/ou l'absence de définition des tâches, des problèmes de compétences.

La préoccupation des professionnels est de pouvoir assurer le bon diagnostic, au bon patient, vers le bon endroit, dans les meilleurs délais et avec les bonnes informations.

Les 4 actions suivantes sont proposées :

① **Fournir un soutien clinique (compétences techniques)** : compte tenu de l'évolution rapide des connaissances, des technologies, des savoirs et besoins des patients, les équipes de régulation doivent bénéficier d'un dispositif continu de renforcement des compétences à travers :

- L'évaluation périodique (e-learning)
- La supervision
- La simulation in situ et l'entraînement sur des pathologies
- La révision périodique des documents
- Le développement professionnel continu et la formation initiale
- La mise à disposition des outils d'aide à la décision, des aide-mémoires ou tout autre outil clinique
- L'accès à des documents de référence
- La formation des ARM

② **Renforcer les compétences non techniques** : le risque associé à une sous-estimation voire à une erreur de diagnostic cité dans la partie précédente met bien en avant le droit au doute, la charge cognitive liée au stress à la fatigue et au délai d'intervention, autant de facteurs qui doivent être pris en compte à travers, notamment :

- La formation à l'écoute, à la reformulation, la communication ;

⁷ Cf. Fiche n° 3 : processus de réception des appels, décision initiale et orientation du patient- Guide méthodologique HAS, SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins

- Le fait d’oser exprimer le doute, la fatigue, le besoin d’aide ;
- L’utilisation de méthodes de gestion de stress,
- La coopération et la communication au sein de la régulation médicale entre l’ARM et le médecin
- L’importance des mesures de récupération de l’événement qui relèvent de la capacité d’alerte, d’un double contrôle, d’un code permettant de signifier le recours à une aide au sein de l’équipe

③ **Améliorer le système de recueil des informations**, notamment avec des questions clés, des aides à la décision

④ **Promouvoir les filières de prise en charge pour limiter les retards de prise en charge**

➔ **Faire levier sur le fonctionnement en équipe pour renforcer la qualité et la sécurité du patient**

L’enjeu : L’équipe doit être considérée comme une barrière de récupération à toutes les étapes du parcours du patient ; celui-ci faisant lui-même partie de l’équipe.

L’analyse des EIGS relatif [aux facteurs équipe](#), met en évidence des problèmes de communication entre professionnels et également avec le patient et son entourage, des défauts d’alerte et de répartition des tâches. [Les facteurs liés à l’environnement de travail](#) accentuent le stress et la charge de travail. 11 EIGS soulignent une surcharge de travail en régulation et 8 EIGS surviennent la nuit ou au cours des week-ends.

L’efficacité du travail en équipe dans ce secteur semble un enjeu important pour assurer la sécurité du patient. Le projet [Pacte](#) est un des programmes de la feuille de route ministérielle sur « Qualité SAMU-C15 » porté par La HAS.

L’engagement dans ce programme permettrait :

- **D’améliorer la communication** entre les professionnels et avec le patient. Pour cela un programme de formation et des outils pourraient être proposés pour développer une communication structurée et efficace sur le [modèle SAED](#) (Situation, antécédents, évaluation, demande) ;
- **De travailler sur la coordination** avec les différents acteurs dans le respect des missions de chacun (sapeurs-pompiers, médecins SMUR, secouristes, transporteurs sanitaires...).
- **De favoriser l’intelligence collective** pour renforcer la vision partagée d’une situation, la remontée d’information, le partage des expériences et travailler au développement des barrières de récupération
- **De renforcer la capacité de résilience** de l’équipe, du fait de la nature imprévisible du travail, en développant notamment une culture de sécurité basée sur des secteurs qui nécessitent une organisation qui soit préparée à faire face à l’inattendu ; Sortir d’une vision corrective quasi exclusivement basée sur l’observance des standards
- **D’adopter une vision parcours** du patient avec les différents partenaires, et notamment replacer l’EIG dans son parcours de soin
- **D’identifier les mesures en place afin de détecter les niveaux de stress** (qui deviennent du mauvais stress) et de fatigue ; Les professionnels de santé n’ont pas une perception très juste de leur niveau de vigilance et de performance
- **D’assurer le suivi du patient** : le risque mis en évidence étant le décalage entre l’appréciation initiale et la situation du patient (notamment sur des situations de patients perçues au départ comme « non grave »)
- De développer **l’entraînement au travail en équipe** avec la méthode de simulation en santé notamment en s’appuyant sur les résultats de l’analyse des EIAS.

Les chiffres présentés sont issus de l’analyse des événements déclarés. Ils ne présentent pas de valeur statistique et aucune conclusion ne peut en découler pour caractériser les risques d’une spécialité ou d’une activité.

2. Descriptif des EIGS impliquant les SAMU/SMUR

2.1. Nombre, origine et déclarant

2.1.1. Nombre d'EIGS

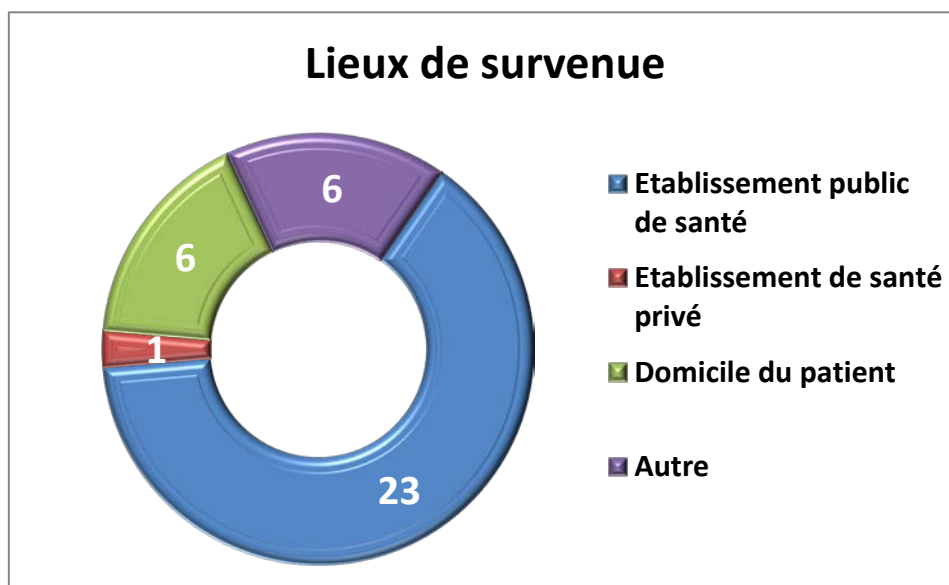
L'activité au sein des SAMU connaît une augmentation constante. En 1997, le nombre d'appels reçus par les SAMU était d'un peu plus de 10 millions d'appels. 20 ans après, il se situe autour de 30 millions. Cette activité intense, permanente et homogène sur l'ensemble du territoire français conduit inévitablement à des EIGS.

Pour rappel, au 15 juin 2018, 10 EIGS étaient recensés. 26 nouveaux événements supplémentaires ont été identifiés de mars 2017 jusqu'en juin 2019 ; Au total, 36 EIGS en lien avec le SAMU-SMUR. sont enregistrées au 25 juin 2019 et font l'objet de cette analyse.

- Sur les 36 EIGS déclarés :
 - 16 cas impliquent la régulation, dont 3 concernent des problématiques de transfert
 - 3 cas relèvent du SAMU et du SMUR
 - 8 cas relèvent du SMUR
 - 1 cas relève du VSAV (véhicule de secours et d'assistance)
 - 6 cas associent différents partenaires (pompiers, urgence, VSAV, SMUR, ambulance privée) dont le SAMU
 - 1 cas relève des pompiers et du SMUR
 - 1 cas n'apporte aucune information

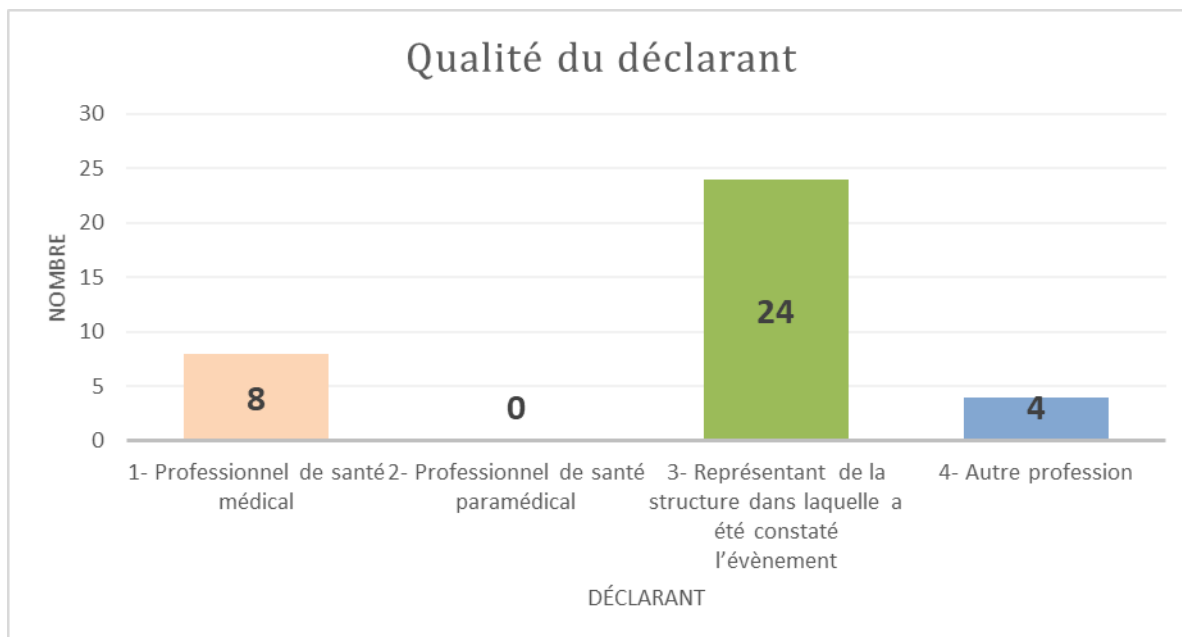
2.1.2. Lieu de survenue des EIGS

Majoritairement les EIGS sont issus du secteur public. Seules les EIGS en lien avec le SMUR peuvent survenir dans un lieu différent.



2.1.3. Qui déclare les EIGS

Les EIGS sont déclarés par le représentant ou par un médecin de la structure.



2.2. Caractéristiques des EIGS

2.2.1. Conséquences des EIGS

→ Conséquences pour le patient

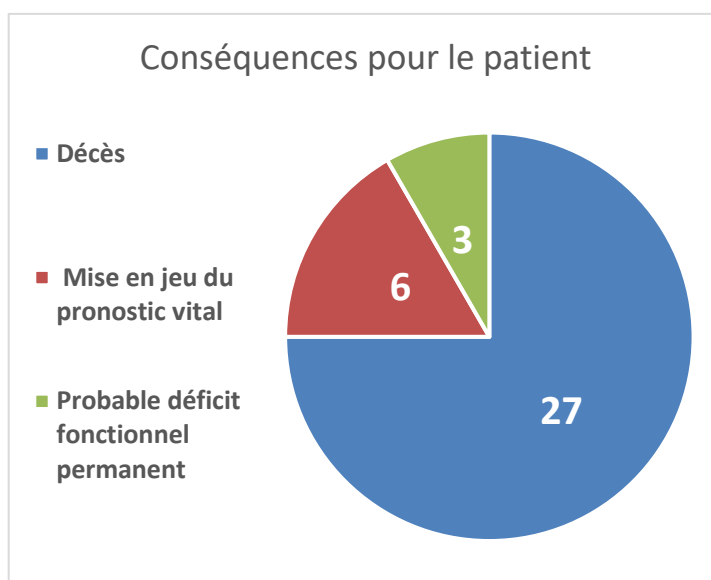
Sur les 36 EIG :

27 décès ont été constatés soit pendant le transport soit dans les 24 heures après l'admission hospitalière, auxquels s'ajoute le décès d'un bébé chez une femme enceinte

Parmi les patients non décédés :

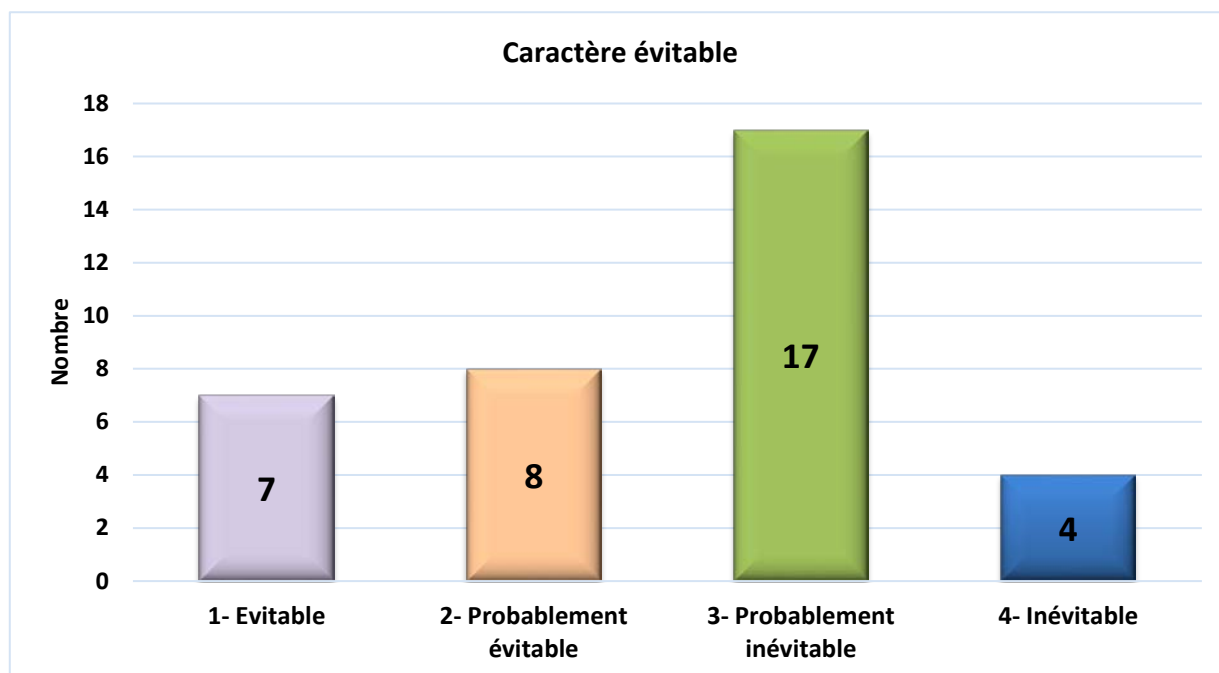
-3 Déficits : 2 déficits fonctionnels permanents ; Pour 1, pas d'information

-6 Mise en jeu du pronostic vital : 3 pronostics vitaux engagés du patient ; 2 hors sujets



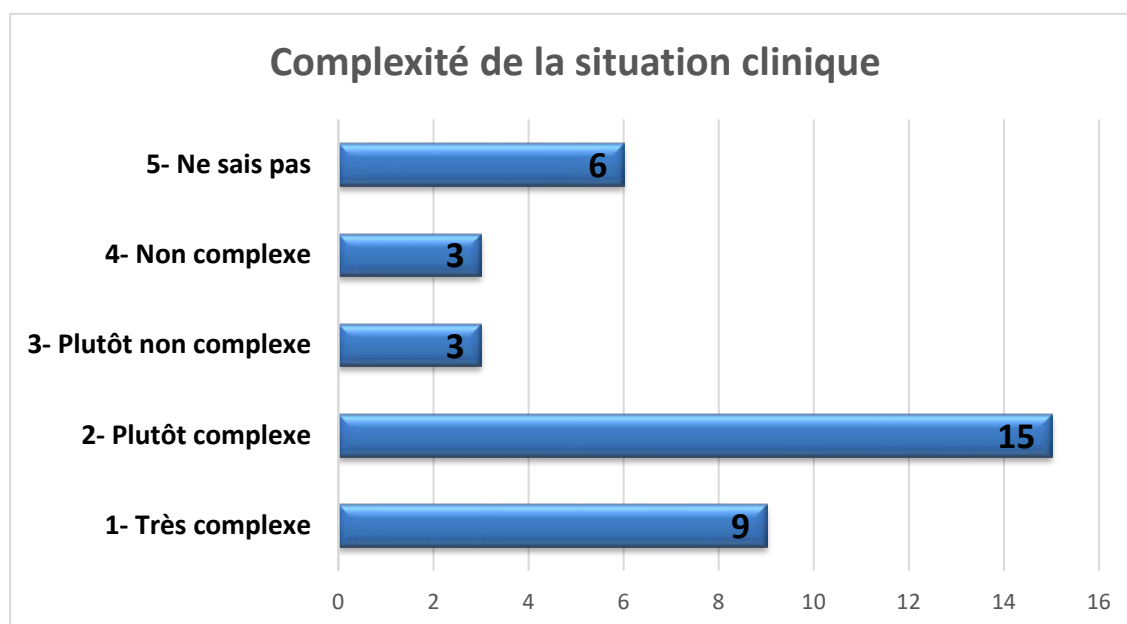
→ Évitabilité

L'événement a été jugé par le déclarant comme : évitable et probablement évitable pour 15 déclarations.



→ Complexité clinique

La complexité de la situation clinique a été jugée pour 24 déclarations comme très complexe ou plutôt complexe.



2.3. Focus sur l'analyse systémique des déclarations EIGS réalisée et l'identification des barrières

2.3.1. Synthèse des causes immédiates⁸

L'analyse des résultats confirme les résultats présentés en 2018 qui portaient sur 10 déclarations. 29 déclarants ont identifié les causes immédiates ; Parmi les 29, 2 déclarants n'ont pas apporté d'éléments factuels.

Les causes immédiates ont été classées selon les mots clés proposés (1 seul choix possible) :

Actions du patient, clinique et diagnostic, geste technique, information, médicament, matériel et stérilisation, soins et autres :

- Actions du patient= 1
- Clinique et diagnostic= 11
- Geste technique =0
- Information= 0
- Médicament= 0
- Matériel et stérilisation=2
- Soins =0
- Autre :
 - humain = 12,
 - coordination = 1
 - procédure = 2

→ Détails des principales causes immédiates

Clinique et diagnostic

Les causes cliniques et diagnostiques déclarées peuvent être regroupées par famille :

- **Sous-estimation de la gravité par l'Assistant de Régulation Médicale (ARM) lors de la prise d'appel**
 - Défaut d'appréciation de l'urgence par l'ARM lors du premier appel ;
 - Sous-évaluation de la gravité de la situation clinique du patient par l'ARM ;
 - L'ARM interprète, minimise les signes évoqués par le patient.
- **Sous-estimation de la gravité par le médecin lors de l'interrogatoire**
 - Absence d'hypothèse diagnostique du médecin ne conduisant pas à un interrogatoire ciblé pouvant permettre de mettre en évidence des facteurs de gravité, des facteurs de risque ;
 - Pathologie peu fréquente ;
 - Contexte non évocateur ;
 - Sous-évaluation de la gravité de la situation clinique du patient par le médecin régulateur (réassurance suite au diagnostic posé par la consultation) ;

⁸ Par causes immédiates on entend les causes qui sont évidentes et immédiatement apparentes.

- Difficultés de recueil des informations, dont des difficultés d'expression de l'appelant.

– **Sous-estimation de l'urgence par construction collective d'une image rassurante**

Cette image rassurante peut être fournie soit par :

- Le patient lui-même qui fournit une explication à sa pathologie en rapport avec une pathologie antérieure, qui ne transmet qu'une partie des symptômes ;
- Une consultation médicale récente ayant établi un diagnostic de pathologie banale et de faible gravité diagnostic erroné ou de toute évolution, etc. ;
- Un premier interlocuteur indiquant un degré de gravité faible : procédure verte.

– **La pertinence du diagnostic**

Plusieurs difficultés sont rencontrées :

- Une mauvaise appréciation de la situation (pas de visu du patient) ;
- Une information du patient/entourage incomplète, non-dits voire minimisation de la situation ;
- La compréhension du patient difficile (langue, termes employés, stress, etc.)
- La fatigue, le stress, la charge mentale (notamment la question du doute sur l'état du patient), etc.
- Les difficultés, voire l'absence d'accès au dossier du patient, ainsi qu'aux résultats biologiques

Autre

NB : Les causes identifiées dans cette catégorie, bien qu'identifiées par les professionnels dans la section « causes immédiates », ont été prises en compte dans les causes profondes. Elles sont donc ici citées à titre d'information.

– **Facteur humain et organisationnel (dont la coordination)**

Plusieurs éléments sont mis en avant, dont les problèmes de communication, la répartition des tâches, un effet tunnel par rapport au diagnostic :

- L'erreur de compréhension (qui a généré une administration erronée d'un médicament) ;
- L'oubli et l'absence d'une barrière de récupération soit par un membre de l'équipe, le superviseur et/ou le système d'information (pas d'alerte) ;
- La non remise en question d'un diagnostic, voire l'effet tunnel (perte de la vision globale) ;
- La communication au sein de la régulation (osez dire, demander de l'aide, vérifier) ;
- La coordination avec l'ensemble des partenaires et la répartition des tâches ;
- La fatigue et la charge de travail, notamment les horaires de fin de nuit ;
- La disponibilité des effecteurs.

– **Non-respect des règles et procédures**

- Appel non transmis par l'ARM au médecin régulateur ;
- Décision prise par l'ARM sans validation par un médecin ;

- Non-respect des recommandations scientifiques sur la prise en charge de la douleur thoracique, de l'accident grave
- Sous-estimation de l'urgence (absence d'intervention du SMUR malgré la disponibilité de deux équipages, situation semblant suffisamment maîtrisée par la présence de deux VSAV et un VLI) ;
- Non transmission de bilan entre les pompiers et le SAMU.

☑ Matériel et stérilisation

– Gestion du matériel

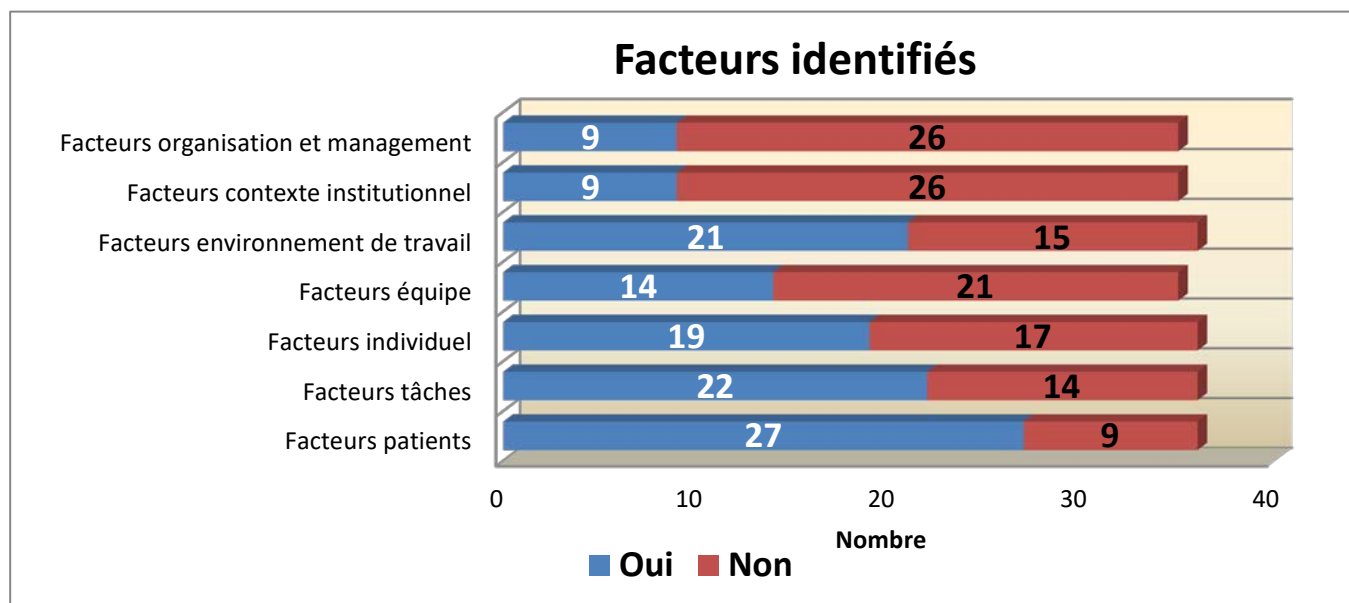
- Absence d'électrodes autocollantes dans le scope défibrillateur ;
- Défaillance du matériel d'oxygénation des pompiers ;
- Défaut d'alerte informatique de la non-validation d'envoi de moyens.

2.3.2. Causes profondes

Une erreur est liée à de multiples causes profondes⁹. L'étude a été réalisée à partir des causes décrites par le déclarant selon la grille ALARM¹⁰. La grille ALARM est intégrée dans la partie 2 du formulaire de déclaration. 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 déclarant¹¹. Dans chaque catégorie, le déclarant peut identifier une ou plusieurs causes (choix multiples).

Toutes les causes profondes ont été identifiées avec parmi les 3 premiers, le facteur patient, puis les facteurs tâches, et le facteur individuel.

Figure 1 Identification des causes profondes (cf. [Résumé des facteurs en annexe 1](#))



9 On peut utiliser indifféremment, causes profondes, facteurs favorisants ou facteurs contributifs

10 , HAS - La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique, Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM - Fiche 23 p155, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

Association of Litigation And Risk Management How to investigate and analyze clinical incidents; Vincent C., BMJ 2000.

11, HAS – Guide "Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé", 12-2012 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

Les facteurs liés aux patients sont en tête des catégories les plus sélectionnées ; en effet, les professionnels :

- Estiment le caractère probablement inévitable des événements, notamment en raison de l'état du patient ;
- Les facteurs liés aux tâches montrent la complexité liée à la pluralité des acteurs et l'absence de travail en équipe ;
- Le facteur lié à l'environnement de travail arrive en troisième position et s'explique par la spécificité du SAMU et de son contexte de travail.

Après analyse, il ressort :

Catégories	Constat
27 sont liées au patient	27 déclarants ont identifié ce facteur ; parmi ces 27, 2 n'ont pas fournis d'éléments.
22 sont liées aux tâches à accomplir	22 déclarants ont identifié ce facteur ; parmi ces 22, 2 n'ont pas fournis d'éléments.
21 sont liées à l'environnement de travail	21 déclarants ont identifié ce facteur parmi les causes profondes. Parmi ces 21, 1 n'a pas fourni d'éléments.
19 sont liées à l'individu (professionnel)	19 déclarants ont identifié ce facteur. Parmi ces 19, 1 n'a pas fourni d'éléments
14 sont liées à l'équipe	Parmi ces 14, 2 n'ont pas fournis d'éléments.
9 sont liées au contexte institutionnel	9 déclarants ont identifié ce facteur parmi les causes profondes. Parmi ces 9, 5 n'ont pas fournis d'éléments

2.3.3. Détail des différentes catégories ¹²

→ Détails des facteurs liés au patient

Pour les 27 EIGS, plusieurs facteurs sont identifiés (cf. Figure 2)

Facteurs liés aux patients	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Antécédents	Nombreuses comorbidités Des facteurs de risque identifiés, dont une grossesse ATCD médical et chirurgical	8
Etat de santé	Complexité des prises en charge : Anorexie sévère, morphologie des patients (maigreur/obésité), pathologie peu fréquente et atypique chez sujet jeune, Grippe	15 dont 1 hors sujet ¹³

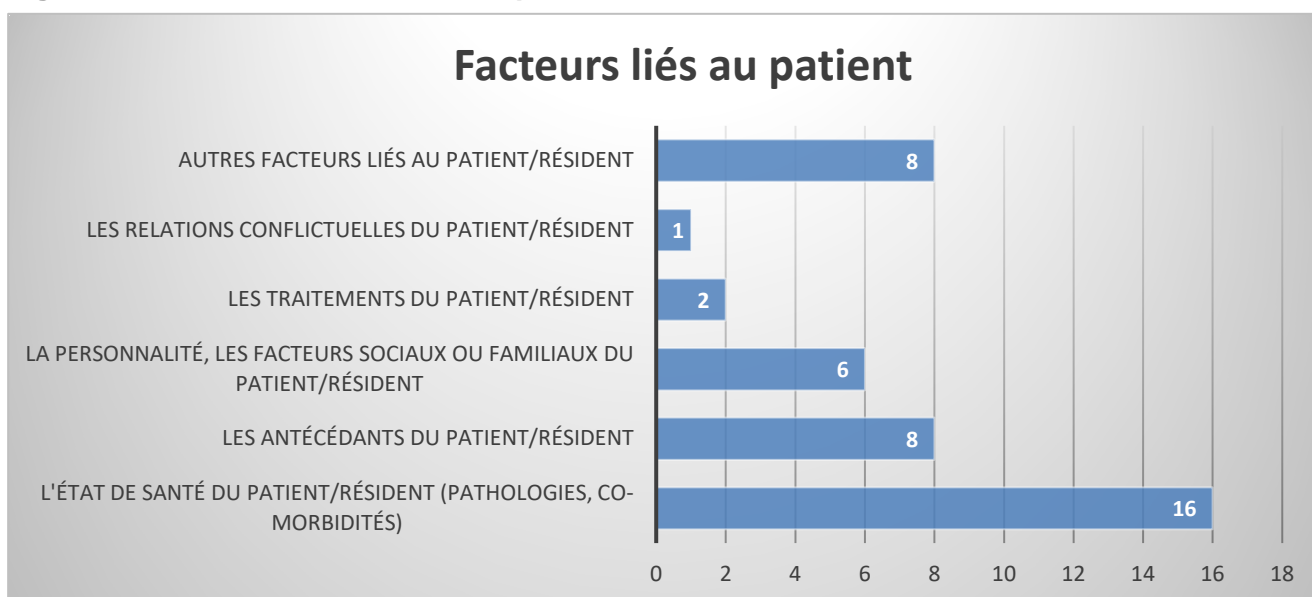
¹² NB : la grille ALARM est présente dans le formulaire de déclaration des EIGS ; il existe une version commentée au lien ci-après :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir194/grille_alarm_v2.pdf

¹³ Hors sujet : pas de lien avec le facteur concerné

Facteurs liés aux patients	Détail/descriptif	Nombre de sélections
	épidémie, enfant, démence, agitation, pas de facteurs favorisants retrouvés à l'interrogatoire Gravité (Coma profond lié à accident voiture)	
Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	Situation familiale : Patient isolé, difficulté de communication avec l'épouse, interrogatoire compliqué par l'intermédiaire d'une tierce personne et interférence de l'entourage dans les décisions	6
Traitements du patient	Immunodépresseur Antiarythmique	2
Relations conflictuelles	Dialogue difficile avec l'appelant : difficilement interrogeable avec suspicion d'état alcoolisé	1
Autres	Questionnement de l'ARM ne permet pas de clarifier l'état du patient Non-respect des consignes de la part du patient Information de l'aggravation de l'état du patient au second appel par SOS médecin Rappel tardif du patient Effet tunnel sur diagnostic posé par le patient Intermédiaire supplémentaire car tous les appels passent d'abord par les pompiers	8 dont 2 sans éléments

Figure 2 Détails des facteurs liés au patient



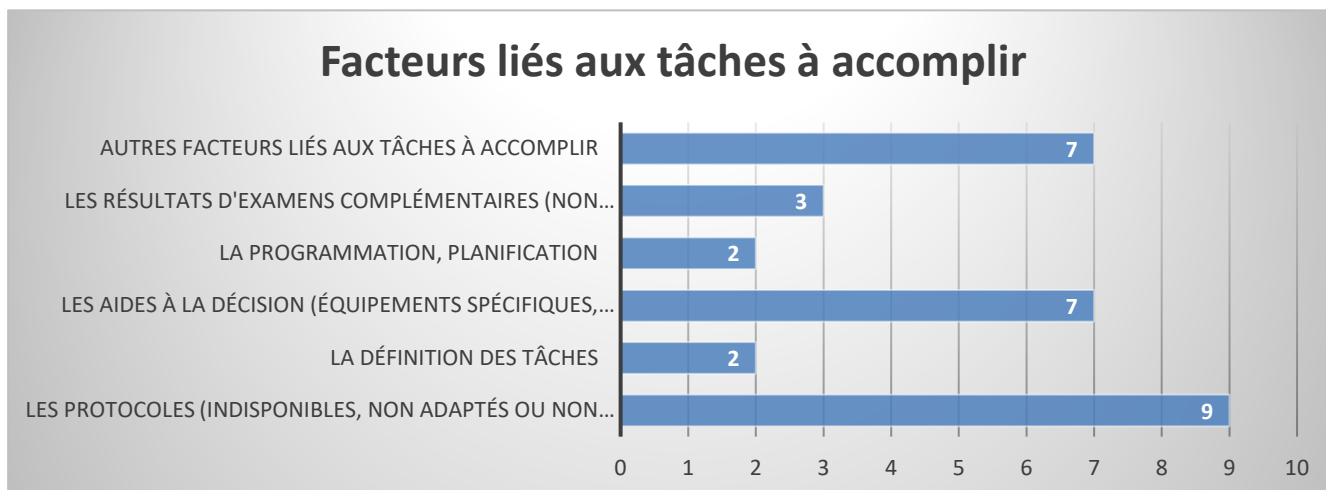
Nb : Plusieurs facteurs peuvent être sélectionnés par EIGS.

→ Détails des facteurs liés aux tâches à accomplir

Pour les 22 EIGS, plusieurs facteurs sont identifiés (cf. Figure 3)

Facteurs liés aux tâches à accomplir	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	<ul style="list-style-type: none"> -Protocoles indisponibles (pas de protocole commun SAMU/pompier, absence de procédure de prise en charge des patients) -Protocoles non utilisés -Non-respect des procédures de régulation : -Appel régulé par ARM sans avis médical -Appel régulé par le médecin sans prendre le patient en ligne (non-respect de protocole) -Pas de respect des recommandations de prise en charge éditées par les sociétés savantes -Pas de respect des règles de prescription et d'administration de médicament en urgence 	9 dont 1 hors sujet
Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	3 dont 1 hors sujet
Aides à la décision	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'alerte du logiciel Absence d'algorithme décisionnel 	7 dont 5 hors sujet
Définition des tâches	Pas de répartition des tâches inter équipe (SAMU/pompier)	2 dont 1 hors sujet
Programmation, planification	Programmation des tâches (simultanéité des tâches)	1
Autres facteurs	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'interrogatoire direct du patient par l'ARM et / ou le médecin Définition des tâches Congés en période d'épidémie grippale Report sur autre effecteur 	7 dont 2 hors sujet

Figure 3 Détails des facteurs liés aux tâches



Nb : Plusieurs facteurs peuvent être sélectionnés par EIGS.

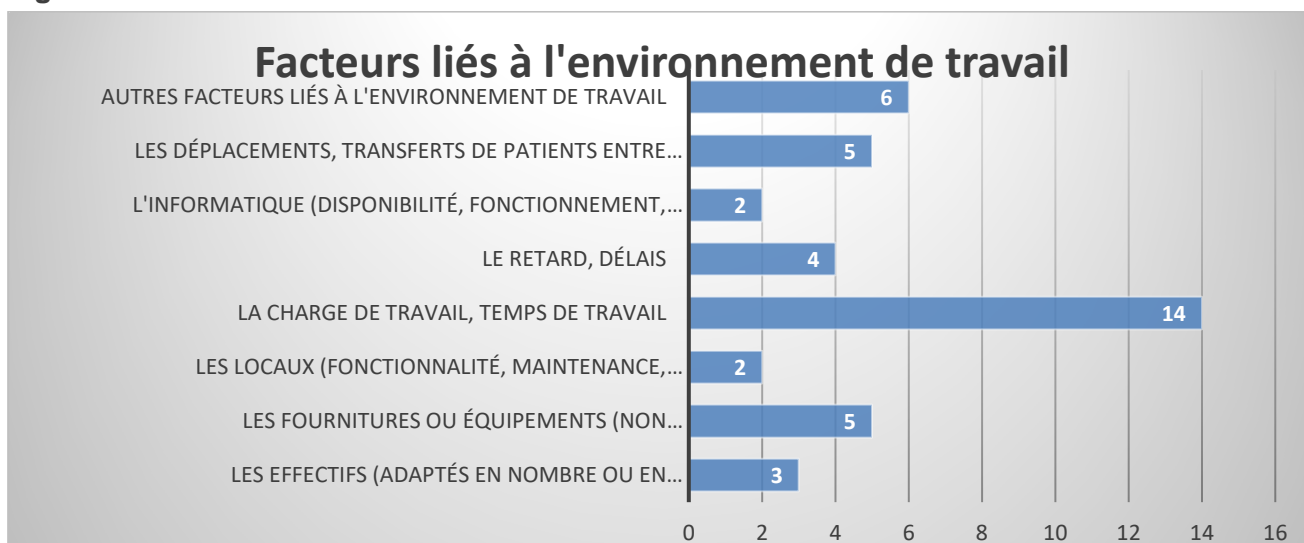
→ Détails des facteurs liés à l'environnement de travail

Pour les 21 EIGS, plusieurs facteurs sont identifiés (cf. Figure 4)

Facteurs liés à l'environnement de travail	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Administration		0
Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)	-Adaptation au contexte du domicile dans une situation d'urgence -Fonctionnalité de locaux non habituel	2
Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites	-Prescription d'un médicament au cours d'un transfert dans un véhicule qui n'en dispose pas Conditions de déplacement : -Conditions météorologiques mauvaises : épisode neigeux -Distance entre le domicile et l'hôpital importante -Difficultés de transferts en raison d'un manque de visibilité des places disponibles en services spécialisés (USIC) -Transfert dans un lieu non adapté	5
Fourniture ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)	Equipement non disponible -Pas de patch d'analyse, coût trop élevé, utilisation de palettes -Pas d'UMH disponible -Matériel non opérationnel (bouteille à O2)	5 dont 3 hors sujet
Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	Logiciel informatique : pas de logiciel commun entre les différents services de secours, pas d'accès au DMP Base de connaissance pas à jour Problème de géolocalisation Ergonomie des logiciels	2

Facteurs liés à l'environnement de travail	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	Les effectifs ne sont pas en adéquation avec la charge de travail qui est en augmentation - Effectifs insuffisants en personnel ARM ou médical au regard de l'augmentation d'activité, de la nécessité de transmettre aux médecins les bilans des équipes ambulancières ou secouristes	3
Charge de travail, temps de travail	-Les cas évoquent des surcharges d'activité avec des pics, induisant un impact sur les décrochés, et un épuisement (12 appels heure, 6 appels dans les 6 minutes qui précèdent) -Forte activité des ARM durant cette période, nombreux appels diminuant la durée et la qualité des échanges -2 cas évoquent l'horaire de nuit -1 cas évoque un cumul des heures de travail	13
Retards, délais	-Retard du décroché en raison d'une surcharge d'activité Problème d'adresse (dû au logiciel) Pas d'adéquation entre effectif et charge de travail - Pas d'alerte informatique en cas de non-validation de décision médicale (en particulier non-envoi de moyen)	4
Autres	Difficulté d'organisation et de communication (secteur non informé du départ du patient, de sa dégradation) Modification du transport Communication défectueuse Information différée Médecin de garde ne dispose pas du matériel nécessaire pour intervenir	6 dont 3 hors sujets

Figure 4 Détails des facteurs liés à l'environnement de travail

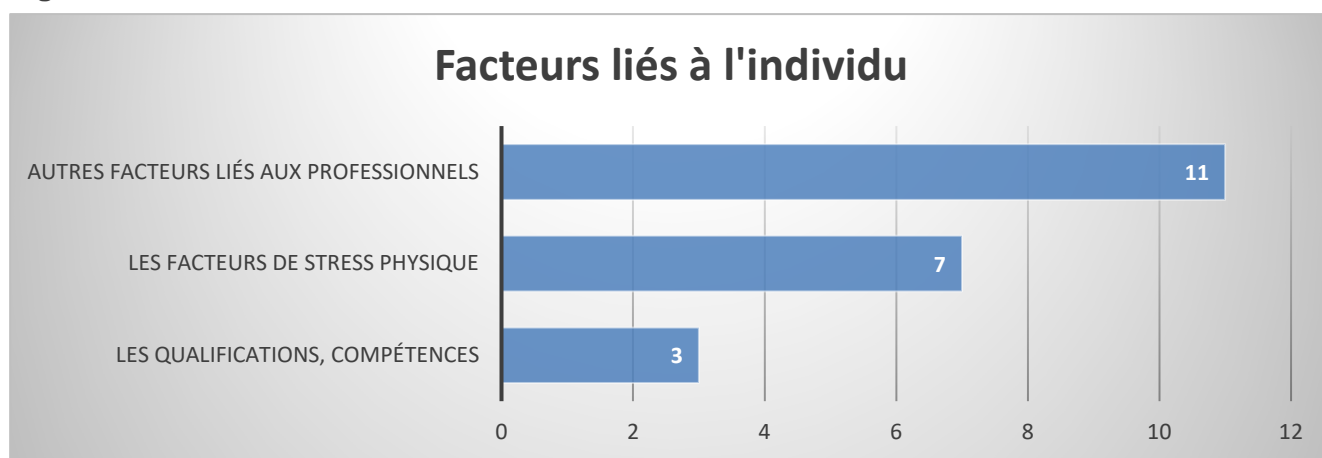


→ Détails des facteurs liés à l'individu (soignant)

Pour les 19 EIGS, plusieurs facteurs sont identifiés (cf. Figure 5)

Facteurs liés à l'individu	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Qualifications, compétences	Compétence : Formation ARM, absence de formation initiale et continue formalisée de l'IDE du Poste Opérationnel Pompier du CRRA, sentiment d'incompétence sur une spécialité donnée	3
Facteurs de stress physique ou psychologiques	Une grande majorité indique un stress en raison d'une augmentation de la charge de travail, Stress relatif à un sentiment d'incompétence -Fatigue en fin de nuit -Fatigue du médecin régulateur en fin de nuit (nuit profonde)	7
Autres facteurs	Pas de remise en cause du diagnostic initial (cité 3 fois effet tunnel) Fatigue en fin de nuit Défaut d'appréciation d'une situation pour un patient de la part de personnels expérimentés (médecin du 15/ médecin du SAMU) Oubli présence de garde Personnel peu expérimenté	11 dont 2 hors sujet

Figure 5 Détails des facteurs liés à l'individu



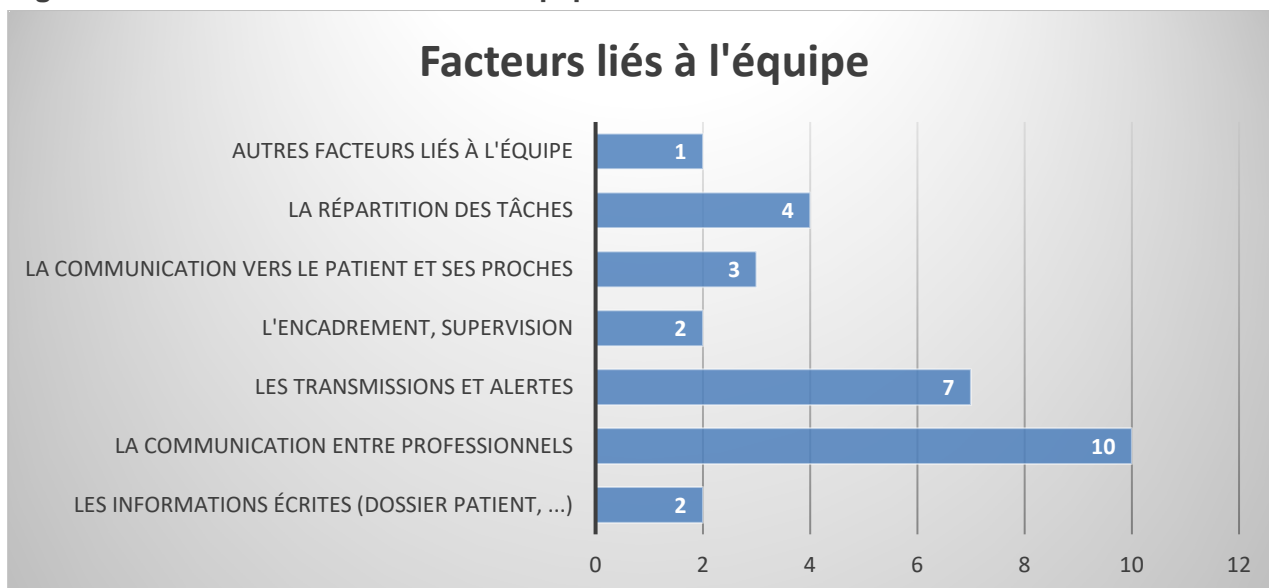
→ Détails des facteurs liés à l'équipe

Pour les 14 EIGS, plusieurs facteurs sont identifiés (cf. Figure 6)

Facteurs liés à l'équipe	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Communication entre professionnels	-Défaut de coordination et de transmission d'information des équipes d'intervention (gendarmerie, pompiers, SMUR) -Difficulté ou pas d'accès au dossier du patient -Accès mais pas consulté	10

Facteurs liés à l'équipe	Détail/descriptif	Nombre de sélections
	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de communication entre professionnel au sein de la régulation mais également avec les autres partenaires (ARM/MR, MR/ARM, inter-équipes, SMUR/pompiers) -Qualité des informations partagées entre professionnels -Appel non transmis -Pas de vérification de la compréhension -Ecoute des informations données par le personnel soignant paramédical insuffisante -Appréhension à prendre la parole (osez dire) 	
Communication vers le patient et son entourage	<ul style="list-style-type: none"> Difficulté de communication entre ARM et appelant -Pas de vérification de la bonne compréhension des informations ; -Pas de reformulation (demande mal comprise) -Communication verbale non adaptée -Pas de transmission des éléments du dossier à la famille -Interrogatoire du médecin insuffisant : critères de gravité non énoncés 	3
Informations écrites	<ul style="list-style-type: none"> -Traçabilité incomplète des données patient -Transmissions des informations incomplètes entre ARM et MR -Traçabilité incomplète des procédures techniques mises en œuvre et des décisions 	2
Transmissions et alertes	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut de transmission (résultats bactériologiques non relayés aux urgences, Centre 15 n'ayant pas accès au dossier des urgences) -Transmission inter-intervenants (absence, incomplet, insuffisante, qualité des informations) -Pas de transmission d'un appel -Demande d'aide non tracée dans le dossier -Absence de procédure et d'algorithme décisionnel d'alerte inter professionnel 	7 dont 2 qui n'apportent pas d'éléments
Répartition des tâches	<ul style="list-style-type: none"> Répartition des tâches entre ARM et MR non conforme Pas de répartition des tâches anticipée entre équipe SMUR et IADE/AS Pas de répartition des tâches au changement d'équipe 	4 dont 2 hors sujet
Encadrement, supervision	<ul style="list-style-type: none"> Pas de recadrage lors d'un comportement non adapté Rappel des procédures 	2
Demandes de soutien ou comportements faces aux incidents		0
Autres facteurs		1 qui n'apporte pas d'éléments

Figure 6 Détails des facteurs liés à l'équipe



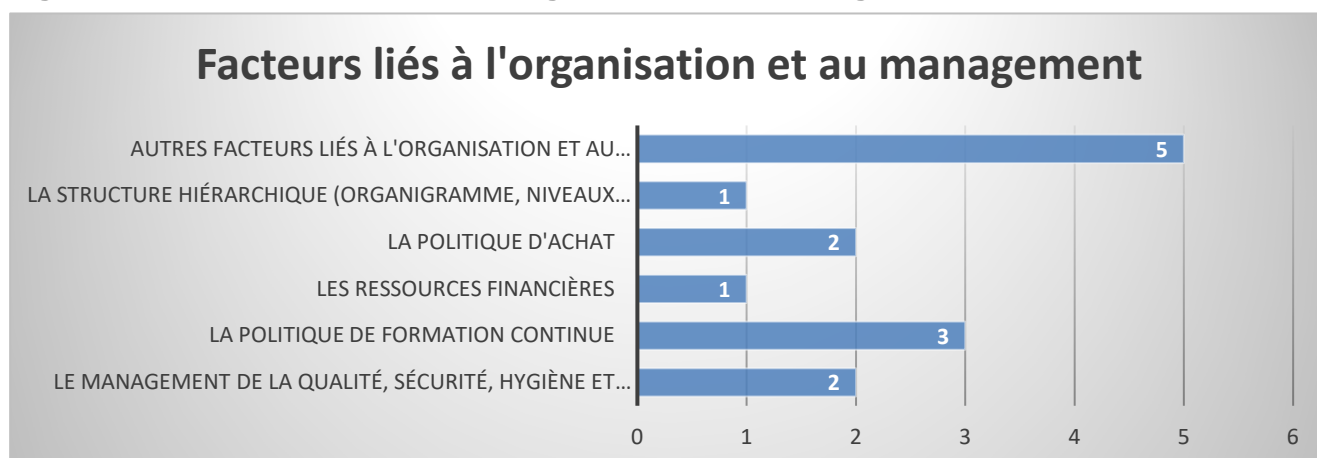
Nb : Plusieurs facteurs peuvent être sélectionnés par EIGS.

→ **Détails des facteurs liés à l'organisation et au management**

Pour les 9 EIGS, plusieurs facteurs sont identifiés (cf. Figure 7)

Facteurs liés à l'organisation et au management	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	-Pas de démarche d'EPP, ni de retour d'expérience -Pas de culture de la qualité, pas de temps dédié à cette activité	2
Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant		0
Politique de formation continue	Formation des ARM et IDE Pas de formation spécifique des personnels au niveau des centres d'appels du 18 et du 15 pour convenir de la pertinence d'un bilan secouristes, ambulanciers	3 dont 1 hors sujet
Ressources financières	Impact coût du matériel (patch versus palettes)	1
Politique d'achat	Pas de patch d'analyse, coût trop élevé, utilisation de palettes -Contrainte financière pour obtenir le changement des bouteilles O2 à 50 bars	2 dont 1 hors sujet
Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)		0
Gestion de la sous-traitance		0
Autres facteurs	-Plusieurs opérateurs pour 1 même urgence sans coordination -Gestion des lits de réa (indisponibilité)	5 dont 1 hors sujet et 1

Figure 7 Détails des facteurs liés à l'organisation et au management



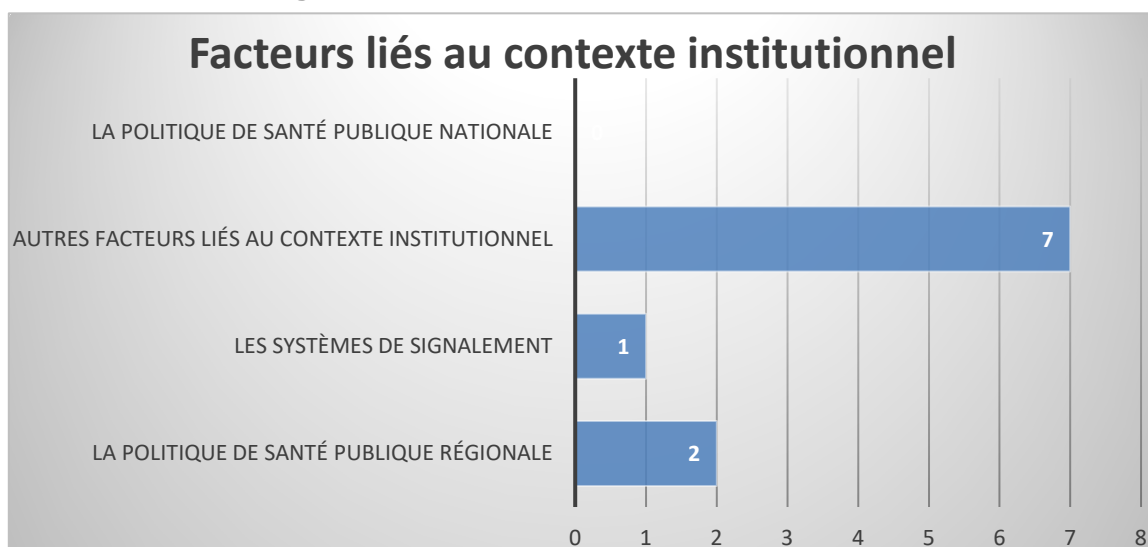
Nb : Plusieurs facteurs peuvent être sélectionnés par EIGS

→ Détails des facteurs liés au contexte institutionnel

Pour les 9 EIGS, plusieurs facteurs sont identifiés (cf. Figure 8)

Facteurs liés au contexte institutionnel	Détail/descriptif	Nombre de sélections
Autres facteurs liés au contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> -Pas d'interopérabilité du système d'information entre SAMU et pompier -Relation avec les transports sanitaires -Gestion des lits de réa -Gestion des ressources humaines -Formation des médecins régulateurs libéraux 	7 dont 1 n'apporte pas d'éléments
Les systèmes de signalement	Gestion des EI (traitement, suivi, procédure)	1
La politique de santé publique régionale	<ul style="list-style-type: none"> Accroissement de l'agglomération - Problème de la permanence des soins au niveau départemental, désertification médicale 	1
La politique de santé publique nationale		0

Figure 8 Détails liés au contexte institutionnel



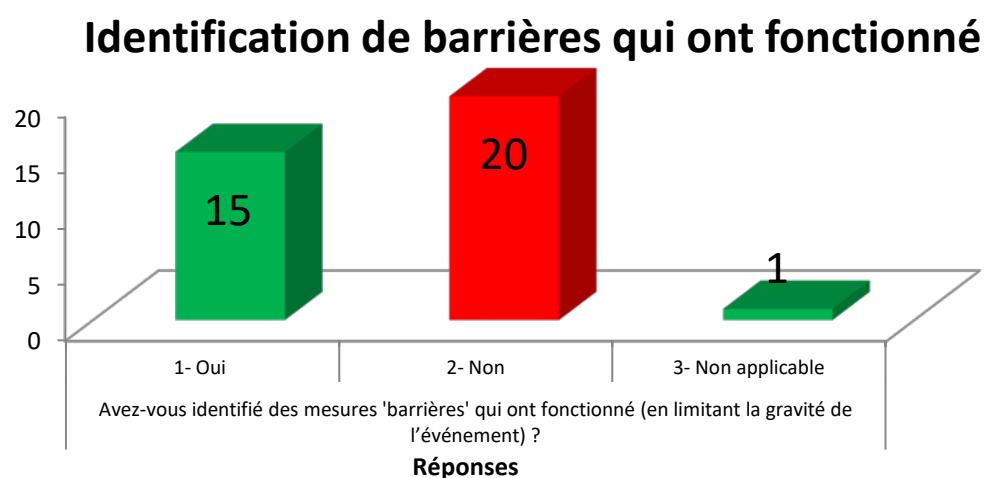
2.3.4. Identification des barrières

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

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

Pour chaque EIGS déclaré, le déclarant peut identifier des barrières (plusieurs) qui ont fonctionné et des barrières (plusieurs) qui n'ont pas fonctionné.

→ Barrières qui ont fonctionné



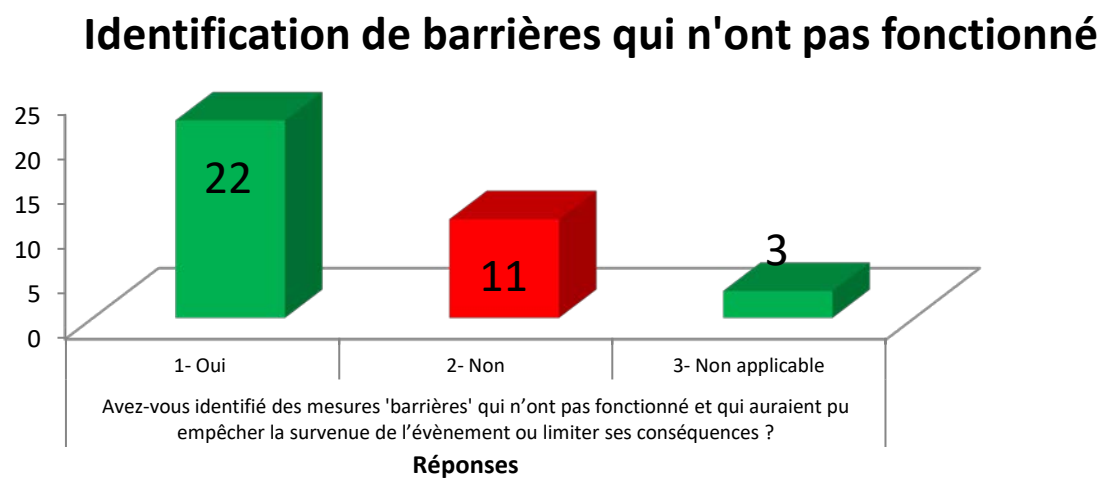
15 déclarants sur 36 ont identifié des mesures « barrières » qui ont fonctionné et qui auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter les conséquences.

Parmi ces 15, 4 ne sont pas retenus en raison d'éléments explicatifs insuffisants.

Les 11 cas retenus décrivent (plusieurs barrières possibles pour un seul cas) :

Classification	Nombre	Illustration
Procédure	1	Application des procédures et recommandations
Alerte/capacité de recours	4	Disponibilité de médecins, sages-femmes, récupération ARM
Formation	1	Utilisation matériel (respirateur)
Cohésion d'équipe /coopération	5	Relai ambulancier (1), maison médicale de garde (1), coopérations SOS médecin/pompier/SMUR (2), envoi SMUR dans doute (1)
	2	Anticipation des moyens logistiques : culots globulaire (1) Anticipation avec l'aval : lit disponible (1)
Surveillance	1	Barrière d'atténuation par la surveillance clinique du patient

→ Barrières qui n'ont pas fonctionné



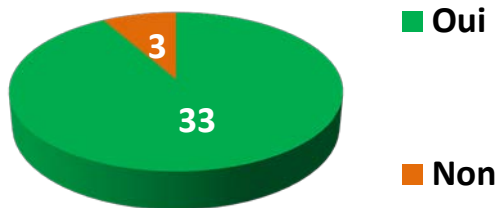
22 sur 36 ont identifié des mesures « barrières » qui n'ont pas fonctionné et qui auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter les conséquences si elles avaient été mises en œuvre.

Parmi ces 22, 3 ne sont pas retenus (2 en raison d'éléments explicatifs insuffisants et 1 qui est hors sujet).

Barrières identifiées pour les 20 cas (plusieurs barrières possibles pour un seul cas) :

Classification	Nombre	Illustration
Procédure	8	Non application de procédure dont 1 sur absence de régulation médicale, 1 sur non-consultation de l'outil informatique alertant, 1 sur appel non traité
Alerte	8	Absence de retour d'information, donc défaut d'alerte Orientation, non réponse du cardiologue de garde, résultats biologiques
Matériel	3	Défaut de fonctionnement du matériel, matériel défectueux, verrouillage dispositif
Coopération	3	Non anticipation avec l'aval (lit indispensable)
Surveillance	1	Défaut de surveillance (patient descopé)
Communication/transmission	6	Pas de transmission, orientation d'un message, pas de réponse, boucle de la communication, partage de la situation (compréhension de la situation), écoute épouse, contrat de soins avec le patient, partage des informations

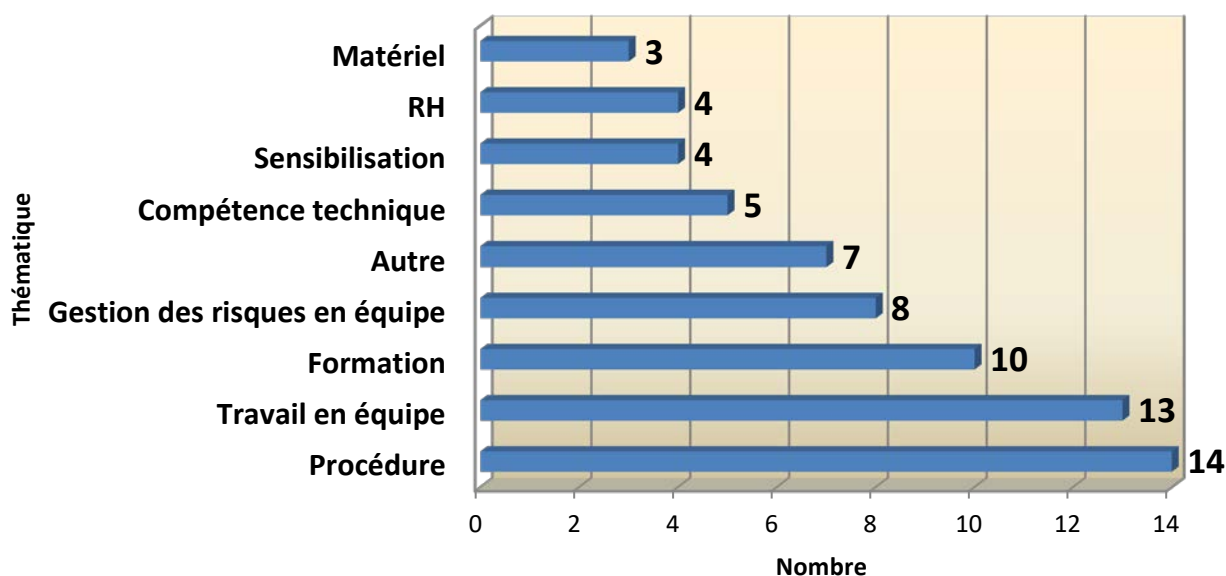
2.3.5. Actions identifiées pour éviter que l'évènement ne se reproduise



33 déclarants ont indiqué avoir mis en œuvre des actions (plusieurs actions possibles pour un seul cas) et 3 déclarants n'ont pas spécifié leurs actions.

Figure 7 classement des actions

Classement des actions



Ci-dessous les actions retrouvées dans les déclarations :

Thématique	Illustration par les verbatims des professionnels extraits de la base
Procédure	<p>Rappeler les procédures (analyse des événements, ARM doit systématiquement passer tout appel au MRU, rappels des patients, sécurisation du fonctionnement du respirateur et mode opératoire, gestion des appels, alerte)</p> <p>Nouvelle procédure (Conduite à tenir (CAT) clinique, parler directement au patient, CAT accès au dossier patient dont les résultats biologiques, le matériel, CAT déclenchement effecteurs SMUR, transmission VLI /MR, communication, briefing) ; Procédure d'intervention commune pour AVC, Rappel régulation MRU, fiche traçabilité SMUR, d'accueil aux urgences, traçabilité du recueil des info par l'ARM, accompagnement lors du transfert du patient, suivi des admissions inter établissement (registre USIC)</p>
Travail en équipe et communication	<p>Briefing, partage des décisions avec le partenaire SDIS, conférence tripartite pour les AVC, gestion des conflits, aide à la régulation pédiatrique, tutorat personnel junior, rappel en cas de doute</p> <p>Communication : fiche de liaison lors des transferts aux urgences, fiche bilan (transmission), partage des informations (transmission ARM/MR, traçabilité dans le dossier médical de régulation), communication avec le patient (s'assurer de sa compréhension), SAED et boucle de la communication,</p>
Formation	<p>Mise en place de formation à la notion de permanence de soins, pharmacologie aux personnels du SMUR, à la communication et aux situations de tension</p> <p>ARM la notion de permanence, Formation des médecins libéraux, à la communication et la régulation en situation de tension, mises en place de FMC adressées aux ARM et aux médecins régulateurs, Mise à jour des connaissances du praticien concerné sur les modalités de gestion d'une situation de limitation des thérapeutiques curatives, approches techniques, psychologiques, levée de doutes), IDE du Poste Opérationnel Pompier du CRRRA</p>
Gestion des risques en équipe	<p>Ecoute des bandes, CREX mensuel, remontée des dysfonctionnements, REX, code d'alerte, gestion des EI, revue mensuelle des EI, RMM, alerte (rappeler le médecin sollicité et traçabilité)</p>
Compétence technique	<p>Prise en charge réanimatoire en urgence et sur les recours, information clinique en réanimation, protocoles, algorithmes, Rappel des bonnes pratiques : demande d'un avis sur une situation, Amélioration de la régulation de la dyspnée chez l'enfant : Rappel des signes de gravité et</p>

	des questions rapides à poser, sur les techniques de ventilation invasive y compris les techniques d'intubation difficile, Mise à jour des connaissances du praticien concerné sur les modalités de gestion d'une situation de limitation des thérapeutiques curatives, protocoles de régulation à destination des médecins libéraux régulateurs
Sensibilisation	Sensibilisation des équipes au risque d'hypothermie circonstancielle en dehors de situations évidentes, respect des procédures
RH	Gestion des postes (recrutement), sanction disciplinaire
Matériel	S'équiper de matériel adéquat pour permettre une traçabilité des appels sur des postes tels, bouteille à O2, achat matériel (patch)
Autre	Barrière de récupération (alarme visuelle et sonore, checklist, SMS pour rappel garde), FLU, réorganisation du travail (conditions de travail, temps de travail, pénibilité) plan hôpital sous tension

Table des annexes

Annexe 1.	Résumé des facteurs de la méthode Alarm	30
-----------	-----------------------------------------	----

Annexe 1. Résumé des facteurs de la méthode Alarm

→ Les facteurs liés aux tâches à accomplir

La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.

→ Les facteurs liés à l'individu (le ou les professionnels impliqués)

Les facteurs individuels liés aux professionnels comprennent la connaissance, la qualification, et l'expérience de chaque membre de l'équipe et vont affecter leur pratique clinique.

→ Les facteurs liés à l'organisation et au management

L'équipe est influencée par les actions de management et les décisions prises à un niveau supérieur dans l'organisation. Ceci inclut les politiques de remplacement, d'utilisation de personnel intérimaire, de formation continue, d'intégration et d'évaluation, les politiques de gestion des équipements, mais également la politique sur la qualité et la gestion des risques.

→ Les facteurs liés à l'environnement de travail

L'environnement de travail au sein d'une unité ou d'un département, qu'il soit physique (locaux, matériels, fournitures...) ou organisationnel (disponibilité de ressources humaines qualifiées, organisation du travail, horaires...), conditionne la qualité et la sécurité des soins dispensés par une équipe.

→ Les facteurs liés aux patients

L'état de santé du patient a une influence directe sur la pratique des professionnels et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité de survenue d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers comme les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.

→ Les facteurs liés à l'équipe

Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe, et plus largement de l'hôpital. La façon dont un professionnel travaille et son impact sur le patient est influencé par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, s'assistent, s'organisent et s'alertent. Une équipe qui fonctionne de façon peu optimale favorise la survenue d'un EIGS.

→ Les facteurs liés au contexte institutionnel

L'organisation elle-même est influencée par le contexte institutionnel, la réglementation et le contexte économique et politique du secteur

Références bibliographiques

→ Les publications de la HAS

– Spécifique aux soins non programmés

Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale

Objectifs : Améliorer la qualité et la sécurité de la réponse apportée aux patients ; Constituer un support pour la formation continue des professionnels et l'évaluation de leurs pratiques ; Favoriser l'harmonisation des pratiques entre professionnels et sur l'ensemble du territoire.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061039/modalites-de-prise-en-charge-dun-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale

– Générale aux organisations

Programme en équipe :

Pacte : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

Accréditation en équipe : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011196/fr/l-accreditation-en-equipe

Saed : Situation, antécédents, évaluation, demande

C'est un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel.

L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les événements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée claire et concise, et d'éviter les oublis.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

Briefing et debriefing

Pratiques de leadership pour agir sur la communication et le travail d'équipe ciblées sur l'organisation des soins.

Le briefing est une séance de partage d'information courte avant l'action permettant l'anticipation des situations à risques. Au cours du briefing, les questions liées aux personnels, aux équipements, aux flux des patients, à l'ambiance et aux situations à risque potentielles ou avérées liées aux patients sont parta-gés entre les membres d'une même équipe.

Le débriefing est une séance de partage d'information courte après l'action. Au cours du débriefing, les professionnels partagent leur point de vue sur une situation passée, afin de mettre en avant les aspects positifs et les dysfonctionnements éventuels. Les professionnels partagent leur connaissance et savoir-faire et en tirent des enseignements.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing

Cadre général cadre d'évaluation des démarches d'analyse des événements indésirables associés aux soins

Objectif : Ce document définit les caractéristiques communes auxquelles doivent répondre les démarches d'analyse de type REX entreprises par des professionnels ou des organisations. Il s'agit d'un cadre général conçu pour permettre à tous les professionnels ou organisations délivrant des soins d'évaluer

leur maîtrise du processus d'analyse et l'organisation du retour d'expérience, quelle que soit la méthode d'analyse utilisée et quelle que soit la gravité des événements pris en charge.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2724327/fr/cadre-general-d-evaluation-des-demarches-d-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins

Grille d'analyse ALARM

Outil d'aide à l'analyse approfondie des événements. Il favorise une exploration systématique du contexte de l'évènement, d'une sphère proche de l'acte de soin (Patient, Tâches à accomplir, Soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (Equipe, Environnement de travail, Organisation et Management, Contexte institutionnel).

L'objectif est, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement (par exemple : action ou omission commise dans le processus de soin, lapsus, erreur de discernement, oubli, geste non sûr, mise en œuvre incorrecte ou incomplète d'une procédure, manquement délibéré aux pratiques sûres, aux procédures ou aux standards), de rechercher les causes racines, facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des défenses ou barrières, afin de créer un environnement plus sûr. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes?xtmc=&xtcr=1

Guide Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

Guide opérationnel donnant les informations nécessaires et suffisantes pour faciliter la mise en place d'une RMM

Une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. A l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf

→ Les publications de SUDF (Samu-Urgences de France) - Syndicat National de l'Aide Médicale Urgente

SAMU -Urgences de France, Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé, mai 2018

La régulation médicale : un acte de soins

Recommandation de Samu-Urgences de France concernant la qualité des échanges téléphoniques http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Reco_SUDF_qualite_des_echanges_180_510.pdf

Guide de régulation médicale

Guide de régulation médicale offrant aux assistants de régulation médicale et aux médecins régulateurs les outils indispensables pour répondre à chaque situation qui se présente dans le cadre de leur mission. Pour chaque motif de recours des appelants au Samu-Centre 15, les fiches de régulation décrivent les rôles de l'assistant de régulation médicale et les éléments qui aident le médecin régulateur dans la conduite de l'interrogatoire de l'appelant, dans la prise de décision qui conclut son acte de régulation, dans l'orientation éventuelle du patient et dans sa mission de conseil aux effecteurs engagés.

<http://www.guide-regulation-medicale.fr>

Référentiel : Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence

Ces structures représentent aujourd'hui un élément clé dans l'organisation des soins primaires comme des soins spécialisés. Pivots des soins non programmés, elles doivent être confortées et leurs effectifs cohérents avec leurs missions et activités, dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Pour être simple et reproductible, le mode de calcul à la base de ce référentiel repose sur le temps posté, médical ou non médical.

http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf

Abréviations et acronymes

ARM	Assistant de régulation médicale
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAT	Conduite à tenir
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CODIS	Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
COG	Centre opérationnel de gendarmerie
CREX	Comité de retour d'expérience
EI	Événement indésirable
FMC	Formation Médicale Continue
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MR	Médecin régulateur
MRU	Médecin régulateur urgentiste
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
PDSA	Permanence des soins ambulatoires (Centre 15)
REX	Retour d'expérience
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
SAED	Situation, antécédent, évaluation, décision
SAU	Service d'accueil des urgences
SDIS	Service d'incendie et de secours
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Structure mobile d'urgences et de réanimation
USIC	Unité de Soins Intensifs Cardiologiques
VLI	Véhicule léger d'intervention
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

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

