



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 le personnel non permanent

Adopté par le Collège le 24 juillet 2025

Descriptif de la publication

Titre	Analyse des déclarations de la base nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec le personnel non permanent
Méthode de travail	Analyse de la base de données nationale sur les évènements indésirables graves associés aux soins
Objectif(s)	Identifier les causes des EIGS liés au personnel non permanent, en tirer des enseignements et proposer des préconisations afin d'améliorer la sécurité des soins.
Cibles concernées	Les professionnels de santé ; les acteurs de la gestion des risques ; les usagers des secteurs sanitaire et médico-social ; le ministère de la Santé et de l'Accès aux soins et autres organismes publics de santé.
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Fatou Diagne, 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
Recherche documentaire	Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Maud Lefèvre (cheffe du service documentation – veille : Frédérique Pages)
Auteurs	Fatou Diagne, cheffe de projet, SEvOQSS Alwenna Salaun, cheffe de projet data manager, SEvOQSS Secrétariat : Mohamed Korchi
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 24 juillet 2025

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 – juillet 2025

Sommaire

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	6
2.4. Méthode d'analyse	6
2.5. Consultation d'experts	7
3. Résultats	8
3.1. Caractéristiques des patients et des circonstances des EIGS	8
3.2. Caractéristiques du personnel non permanent impliqué	10
3.3. Analyse des causes et des barrières	11
4. Préconisations pour améliorer la sécurité des patients	19
Table des annexes	23
Références bibliographiques	31
Participants	33
Abréviations et acronymes	34

1. Introduction

Il existe actuellement une pénurie de professionnels de santé dans les établissements de santé ainsi que dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation : d'abord, la démographie médicale est en déclin et certaines spécialités et certains territoires perdent de leur attractivité, tout comme l'exercice à l'hôpital. Par ailleurs, les besoins médicaux et paramédicaux augmentent. Cela est dû notamment à l'accroissement et au vieillissement de la population, à la prise en compte du temps de garde dans le temps de travail et aux exigences réglementaires concernant les ratios d'effectifs pour certaines activités de soins (1, 2).

Cette situation a conduit les directions à avoir de plus en plus recours à du personnel non permanent, notamment à des intérimaires. Ce personnel permet aux établissements de garantir la continuité et la permanence des soins, d'éviter des fermetures de lits ou d'activité pendant les périodes de congés, ou d'assurer le maintien d'une offre de soins.

Ainsi, le taux de recours aux intérimaires dans le secteur hospitalier a doublé en six ans, atteignant 0,4 % des effectifs en 2023 (3).

Selon un précédent rapport de la HAS sur les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins, peu d'études ont évalué l'impact de l'intérim médical sur la sécurité des soins et leurs résultats sont discordants (4). La HAS se propose de contribuer à la réflexion en analysant la base de données dont elle dispose sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) déclarés dans le cadre du dispositif national. Cette analyse ne saurait constituer une étude épidémiologique ni permettre de démontrer des liens de cause à effet, en raison notamment du manque d'exhaustivité des données figurant dans ces bases. Comme pour les autres publications de la HAS reposant sur l'exploitation de cette base de données, l'analyse des EIGS a toutefois vocation à fournir aux régulateurs de l'offre de soins, aux établissements et aux professionnels des éléments de vigilance et d'alerte, pour alimenter le regard qu'ils portent sur leur propre pratique.

Des travaux antérieurs sur ces mêmes bases de données ont déjà permis d'identifier que le personnel non permanent était souvent cité par les déclarants comme une des causes profondes concourant à ces événements – dont le caractère multifactoriel doit être rappelé (5). En effet, leur intervention peut engendrer des risques liés à leur méconnaissance des habitudes, du matériel et des procédures du service ou de l'établissement. Elle peut également compliquer le travail en équipe, pourtant crucial pour garantir la sécurité des patients.

Afin de stabiliser les équipes et les collectifs de travail, un décret impose depuis le 1^{er} juillet 2024 une durée minimale d'exercice de deux ans avant de pouvoir travailler en intérim pour certaines professions de santé (6, 7). Par ailleurs, plusieurs préconisations ont déjà été émises par la HAS pour mieux gérer les risques associés au recrutement de personnel non permanent, mais toujours dans le cadre d'autres sujets (services des urgences, parturientes, période pandémique à la Covid-19...) (8).

De façon à donner une vision plus complète des risques associés à cette pratique et des mesures de prévention, de récupération et d'atténuation des événements indésirables, la HAS a analysé pour la première fois dans ce rapport l'ensemble des EIGS en lien avec le personnel non permanent déclarés depuis la création du dispositif en 2017.

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} mars 2017 et le 12 juin 2024** dans le cadre du dispositif national de déclaration des EIGS.

Avertissement aux lecteurs

Les données concernant les évènements indésirables graves associés à des soins présentés 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 optimale¹.

En outre, comme il existe encore une sous-déclaration importante des EIGS en France², 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

Le **personnel non permanent** désigne, dans cette analyse, tous les professionnels intervenant pour des missions temporaires et ponctuelles dans les structures de santé ou en libéral afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, hors stagiaires. Cela inclut le personnel médical, paramédical, social, logistique, technique et administratif. Le personnel non permanent comprend notamment :

- les intérimaires³ : salariés mis à disposition par une entreprise de travail temporaire pour une entreprise utilisatrice afin d'exécuter une mission précise et limitée dans le temps. Un contrat de travail temporaire ne doit pas avoir pour objet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise utilisatrice. Les intérimaires bénéficient de la formation continue, financée par les entreprises de travail temporaire, pour développer leurs compétences et améliorer leur employabilité ;
- les vacataires⁴ : bien que ce statut ne dispose pas de définition légale, la jurisprudence a précisé cette notion.

¹ Pour plus de détails, voir le bilan annuel EIGS 2022 – document les « AbrEIGéS » en page 9 (9).

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/retour_experience_nationall_eigs_2021_2022-11-21_11-16-23_105.pdf

³ <https://travail-emploi.gouv.fr/le-contrat-de-travail-temporaire>

Contrat de travail temporaire (ou contrat dit d'intérim) | Service-Public.fr

⁴ [Qu'est-ce qu'un vacataire dans la fonction publique ? | Service-Public.fr](#) | [Contrats de travail dans le secteur privé | Service-Public.fr](#)

Dans la fonction publique, les vacataires sont des agents recrutés pour accomplir des tâches précises, ponctuelles et limitées dans le temps. Contrairement aux agents contractuels, les vacataires ne sont pas engagés pour répondre à des besoins permanents de l'administration et ne bénéficient pas des mêmes droits (congés, formation, indemnités). La jurisprudence concernant les vacataires ne s'applique pas directement au secteur privé ;

- les salariés du « pool de remplacement » ou de « l'équipe de compensation et de suppléance institutionnelle » : ces équipes, constituées de professionnels infirmiers et aides-soignants, sont mises en place à l'origine dans les hôpitaux pour pallier les déficits d'effectifs causés par la réduction du temps de travail et l'absentéisme (10). Les agents des « pools » peuvent être affectés à différents services selon les besoins ;
- les salariés déplacés temporairement de leur unité d'affectation vers une autre unité de soins au sein du même établissement, en cas d'absence d'un professionnel ou de surcroît d'activité.

Les EIGS en lien avec le personnel non permanent ont été identifiés dans la base de données grâce à une recherche dans tous les champs texte des mots-clés suivants : « intérim », « vacataire », « remplaçant », « pool », « suppléance ».

Cette recherche a permis d'identifier **1 638 déclarations** d'EIGS reçues à la HAS entre mars 2017 et le 12 juin 2024, dans lesquelles le personnel non permanent est potentiellement impliqué.

2.3. Sélection des EIGS

L'ensemble des 1 638 déclarations identifiées a fait l'objet d'une lecture *in extenso*.

Ont ainsi été exclues de l'analyse :

- 935 déclarations hors sujet (événements non graves ou non associés aux soins, absence de mention du personnel non permanent, personnel non permanent non impliqué dans la survenue de l'évènement déclaré) ;
- 191 déclarations inexploitable en raison d'un manque de qualité (déclaration globalement très incomplète, analyse des causes profondes très insuffisante...).

Finalement, **512** déclarations ont été retenues pour l'analyse.

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), réalisée sur Excel, a d'abord nécessité un travail manuel : les données ont ainsi été préalablement nettoyées, homogénéisées et organisées.

2.5. Consultation d'experts

En plus des relectures internes, trois experts extérieurs à la HAS ont été sollicités pour donner leur avis sur le fond et la forme d'une version provisoire de ce document (cf. Participants, page 33).

Ils ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Celles-ci sont consultables sur le site <https://dpi.sante.gouv.fr> et 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 512 EIGS en lien avec le personnel non permanent, 61 % concernaient des femmes et 36 % des hommes (3 % des déclarations ne précisait pas le sexe).

Les EIGS ont touché principalement les adultes de plus de 20 ans, avec 24 % âgés de 60 à 80 ans et 42 % de 80 à 100 ans (cf. Figure 1).

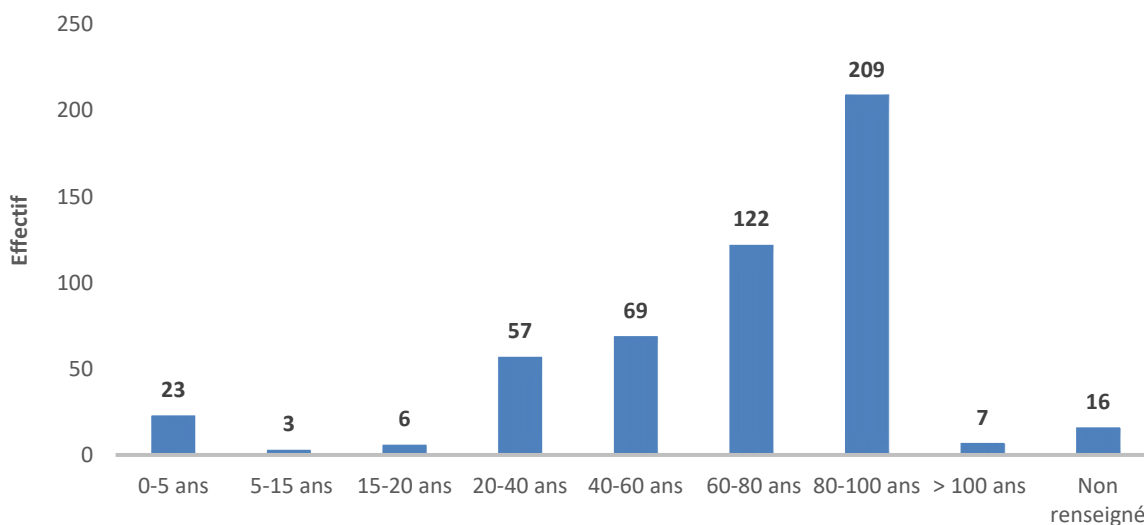


Figure 1. Répartition de l'âge des patients concernés par les EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512)

3.1.2. Lieux et moments de survenue des EIGS

Secteur sanitaire

La majorité des EIGS impliquant du personnel non permanent se sont produits dans le secteur sanitaire (64 % ; 330/512). Les services les plus souvent concernés étaient ceux de médecine (n = 127), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) (n = 70) et de chirurgie (n = 57). Venaient ensuite l'obstétrique (n = 33), la psychiatrie (n = 31), l'hospitalisation à domicile (n = 10) et enfin les services d'aide médicale urgente (SAMU) (n = 2).

Secteur médico-social

Un peu plus d'un tiers des EIGS (35 % ; 180/512) se sont déroulés dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). La majorité de ces cas, soit environ 84 % (152/180), concernaient les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les autres ESSMS étaient les établissements pour adultes en situation de handicap (13 % ; 24/180), les établissements pour enfants en situation de handicap (1 % ; 2/180) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (1 % ; 2/180).

Secteur de la ville

Le secteur de la ville comptait deux cas (0,4 % ; 2/512) dans le cadre de soins infirmiers libéraux.

Périodes de vulnérabilité

Une période de vulnérabilité dans l'organisation des soins est définie comme une période pendant laquelle la vigilance peut être diminuée et/ou des effectifs des professionnels en nombre réduit. Sur les 512 EIGS, 66 % (337/512) ont eu lieu pendant au moins une période de vulnérabilité (un même évènement peut se produire au cours de plusieurs types de période de vulnérabilité).

Parmi eux, 44 % (149/337) se sont produits pendant le week-end et 37 % (125/337) pendant la nuit. On observe également que 20 % (67/337) des EIGS ont eu lieu pendant d'autres périodes (notamment congé annuel de professionnels ; tournées pour coucher les patients, pour les soins d'hygiène ou pour les repas), 13 % (43/337) pendant les périodes de changement d'équipe et 6 % (19/337) les jours fériés.

Il est à noter que 36 % des EIGS (122/337) sont survenus pendant 2 périodes de vulnérabilité et 5 % (18/337) pendant 3 périodes.

3.1.3. 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 permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale⁵.

Dans cette analyse, les principales conséquences des EIGS ont été le décès dans 38 % des déclarations (196/512), la mise en jeu du pronostic vital dans 37 % des déclarations (188/512) et un probable déficit fonctionnel permanent dans 25 % des déclarations (128/512).

3.1.4. Autres conséquences

Les déclarations d'EIGS ont mentionné dans presque la moitié des cas des conséquences pour les professionnels, principalement un impact psychologique, ceux-ci pouvant devenir les « secondes victimes⁶ » de l'évènement (47 % ; 238/512). Cette proportion était plus élevée lorsque l'EIGS a engendré un décès (60 % ; 118/196). Des mesures ont été prises pour soutenir les professionnels dans 45 % des déclarations où l'information était renseignée (232/512).

L'EIGS a entraîné une conséquence pour la structure, principalement juridique, dans 17 % des cas (88/512).

L'EIGS a eu d'autres conséquences dans 15 % des déclarations (76/512), notamment un impact émotionnel sur la famille, des plaintes portées par la famille ou la médiatisation de l'EIGS.

⁵ Cf. décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins (article R. 1413-67) (11).

⁶ Le terme « seconde victime » est employé pour désigner un soignant 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 (Scott *et al.*, 2009 (12)).

3.1.5. Caractère évitable des EIGS

Les déclarants estimaient que la grande majorité des EIGS étaient évitables ou probablement évitables (79 % ; 403/512).

Parmi les 403 EIGS considérés comme évitables ou probablement évitables, 127 ont entraîné un décès (32 %), 167 ont mis en jeu le pronostic vital (41 %) et 109 ont causé un probable déficit fonctionnel permanent (27 %).

3.2. Caractéristiques du personnel non permanent impliqué

La presque totalité du personnel non permanent impliqué dans les EIGS déclarés était représentée par 3 professions : les infirmiers (44 % ; 226/512), les médecins (29 % ; 149/512) et les aides-soignants (19 % ; 98/512) (cf. Figure 2).

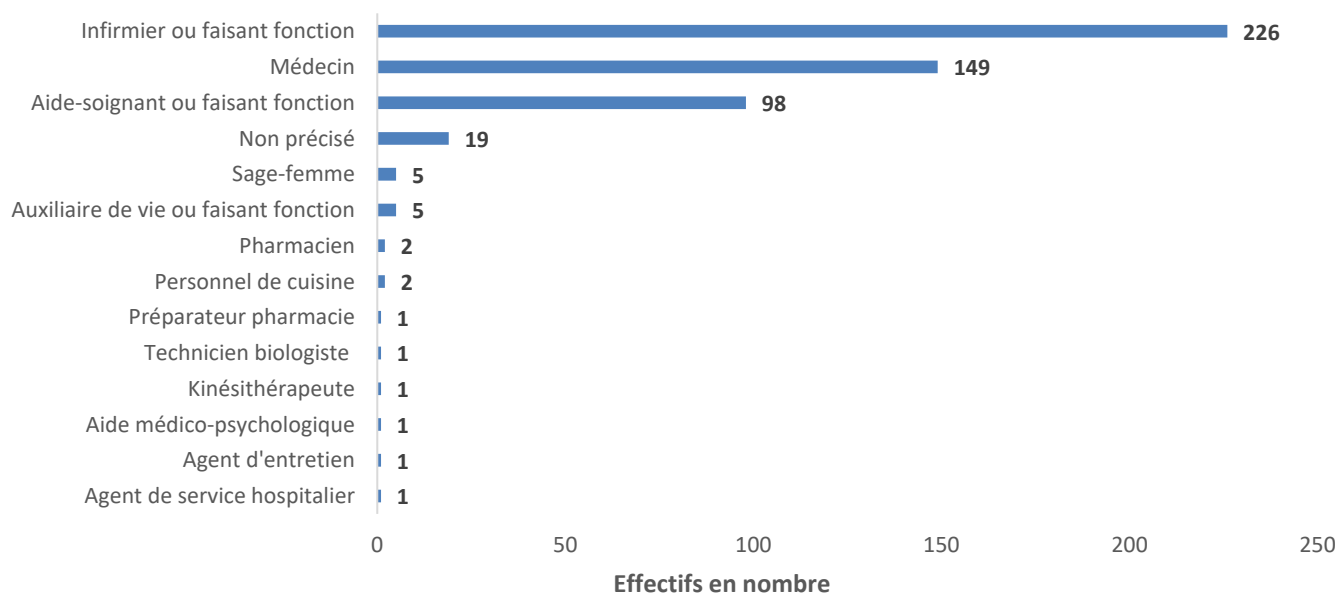


Figure 2. Professions du personnel non permanent impliqué dans les EIGS (n = 512)

Par ailleurs, près de 29 % du personnel non permanent impliqué ont été indiqués comme « remplaçants », sans précision sur leur statut (149/512). Parmi le personnel dont le statut est indiqué (n = 363), la plupart sont des intérimaires (55 % ; 201/363), suivis par des vacataires (35 % ; 127/363) et le personnel des équipes de suppléance (7 % ; 25/363). Dix cas concernent du personnel d'un autre service au sein de la structure (3 %).

3.3. 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.

3.3.1. Causes immédiates identifiées

Les causes immédiates ont été regroupées en 7 catégories principales (cf. Tableau 1). Seules les catégories identifiées au cours de l'analyse des EIGS, dont un des acteurs est le personnel non permanent, sont mentionnées ici. Il ne pouvait y avoir qu'une seule cause immédiate par EIGS.

Tableau 1. Catégories de causes immédiates des EIGS en lien avec le personnel non permanent

Catégories de causes immédiates	Description des causes immédiates
1. Erreurs médicamenteuses	La cause immédiate concerne le médicament, quelle que soit l'étape du circuit concernée (commande, stockage, prescription, préparation, administration, suivi...).
2. Erreurs liées au matériel ou à la stérilisation	La cause immédiate concerne le matériel (dispositifs médicaux, dont les implantables, équipement de protection individuel...), quelle que soit l'étape du circuit concernée (commande, stockage, prescription, implantation le cas échéant, utilisation, suivi...), ainsi que la stérilisation.
3. Erreurs liées à un acte interventionnel	La cause immédiate relève d'un acte interventionnel, à savoir tout acte technique utilisé pour le diagnostic ou le traitement impliquant une incision, une ponction, une entrée dans une cavité corporelle ou l'utilisation d'énergie ionisante, électromagnétique ou acoustique, quel que soit le lieu de réalisation (bloc opératoire, salle interventionnelle, chambre du patient...).
4. Erreurs liées à la transmission de l'information	La cause immédiate relève d'un défaut de transmission de l'information au sens large. Cela concerne tous les supports de l'information, écrite ou orale (dossier du patient « papier », informations présentes dans les systèmes d'information, transmissions orales...).
5. Erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique	La cause immédiate relève d'un défaut dans l'interprétation des données cliniques et des examens complémentaires, dans le diagnostic ou dans la stratégie thérapeutique.

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). Il existe des barrières techniques (les alarmes, les sécurités informatiques...), des barrières organisationnelles (l'ergonomie, la formation du personnel, la coordination des tâches, l'environnement de travail, les procédures, les protocoles, les règlements...) et des barrières humaines (les contrôles croisés, la supervision...).

6. Erreurs liées à l'organisation de la prise en charge	La cause immédiate relève d'un défaut dans l'organisation globale des soins ou de l'accompagnement (la planification, la coordination, les défauts de surveillance, les défauts de protocole/procédures ou leur méconnaissance...).
7. Erreurs liées aux actes de soins ou d'accompagnement	La cause immédiate relève d'un défaut concernant l'exécution directe d'un acte de soin (hors acte interventionnel) ou d'accompagnement (soins d'hygiène ou de confort, aide à la prise des repas, promenade...).

Les causes immédiates des EIGS ont été identifiées dans 457 déclarations sur 512 (89 %).

En se basant sur les éléments transmis et l'analyse des causes par le déclarant, les EIGS ont été regroupés selon la catégorie de cause immédiate correspondante.

Les causes immédiates les plus fréquemment déclarées étaient : les erreurs médicamenteuses (31 % ; 157/512), les erreurs liées à l'organisation de la prise en charge (28 % ; 141/512), les erreurs liées au matériel (13 % ; 65/512) et les erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique (12 % ; 63/512) (cf. Figure 3).

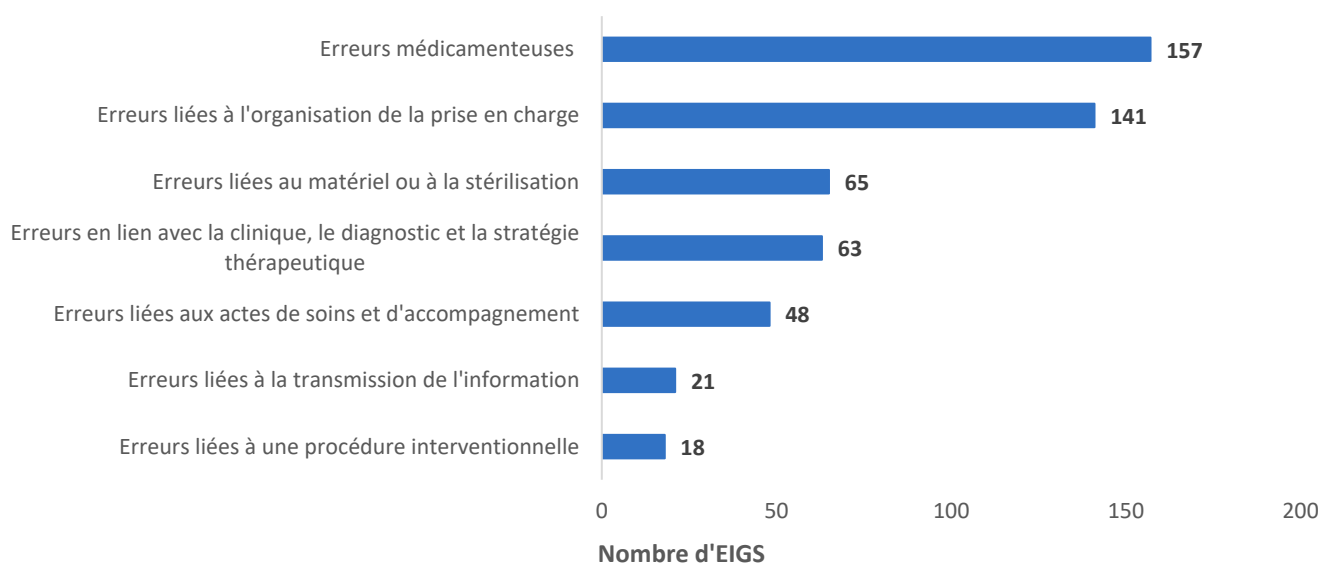


Figure 3. Répartition des causes immédiates des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512)

Les **erreurs médicamenteuses** (157/512) étaient majoritairement des surdosages (n = 48), des erreurs de patients (n = 34) et des erreurs de médicaments (n = 32). Il y avait également des omissions d'administration d'un médicament prescrit (n = 16), ainsi que des erreurs de modalité d'administration (n = 12) (exemples : administration par voie veineuse au lieu de la voie orale ; confusion entre voie périphérique et voie centrale). À noter également 2 cas d'omission de prescription de traitements essentiels liés à la non-maîtrise des logiciels de prescription médicale.

Les **erreurs liées à l'organisation de la prise en charge** (141/512) concernaient principalement des défauts de surveillance (n = 57), tels que le suivi insuffisant des paramètres vitaux ou la surveillance inadaptée de patients connus comme étant à risque de passage à l'acte suicidaire ou à risque de chute.

Ces erreurs incluaient également des retards de prise en charge (n = 19) (exemples : réponses tardives aux appels des patients ; délais trop longs pour l'examen et les soins des patients). Enfin, il a été rapporté des procédures inadaptées, la méconnaissance des procédures d'urgence (n = 9) et des défauts de coordination entre professionnels (n = 7), notamment lors des transferts de patients entre services ou établissements.

Les **erreurs liées au matériel** (65/512) consistaient le plus souvent en des utilisations inadaptées (n = 33), telles que des erreurs de débit de programmation sur des pompes à perfusion ou des chutes lors de l'utilisation de dispositifs de mobilisation (lève-personne, rails de transfert) (n = 7). On retrouve également l'absence d'utilisation d'un matériel alors qu'il était pourtant prévu dans le plan de soins (n = 16), comme des mobilisations effectuées sans rails de transfert ou verticalisateurs. Enfin, des erreurs dans la sélection des dispositifs médicaux ont été rapportées (n = 5) (exemple : confusion entre différents implants).

Les **erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique** (63/512) regroupaient principalement des erreurs de raisonnement clinique et d'interprétation avec des défauts dans la caractérisation de l'urgence. Par exemple, il pouvait s'agir de défaillances dans la reconnaissance des symptômes évocateurs d'un accident vasculaire cérébral ou des signes de complications post-opératoires, ou des défauts d'interprétation du rythme cardiaque fœtal. On notait également des défauts de prise en compte d'anomalies dans les résultats biologiques.

Parmi les **erreurs liées aux actes de soins et d'accompagnement** (48/512), 20 concernaient des chutes survenues pendant les soins, 9 des gestes traumatiques lors de soins d'hygiène ou de mobilisation et 7 des non-respects de protocoles liés à la texture alimentaire ou l'installation du patient. Par ailleurs, trois situations de maltraitance ont été signalées : une contrainte physique inappropriée et deux évènements de nature sexuelle¹⁰ (un attouchement sexuel lors des soins d'hygiène et un soignant surpris partiellement dénudé auprès d'une patiente vulnérable).

Les **erreurs liées à la transmission de l'information** (21/512) étaient principalement des omissions (n = 13), telles que des défauts de transmission de résultats biologiques anormaux ou d'un compte-rendu d'imagerie modifié. D'autres erreurs concernaient des communications réalisées avec des informations incomplètes (n = 3). Par exemple, la transmission des données d'un électrocardiogramme sans inclure toutes les dérivations a retardé un diagnostic de syndrome coronarien aigu. De même, la transmission téléphonique d'informations insuffisamment claires sur la criticité de la situation d'un patient a entraîné une arrivée tardive du médecin d'astreinte.

Enfin, les **erreurs liées à une procédure interventionnelle** (18/512) concernaient des défaillances dans la prise en charge de troubles hémodynamiques en per-opératoire et des gestes traumatiques (n = 6) (exemples : plaies vésicales lors d'une intervention gynécologique ; perforations lors de coloscopies). Par ailleurs, une erreur de côté d'intervention chirurgicale due à une saisie incorrecte sur le programme opératoire et à une check-list mal réalisée a été déclarée.

¹⁰ Certaines déclarations de violences sexuelles ne mentionnaient pas de conséquences sur le patient répondant aux critères de gravité du décret de 2016 et auraient donc dû être retirées de cette analyse qui porte sur les événements indésirables graves. Cependant, il a été considéré que les conséquences psychologiques des violences sexuelles à court, moyen et long terme sur le patient peuvent être graves et ne sont pas toutes connues au moment de la déclaration du fait de leur nature. À ce titre, ces déclarations ont été prises en compte dans cette analyse (14).

3.3.2. Causes profondes identifiées

Un EIGS est toujours le résultat d'une combinaison de causes profondes (ou facteurs contributifs). Cette étude s'appuie sur ces causes, telles que décrites par les déclarants à l'aide de la grille ALARM (15), un outil proposé dans le volet de déclaration des EIGS pour structurer l'analyse de ces causes. La grille ALARM comporte sept grandes catégories, chacune détaillant entre trois et huit natures de causes profondes (ou facteurs contributifs), soit un total de 37 causes profondes proposées aux déclarants. 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 le personnel non permanent étaient les suivantes : **les facteurs liés aux professionnels (83 % ; 424/512), aux patients (76 % ; 387/512), aux tâches à accomplir (72 % ; 367/512) et à l'équipe (70 % ; 359/512)** (cf. Figure 4).

L'analyse révèle que, dans la grande majorité des cas (95 % ; 489/512), au moins deux catégories de causes profondes étaient mentionnées. Dans seulement 3 déclarations, aucune cause n'a été identifiée et une seule catégorie a été retenue dans 21 déclarations (4 %).

Certains déclarants ont rapporté ne pas avoir pu mener une analyse collective complète de l'EIGS en raison de l'absence du personnel non permanent impliqué, rendant inaccessibles certains éléments essentiels à la compréhension des faits.

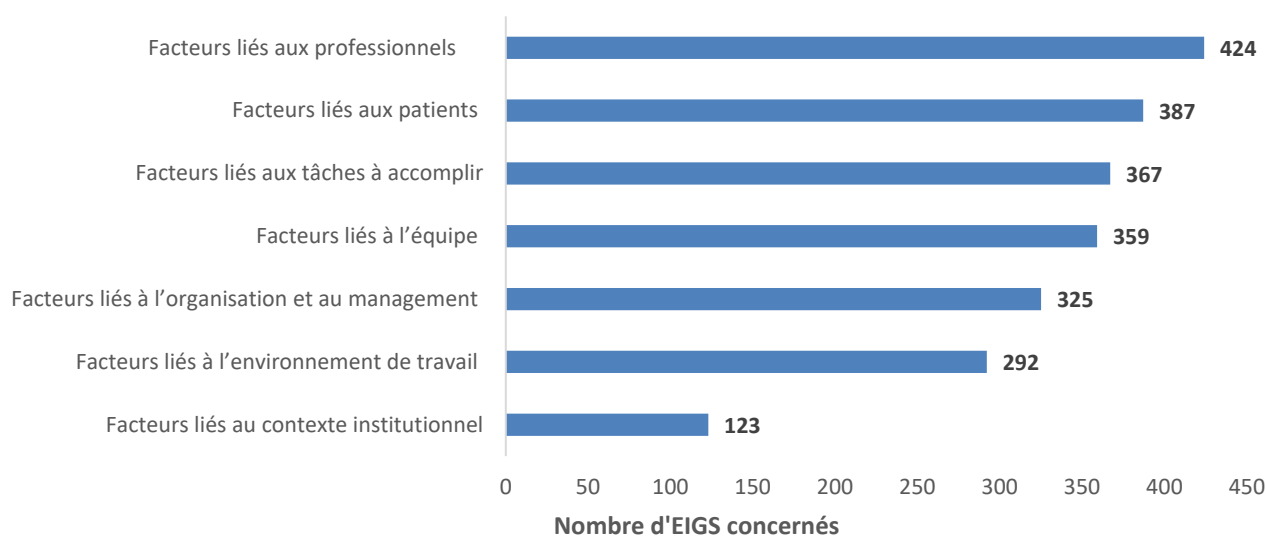


Figure 4. Nombre de déclarations d'EIGS en lien avec le personnel non permanent par catégorie de causes profondes identifiées (n = 512 déclarations, réponses multiples)

Des **facteurs liés aux professionnels** étaient rapportés dans 83 % des déclarations (424/512). Parmi eux, des problèmes de qualifications et de compétences ont été identifiés dans un peu plus de la moitié des cas (213/424). Le stress des professionnels a été également souvent cité (129/512) : il était principalement attribué à une charge de travail élevée et à des équipes en effectif réduit.

Exemple d'EIGS n° 1. Mauvaise utilisation d'un lève-personne entraînant un décès

Lors du transfert du lit au fauteuil roulant d'une résidente centenaire dans un EHPAD, le harnais du lève-personne est mal installé par une aide-soignante intérimaire, provoquant la chute de la résidente. Les premiers secours sont prodigués immédiatement, suivis d'un appel au 15 et d'un transfert en ambulance aux urgences de l'hôpital, mais la résidente décède.

Les causes profondes de cet EIGS étaient principalement la méconnaissance des consignes d'utilisation du lève-personne par l'intérimaire, l'insuffisance de formation du personnel intérimaire au sein de l'EHPAD et le fait que le transfert a été effectué par une aide-soignante seule, par manque d'effectif.

Des **facteurs liés aux patients** étaient cités dans 76 % des déclarations (387/512). Parmi ceux-ci, l'état de santé du patient (299/387), en particulier les comorbidités complexes (polymédication, insuffisance cardiaque ou respiratoire, troubles cognitifs), ainsi que les antécédents médicaux apparaissaient comme les facteurs contributifs principaux (205/387).

Des facteurs liés aux tâches à accomplir étaient mentionnés dans 72 % des déclarations (367/512). Les principaux problèmes identifiés concernaient des défaillances dans la mise en œuvre des protocoles et procédures (251/367), notamment la préparation et la distribution des médicaments, la surveillance clinique et les soins d'urgence des patients.

Exemple d'EIGS n° 2. Surveillance inadaptée d'une trachéotomie entraînant un décès

Un patient octogénaire est hospitalisé en service de chirurgie oto-rhino-laryngologique et est porteur d'une trachéotomie. Durant la nuit, il décède à la suite d'une asphyxie causée par un bouchon muqueux dans sa canule de trachéotomie, faute de surveillance adaptée et d'intervention pour dégager les voies respiratoires par les deux infirmières remplaçantes présentes.

Cet EIGS a été causé, entre autres, par l'inexpérience en oto-rhino-laryngologie des deux infirmières, la décision des cadres de les faire travailler dans le service sans formation adéquate (il était prévu d'associer une infirmière expérimentée pour former l'une des remplaçantes, mais cela n'a pas été fait) et l'absence de protocole pour la prise en charge des patients trachéotomisés.

Des facteurs liés à l'équipe étaient indiqués dans 70 % des déclarations (359/512). Les principaux facteurs identifiés concernaient la communication entre professionnels (254/359), les transmissions et alertes (169/359), ainsi que les informations écrites (130/359).

Exemple d'EIGS n° 3. Retard de diagnostic d'un infarctus du myocarde mettant en jeu le pronostic vital

Un patient trentenaire accompagné de son épouse se présente aux urgences à midi pour des poussées récurrentes d'hypertension artérielle. Il est installé en box 20 minutes après son arrivée. Plusieurs électrocardiogrammes (ECG) sont réalisés dans l'après-midi. Son épouse signale à l'équipe soignante à plusieurs reprises la dégradation de son état. L'équipe paramédicale alerte à plusieurs

reprises le médecin remplaçant sur l'évolution défavorable et renforce la surveillance du patient. À 17 h, le médecin voit le patient. Ce dernier décrit une douleur thoracique épigastrique constrictive et présente une tachycardie. Le médecin prescrit des antihypertenseurs, des antalgiques et de l'oxygène. Un dosage des troponines est effectué vers 23 h. Un cardiologue est consulté et le diagnostic d'infarctus du myocarde est posé.

Cet EIGS a été causé, entre autres, par une analyse tardive des ECG, une méconnaissance des protocoles de prise en charge de l'hypertension et de la douleur thoracique ainsi qu'un défaut de prise en compte des alertes de l'équipe paramédicale par le médecin remplaçant.

Des **facteurs liés à l'organisation et au management** étaient identifiés dans 64 % des déclarations (325/512). Ils concernaient principalement la gestion des ressources humaines (262/325), la politique de formation continue (58/325) et le management de la qualité, de la sécurité, de l'hygiène et de l'environnement (55/325). Le recours fréquent au personnel non permanent a été parfois souligné par les déclarants. Ils évoquaient aussi une faible culture de sécurité au sein de leurs établissements.

Des facteurs liés à l'environnement de travail étaient mentionnés dans 57 % des déclarations (292/512). Parmi ceux-ci, les principaux concernaient la charge de travail des professionnels (114/292), la gestion des effectifs (92/292) et des fournitures et équipements (81/292). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'équipements insuffisants ou défectueux (absence de dispositif d'appel pour les patients fonctionnels, défaillance des systèmes de monitoring...).

Exemple d'EIGS n° 4. Erreur de programmation d'une pompe à perfusion entraînant un décès

Une patiente en hospitalisation à domicile (HAD) pour des soins palliatifs liés à un cancer métastatique reçoit une perfusion de midazolam administrée par une infirmière vacataire. Plus tard, son mari la trouve non réactive et contacte l'infirmière d'astreinte de l'établissement d'HAD. À son arrivée, celle-ci constate que la seringue de midazolam a été administrée en 35 minutes au lieu de 10 heures. Le surdosage médicamenteux ainsi causé entraîne le décès de la patiente.

L'erreur de programmation de la pompe à perfusion a été favorisée par le stress de l'infirmière vacataire lié à son inexpérience concernant l'utilisation des pompes de l'établissement d'HAD (sa formation était récente) et à une charge de travail élevée, et au non-respect du protocole de double vérification de la programmation.

Des **facteurs liés au contexte institutionnel** étaient cités dans 24 % des déclarations (123/512), dont les politiques de santé publique nationale (32/123) et régionales (21/123). Dans 66 % des déclarations (54/123), il était mentionné des difficultés de recrutement (éloignement géographique de l'établissement, conditions salariales peu attractives...), touchant non seulement les médecins, mais aussi les infirmiers et autres personnels du secteur sanitaire et médico-social.

Pour plus d'informations sur l'analyse des causes profondes, se reporter à l'annexe 1.

À titre d'information, les causes profondes des 12 858 EIGS autres que ceux dans lesquels le personnel non permanent est impliqué (mars 2017 au 12 juin 2024) sont présentées dans la Figure 12 (plusieurs réponses possibles).

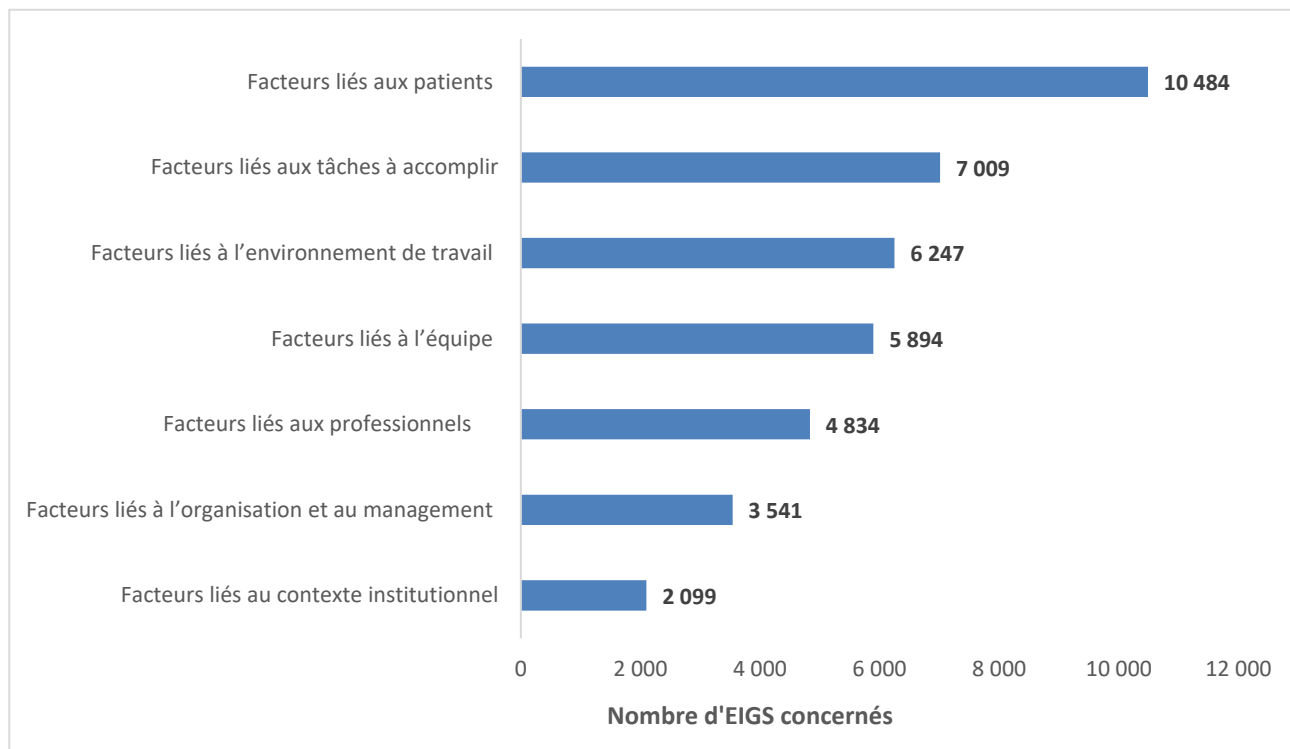


Figure 5. Nombre de déclarations d'EIGS en lien avec le personnel non permanent par catégorie de causes profondes identifiées (n = 12 858 déclarations, réponses multiples)

Ainsi, la distribution des causes profondes diffère de celle des autres EIGS reçus à la HAS. On observe notamment que les facteurs liés aux professionnels (les qualifications, les compétences et les facteurs de stress) sont cités en premier (83 % des déclarations, cf. Figure 4), alors qu'ils n'arrivent qu'en cinquième position sur 7 (38 % des déclarations), si l'on considère les 12 858 autres EIGS déclarés (cf. Figure 12).

3.3.3. Mesures barrières identifiées

Dans 48 % des déclarations d'EIGS (247/512), une mesure barrière qui a fonctionné a été identifiée¹¹. Il s'agissait principalement de mesures barrières humaines et organisationnelles. Cela incluait la mise en œuvre rapide de protocoles d'urgence (par exemple, l'administration d'antidotes tels que la naloxone pour les surdosages aux opioïdes et l'anexate pour les benzodiazépines) ou encore une coordination interprofessionnelle optimale entre services (transferts rapides en réanimation, interventions chirurgicales immédiates ou disponibilité de sang compatible).

Des défaillances dans les mesures barrières ont été signalées dans 71 % des déclarations (362/512). Ces dysfonctionnements concernaient principalement des barrières humaines, comme la non-prise en compte d'alertes cliniques émises par des collègues ou par le patient (aggravation clinique) et l'absence de consultation des plans de soins disponibles.

¹¹ Cette barrière n'a pas empêché l'évènement, puisqu'il y a eu un EIGS, mais elle a pu en atténuer la gravité.

On retrouvait également des échecs de barrières physiques, notamment la désinstallation et l'inversion de détrompeurs physiques sur les sorties de gaz médicaux (inversion air et oxygène).

4. Préconisations pour améliorer la sécurité des patients

L'article R. 1413-73 du code de la santé publique 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 2024, à paraître en 2025.

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.

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 à l'ensemble des parties prenantes concernées par les conditions de recours et d'intégration du personnel non permanent dans les établissements de santé : les professionnels de santé, les structures de soins, les entreprises de travail temporaire, ainsi que les régulateurs de l'offre de soins et le législateur.

En préambule, il est important de souligner que les causes profondes des EIGS identifiées par les déclarants n'ont pas révélé de risques spécifiques au personnel non permanent ou inconnus jusqu'alors. Mais l'analyse réalisée par la HAS permet d'identifier des axes d'amélioration et de rappeler les bonnes pratiques, ainsi que les outils existants.

Les préconisations s'inscrivent dans une démarche d'accompagnement des professionnels et des établissements, en tenant compte des contraintes actuelles en matière de ressources humaines.

1. Créer les conditions nécessaires pour stabiliser les équipes

Parmi les EIGS analysés, les déclarants ont souvent rapporté des difficultés du personnel non permanent à s'intégrer aux équipes existantes (surtout des défauts de communication et de coordination) et aux organisations en place (définition et répartition des tâches, connaissances des procédures et protocoles...). En effet, bien que le recours au personnel non permanent apporte de la souplesse aux établissements sanitaires et médico-sociaux pour la gestion ponctuelle de ressources humaines (absence de titulaires et surcharge d'activité, inopinées ou non), il finit par déstabiliser structurellement les équipes et les organisations lorsqu'il devient chronique. Or, la stabilité d'une équipe fait partie des déterminants de la qualité et de la sécurité des soins (4). Elle favorise la collaboration et l'efficacité de l'équipe¹², assurant une meilleure continuité des soins.

La présente analyse confirme donc, dans la continuité d'autres travaux récents, l'importance toute particulière de l'enjeu de stabilisation des équipes, en développant l'attractivité des métiers liés aux soins et en fidélisant les professionnels (17).

¹² Une équipe efficace se définit comme une équipe dont les membres, y compris le patient, communiquent les uns avec les autres, partagent leurs observations, leur expertise et leurs responsabilités en matière de prise de décision, dans le but d'optimiser les soins (16).

Répondre à cet enjeu, dans le contexte de tensions sur les recrutements que vivent les établissements, suppose une combinaison d'actions déjà bien documentées, incombant aux pouvoirs publics aux niveaux national et régional, ainsi qu'aux directions d'établissement, aux communautés hospitalières et aux collectivités locales (18). Outre les mesures de revalorisation salariale (19), l'attractivité repose sur de multiples facteurs dont l'amélioration des conditions de travail (conditions matérielles d'exercice, équilibre vie privée – vie professionnelle, prise en compte de la pénibilité, avantages sociaux...) et d'autres mesures liées à l'information et l'accompagnement des professionnels, notamment au cours de leurs formations initiale et continue (20). La HAS et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ont édité des guides et outils sur ces sujets d'attractivité et de fidélisation des professionnels (21, 22).

Améliorer la stabilité des équipes peut aussi passer par des évolutions organisationnelles, à l'échelle des établissements comme des territoires. En 2023, l'Académie nationale de médecine a exprimé le souhait que soient privilégiés les regroupements de services pour limiter les remplacements ponctuels (23).

Sur le plan législatif, des mesures ont été prises et d'autres sont en cours pour encadrer le recours à l'intérim médical et paramédical (24).

2. S'assurer plus systématiquement de l'adéquation des connaissances et compétences du personnel non permanent avec le poste à pourvoir

La question des connaissances et compétences du personnel non permanent a régulièrement été soulevée dans les déclarations d'EIGS analysées. Par exemple, certains professionnels étaient affectés dans des services avec des spécificités de prises en charge pour lesquelles ils étaient peu expérimentés (cardiologie, chirurgie, oncologie...), d'autres encore étaient missionnés en tant que « faisant fonction », donc sans le diplôme requis. En outre, l'absence d'encadrant ou de confrère expérimenté au moment de l'EIGS a été également mentionnée.

Quel que soit le type de personnel (permanent ou pas), le recrutement doit garantir une adéquation précise entre les qualifications et compétences du personnel et les missions des postes à pourvoir. Il s'agit d'ailleurs d'une exigence de la certification des établissements de santé (critère 3.2-03 « L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins ») (25), ainsi que de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) (critères 3.8.4. « L'ESSMS met au service des accompagnements une équipe de professionnels formés et qualifiés » et 3.8.6. « Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention ») (26).

Les conditions de recours aux professionnels non permanents, parfois dans l'urgence pour compléter des plannings d'équipes difficiles à élaborer, ne facilitent pas la recherche de cette adéquation. Certaines pratiques peuvent toutefois y contribuer. Ainsi, il est important d'utiliser des descriptions de poste détaillées clarifiant les savoirs, aptitudes et compétences nécessaires. L'évaluation des savoirs et aptitudes peut être réalisée lors de l'entretien d'embauche (cas des vacataires, par exemple) ou à l'arrivée du personnel dans son service ou sa structure à l'aide d'outils dédiés (exemple : le « livret d'adaptation à l'emploi » des infirmier(ière)s de réanimation associé à un référentiel de compétences (27)).

Lorsque le personnel non permanent manque de savoirs ou d'aptitudes sur certains aspects de ses missions (exemple : l'utilisation de dispositifs médicaux ou de médicaments spécifiques à un service), la gouvernance et l'encadrement médical ou paramédical doivent s'assurer qu'il ait reçu les formations d'adaptation immédiate à l'emploi adéquates (28, 29) ou qu'il soit supervisé dès sa prise de fonction

(compagnonnage/tutorat par un pair expérimenté par exemple (30), appelé « tutorat de sécurisation » par l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (25, 31)).

3. Structurer l'intégration du personnel non permanent

Comme déjà évoqué dans la préconisation n° 1, les EIGS déclarés sont souvent liés à des difficultés d'intégration du personnel non permanent à l'équipe et à l'organisation en place. Ces difficultés sont accrues par les conditions de recours aux personnels non permanents, parfois à la dernière minute, se prêtant mal à une bonne anticipation. Certaines pratiques organisationnelles peuvent toutefois contribuer à limiter l'impact de ces difficultés.

Le processus d'intégration exige une implication institutionnelle avec une formalisation structurée. Ainsi, l'établissement d'accueil doit s'assurer que chaque nouvel arrivant reçoive des informations complètes (procédures, protocoles, fiches réflexes nécessaires à la mission, notices relatives à l'utilisation des dispositifs médicaux (9), projet d'établissement) réunies de préférence dans un même endroit (livret d'accueil, intranet, classeur). De même, il prévoit l'encadrement nécessaire pour que le nouvel arrivant puisse accomplir ses activités et soit intégré dans l'équipe (critère standard 3.2-02 de la certification des établissements de santé « L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge » (25) et critère 3.8.2 de l'évaluation des ESSMS « L'ESSMS met en œuvre un processus d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et intervenants » (26)). En particulier, il est indispensable de permettre au personnel non permanent d'accéder au dossier patient informatisé (DPI) avec des identifiants et mots de passe personnels (critère 3.1-08 de la certification des établissements de santé (25) et critère 2.10.1 de l'évaluation des ESSMS « Les professionnels partagent entre eux les informations nécessaires à l'accompagnement de la personne » (26)). Il doit être également accompagné dans son utilisation (les fonctionnalités du DPI peuvent être méconnues, par exemple).

En outre, une collaboration étroite doit se mettre en place entre les établissements d'accueil et les agences de travail temporaire en santé ou les professionnels pour préparer au mieux leur mission. L'Académie nationale de médecine a d'ailleurs estimé que les contrats proposés aux médecins intérimaires devraient imposer à ceux-ci de préparer et d'exercer leur activité dans un service, de telle manière qu'ils participent à la vie et aux démarches d'organisation de l'établissement, pour garantir la qualité et la continuité des soins aux patients (23).

Des outils sont déjà disponibles pour aider à l'intégration des nouveaux arrivants, dont le personnel non permanent (31-33). Par ailleurs, dans le cadre de la feuille de route nationale sécurité des patients et des résidents 2023-2025 (34), une action prévoit de formaliser une stratégie d'intégration des nouveaux arrivants, en prenant en compte les notions de travail en équipe et de facteurs humains (copilotage Association française des directeurs des soins/ANAP).

4. Veiller à l'acquisition et au maintien des compétences techniques et non techniques des professionnels de santé

À l'instar des professionnels titulaires, l'analyse des EIGS déclarés montre que le personnel non permanent peut manquer de formation continue pour acquérir, mais aussi maintenir ses compétences, qu'elles soient techniques (exemples : gestes et soins d'urgence vitale, programmation des pompes à perfusion, évaluation de la douleur, surveillance post-opératoire) ou non techniques (communication entre les professionnels et avec le patient, place du patient en tant que partenaire de l'équipe, capacité d'alerte, écoute, entraide, gestion du stress, etc.). La plupart des autres analyses d'EIGS réalisées par la HAS ont fait ce même constat (8, 9, 29, 35, 36).

Les établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que les agences de travail temporaire en santé, doivent donc veiller à assurer la formation continue de leur personnel, qu'il soit permanent ou pas. Pour la gestion des risques, la certification des établissements de santé (critère 3.2-04 du manuel de certification) (25) promeut l'utilisation de la simulation en santé, une méthode pédagogique de développement professionnel continu (37).

5. Optimiser la communication interprofessionnelle et renforcer la traçabilité des soins

La communication entre les différents professionnels de santé est essentielle pour assurer la continuité des soins. Cependant, le personnel temporaire, souvent nouveau dans l'environnement de travail, peut rencontrer des difficultés de communication liées à sa méconnaissance des pratiques et habitudes locales, ce qui peut entraîner des interruptions dans la chaîne de soins et mettre en jeu la sécurité des patients : 50 % des EIGS analysés ont pour cause profonde des défauts de communication, 33 % des défauts de transmission ou d'alerte et 25 % des défaillances dans l'information écrite. En particulier, des communications interprofessionnelles incomplètes ou absentes ont souvent été rapportées, ainsi que des défauts de complétion du dossier médical des patients.

Pour faciliter la communication orale et écrite entre professionnels, un outil tel que SAED (situation, antécédents, évaluation, demande) peut être utilisé, notamment lors des situations d'urgence, des réunions pluridisciplinaires ou de l'orientation d'un patient par un médecin vers un confrère spécialiste (38). Il est possible également de structurer les transmissions avec l'outil mnémotechnique I-PASS (39) (identification de la gravité de la situation du patient ; patient – résumé clinique ; actions à entreprendre ; situation – conscience de la situation et enjeux de sécurité ; synthèse par le receveur). Par ailleurs, il faut s'assurer que tous les professionnels tracent en temps utile tous les éléments nécessaires à la coordination de la prise en charge du patient, ce qui nécessite que tous aient bien accès nominativement au DPI avec les habilitations adéquates (critère 2.1-02 de la certification des établissements de santé) (25).

6. Améliorer la qualité de l'analyse des EIGS impliquant le personnel non permanent

Le personnel non permanent impliqué dans les EIGS déclarés ne participait pas, dans la majeure partie des cas, à leur analyse. Cela nuit à la complétude et à la précision des faits et limite donc la pertinence du retour d'expérience qui en est tiré. Le risque est de se limiter à l'erreur humaine du professionnel, en l'occurrence le personnel non permanent, et de négliger l'investigation des autres causes profondes ayant participé à la survenue de l'évènement. De ce fait, le personnel non permanent concerné doit systématiquement être invité à participer aux analyses réalisées, même s'il n'est plus dans l'établissement à ce moment-là.

Table des annexes

Annexe 1. Résultats – Analyse détaillée des causes profondes

24

Annexe 1. Résultats – Analyse détaillée des causes profondes

Causes profondes liées aux professionnels

Des facteurs liés aux professionnels étaient rapportés dans 83 % des déclarations (424/512 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 5).

Parmi eux, des insuffisances en matière de qualification et de compétences ont été relevées dans un peu plus de la moitié des cas (213/424). Elles concernent notamment la compétence de transmission efficace de l'information, avec une aptitude insuffisante à prioriser, structurer et synthétiser les informations essentielles (paramètres vitaux, état clinique, résultats d'examens). Par ailleurs, des méconnaissances des systèmes d'information, des dispositifs médicaux et des procédures locales ont également été décrites.

En particulier, la difficulté à identifier, évaluer et réagir à des signes cliniques de gravité a été citée à plusieurs reprises (quatre cas d'accident vasculaire cérébral et sept cas de chute).

Les facteurs de stress physique ou psychologique (30 % ; 129/424) étaient principalement attribués à une charge de travail élevée et à des équipes réduites. Ce stress touchait à la fois le personnel non permanent, en raison de sa méconnaissance de l'organisation du service, et les équipes permanentes, qui subissaient une pression supplémentaire pour réussir à intégrer ce personnel à l'équipe. La fatigue, exacerbée par le cumul de missions rapprochées dans différentes structures, était également mentionnée chez le personnel non permanent.

Enfin, les facteurs classés comme « autres » par les déclarants (47 % ; 198/424) concernaient surtout des défauts de communication entre professionnels, qu'elle soit orale, écrite ou via des outils numériques.

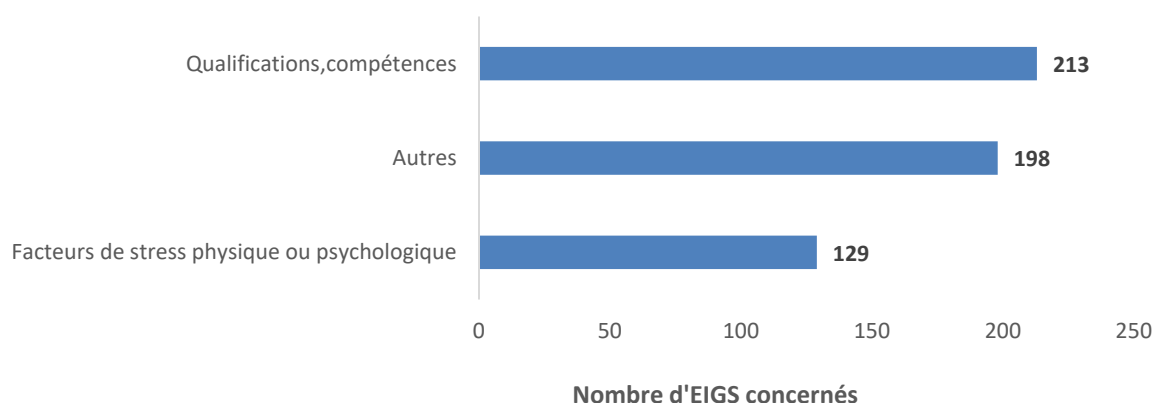


Figure 6. Répartition des causes profondes liées aux professionnels des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512 déclarations, réponses multiples)

Causes profondes liées aux patients

Des facteurs liés aux patients étaient cités dans 76 % des déclarations (387/512 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 6).

L'état de santé du patient (77 % ; 299/387), en particulier les comorbidités complexes (insuffisance cardiaque ou respiratoire, troubles cognitifs), ainsi que les antécédents médicaux apparaissent comme les facteurs contributifs principaux dans cette catégorie de causes profondes (53 % ; 205/387).

La personnalité des patients (27 % ; 106/387) et les traitements (22 % ; 85/387), notamment la polymédication, ont été également cités. D'autres facteurs ont été signalés (13 % ; 52/387), comme la peur de la perte d'autonomie, les idées suicidaires, les comportements agressifs et la faible adhésion thérapeutique. Enfin, il y avait une vingtaine de situations avec des relations conflictuelles entre le patient et les professionnels (5 % ; 20/387).

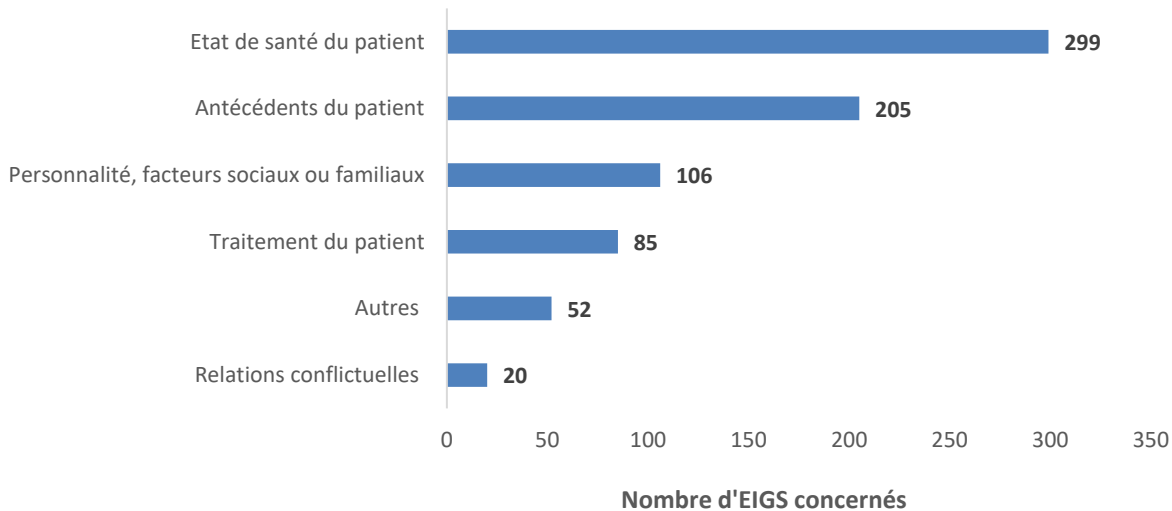


Figure 7. Répartition des causes profondes liées aux patients des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512 déclarations, réponses multiples)

Causes profondes liées aux tâches à accomplir

Dans 72 % des déclarations, on retrouve des facteurs liés aux tâches à accomplir (367/512 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 7).

Les problèmes de protocoles ont été les plus rapportés (68 % ; 251/367). Ceux-ci pouvaient être indisponibles (exemples : gestion d'une douleur thoracique, oxygénothérapie, surveillance post-opératoire, gestion de crise épileptique, utilisation de pompes à perfusion), non adaptés ou non utilisés (absence de double vérification lors de la préparation des médicaments spécifiques).

Concernant les facteurs liés à la définition des tâches (26 % ; 94/367), il s'agissait surtout de glissements de tâches (exemples : administration de médicaments en gouttes par un aide-soignant sans préparation infirmière, réalisation de lavement rectal par un aide-soignant sans protocole de coopération).

Quant aux facteurs liés à la programmation et la planification des tâches (25 % ; 93/367), ont été citées, par exemple, l'omission du suivi de la glycémie chez les patients diabétiques ou l'absence de planification des contrôles de l'INR (*International Normalized Ratio*) dans le cadre de traitements anticoagulants.

En outre, plusieurs EIGS étaient liés à l'utilisation d'aides à la décision (21 % ; 78/367). Un des cas portait notamment sur le non-respect de l'algorithme décisionnel et des recommandations sur la proportion de plasma et de globules rouges à administrer lors d'une hémorragie.

Les erreurs liées aux résultats d'examens complémentaires (11 % ; 40/367) étaient dues principalement à des problèmes de communication.

Enfin, les autres facteurs liés aux tâches à accomplir (27 % ; 98/367) concernaient, par exemple, l'insuffisance de surveillance clinique et paraclinique (paramètres vitaux, hydratation, transit) ou l'absence de traçabilité de ces éléments dans le DPI.

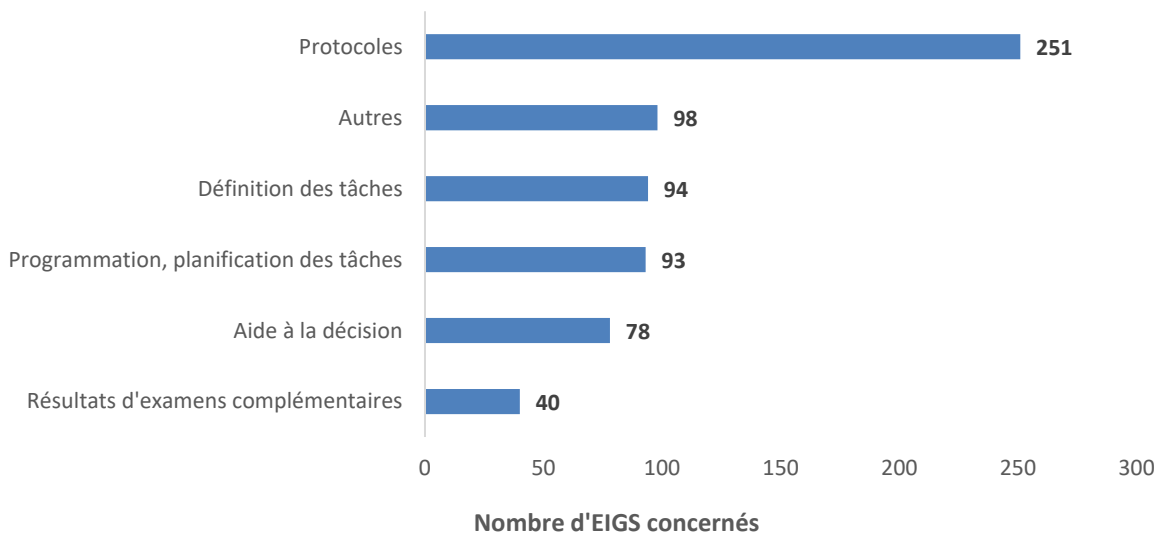


Figure 8. Répartition des causes profondes liées aux tâches à accomplir des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512 déclarations, réponses multiples)

Causes profondes liées à l'équipe

Les causes profondes liées à l'équipe ont été identifiées dans 70 % des déclarations (359/512 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 8).

La communication entre professionnels était fréquemment défaillante (71 % ; 254/359), se manifestant par des malentendus, notamment lors de la sollicitation des médecins par des infirmiers concernant la criticité des alertes. Il pouvait également exister des problèmes de tensions interpersonnelles.

Les transmissions étaient souvent incomplètes ou mal relayées (47 % ; 169/359), qu'elles soient orales ou écrites. Par exemple, le défaut de transmission d'une hyperkaliémie chez un patient hébergé dans une autre spécialité a conduit à une décompensation cardiaque et rénale.

Les informations écrites pouvaient être erronées, insuffisamment exploitées, voire négligées ou ignorées (36 % ; 130/359) (exemple : risque d'inhalation tracé en consultation d'anesthésie, mais non pris en compte au cours de l'intervention). De plus, la traçabilité partielle des informations sur plusieurs supports distincts entraînait leur dispersion, ce qui pouvait nuire à la continuité des soins.

L'encadrement et la supervision (24 % ; 86/359) étaient parfois jugés insuffisants, en particulier l'accueil du personnel non permanent.

La répartition des tâches (19 % ; 68/359) pouvait s'avérer inadaptée, entraînant une confusion des rôles et des glissements de responsabilités entre professionnels. Enfin, la communication vers les patients et leurs proches était parfois insuffisante (14 % ; 49/359).

L'absence de leadership à des postes tels que cadres de santé, chefs de service ou médecins titulaires a été mentionnée comme un facteur aggravant ces dysfonctionnements.

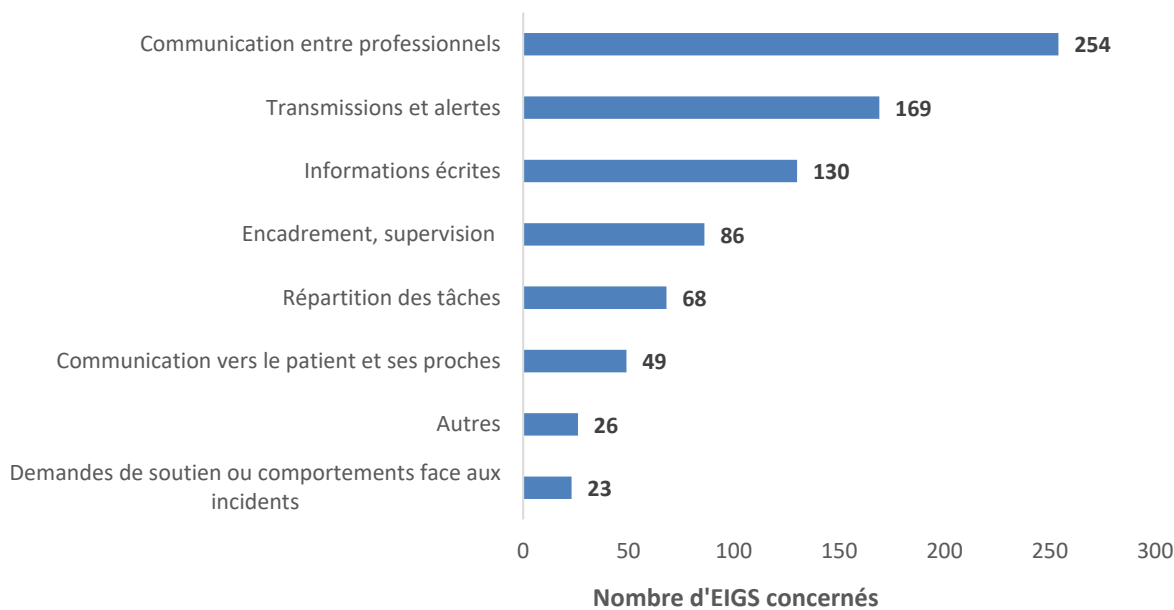


Figure 9. Répartition des causes profondes liées à l'équipe des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512, déclarations, réponses multiples)

Causes profondes liées à l'organisation et au management

Des facteurs contributifs liés à l'organisation et au management sont présents dans 64 % des déclarations (325/512 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 9).

Concernant la gestion des ressources humaines (81 % ; 262/325), une forte rotation du personnel non permanent et l'absence de procédures d'accueil pour ce personnel ont été mentionnées. Certains déclarants faisaient également état de tensions sur les effectifs médicaux et d'une permanence médicale limitée.

Dans 58 cas (18 %), la politique de formation continue a été jugée insuffisante, notamment pour le personnel non permanent. La formation continue était peu développée en raison de la forte rotation du personnel, selon les déclarants.

Le management de la qualité, de la sécurité et de l'environnement présentait parfois des lacunes (17 % ; 55/325) : les déclarants soulignaient le manque de culture de qualité et de sécurité des soins et le manque de protocoles et procédures clairs pour certaines situations spécifiques.

La structure hiérarchique (6 % ; 19/325) était parfois incomplète en raison de postes vacants ou jugée peu lisible pour le personnel non permanent. De plus, la gestion des ressources financières (3 % ; 10/325) pouvait, dans certains cas, limiter le recrutement ou impacter la disponibilité des équipements adaptés.

Les autres problèmes organisationnels (13 % ; 42/325) concernaient principalement une coordination inadéquate, notamment un manque de réunions pluridisciplinaires.

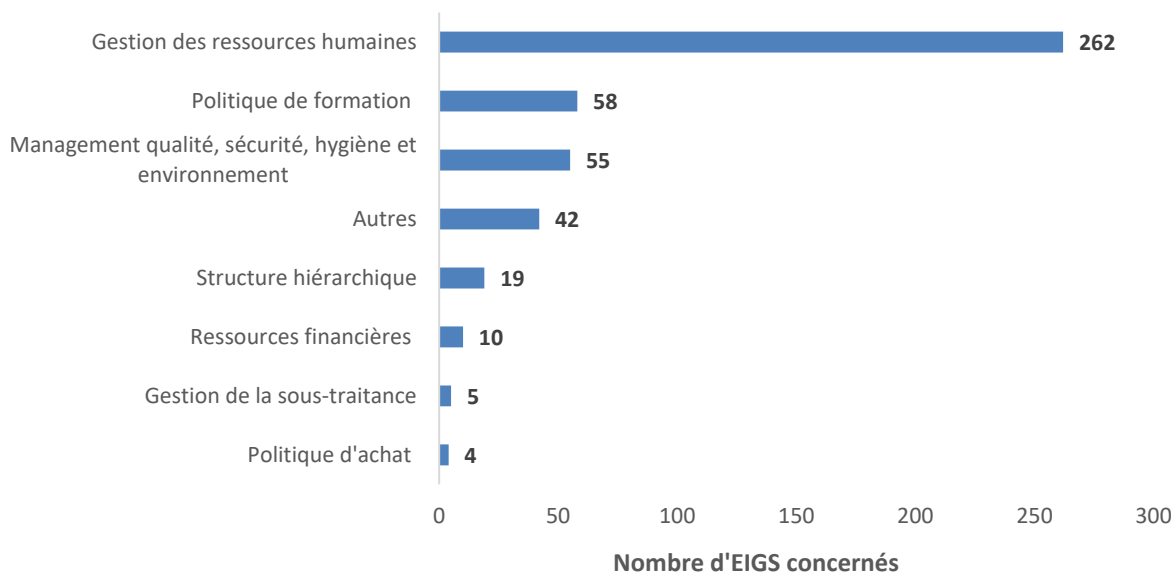


Figure 10. Répartition des causes profondes liées à l'organisation et au management des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512 déclarations, réponses multiples)

Causes profondes liées à l'environnement de travail

L'environnement de travail a été considéré comme une cause profonde des EIGS dans 57 % des déclarations (292/512 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 10).

La charge de travail, le temps de travail (39 % ; 114/292) et les effectifs (32 % ; 92/292) sont les facteurs contributifs les plus cités par les déclarants. Ces facteurs étaient parfois liés au manque de compétences et de connaissances du personnel non permanent et à la rotation de celui-ci.

En ce qui concerne les fournitures et équipements (28 % ; 81/292), des défauts ou indisponibilités de matériel ont été signalés, ainsi que l'absence de programme de maintenance pour certains équipements, tels que les appareils de mesure de la tension artérielle ou les lève-personnes.

Des problèmes liés aux locaux ont aussi été mentionnés dans 60 déclarations (21 %), notamment des espaces trop exigus (pour les soins critiques, par exemple) ou des défauts de sécurisation des lieux (local de stockage et de vidoir pas systématiquement fermés à clé).

Des difficultés informatiques, à savoir des outils mal maîtrisés ou partiellement déployés, ont été rapportées dans 52 cas (18 %). Les principales difficultés rencontrées concernaient le DPI ou les logiciels d'aide à la prescription (LAP). Il s'agissait :

- d'accès limités au DPI (identifiants génériques, comptes utilisateurs temporaires non standardisés créant des incohérences dans l'accès aux informations nécessaires pour les soins) ou absents pour le personnel non permanent ;
- d'alertes trop nombreuses dans les LAP, ce qui entraîne une baisse de la vigilance vis-à-vis des alertes importantes ;
- de fonctionnalités insuffisantes des LAP, telles que l'absence de notifications pour les médicaments hors livret et les interactions médicamenteuses, ou encore la nécessité d'une action spécifique pour consulter la dénomination commune internationale du médicament ;
- d'équipements manquants, tels que l'absence de tablette ou d'ordinateur mobile ne permettant pas de vérifier et de valider les prescriptions au chevet du patient ;
- de la formation insuffisante du personnel non permanent.

D'autres facteurs (17 % ; 50/292) sont également signalés : des changements de marchés de médicaments génériques compliquant le stockage et augmentant le risque de confusion, des périodes de travaux modifiant l'organisation ou encore l'absence de scanner sur place nécessitant le transfert des patients.

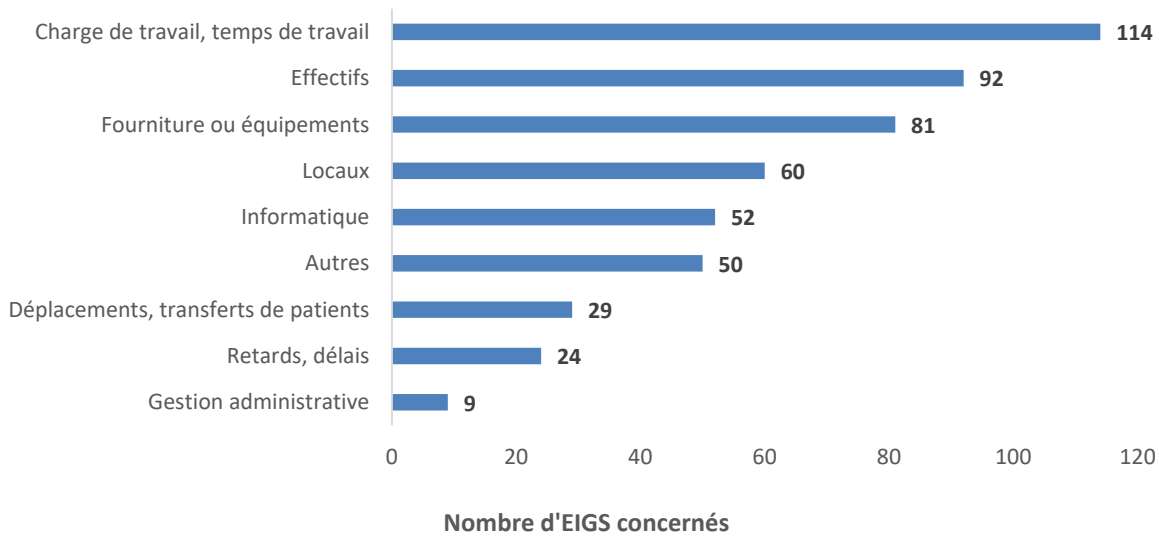


Figure 11. Répartition des causes profondes liées à l'environnement de travail des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512 déclarations, réponses multiples)

Causes profondes liées au contexte institutionnel

Des causes profondes liées au contexte institutionnel sont citées dans 24 % des déclarations (123/512 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 11).

Certaines déclarations faisaient état de restrictions budgétaires au niveau national, limitant les recrutements et la formation (32/123). Plus largement, 54 déclarations mentionnaient des difficultés de recrutement (éloignement géographique de l'établissement, conditions salariales peu attractives...), touchant non seulement les médecins, mais aussi les infirmiers et autres personnels du secteur sanitaire et médico-social.

Sur le plan régional (21/123), il était mentionné, par exemple, les fermetures de services clés, comme une unité de soins intensifs en cardiologie et un service de maternité.

Concernant le système de signalement (19/123), certaines déclarations indiquaient une culture du signalement insuffisamment développée, ce qui pouvait limiter l'efficacité des mesures correctives.

Des difficultés organisationnelles et structurelles étaient également rapportées, notamment l'absence de programmes institutionnels pour la prévention de certains risques comme le suicide des patients, le sous-dimensionnement des services d'urgences, une gestion complexe des lits, ainsi que d'autres problèmes liés aux financements et aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

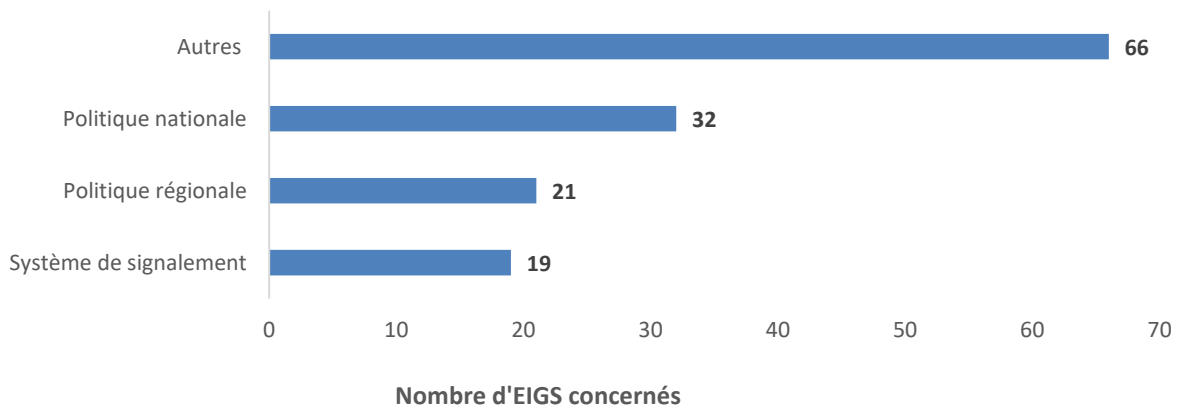


Figure 12. Répartition des causes profondes liées au contexte institutionnel des EIGS en lien avec le personnel non permanent (n = 512 déclarations, réponses multiples)

Références bibliographiques

1. Cour des comptes. Interim medical et permanence des soins dans les hôpitaux publics. Relevés d'observations définitives. Exercices 2017-2022. Paris: CC; 2024. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-07/20240723-S2024-0749-Interim-medical-et-permanence-des-soins.pdf>
2. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Babet C, Donnenfeld M, Kamionka J. Démographie des infirmières et des aides-soignantes. Méthodologie de construction de séries longues. DREES Méthodes n°15. Paris: DREES; 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-06/DM15.pdf>
3. Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES), Bioteau A-L, Dixte C. À l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans. Dares Focus 2023;50. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/DF50.pdf>
4. Haute Autorité de santé. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf
5. Haute Autorité de santé. Rapport d'activité 2020-2022 des organismes agréés. Pour l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/rapport_dactivite_2020-2022_des_organismes_agrees_pour_laccreditation_de_la_qualite_de_la_pratique_professionnelle_des_medec.pdf
6. Décret n° 2024-583 du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels avant leur mise à disposition d'un établissement de santé, d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un établissement ou service social ou médico-social par une entreprise de travail temporaire. Journal Officiel 2024;25 juin. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000049775888/>
7. Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. Publication du décret encadrant l'exercice en intérim de certaines professions de santé. Communiqué de presse [En ligne] 2024. <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/publication-du-decret-encadrant-l-exercice-en-interim-des-jeunes-diplomes-de>
8. Haute Autorité de santé. Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les services des urgences. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-05/spa_302_rapport_analyse_eigs_urgences_vd.pdf
9. Haute Autorité de santé. Evénements indésirables graves associés à des soins (EIGS) : bilan annuel 2022 [En ligne] 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3472509/fr/evénements-indésirables-graves-associés-aux-soins-eigs-bilan-annuel-2022
10. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité, Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, Tonneau D. La réduction du temps de travail dans les Hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation. Document de travail. Paris: DREES; 2003. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter35.pdf>
11. 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 (276). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591>
12. 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. <https://dx.doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
13. Haute Autorité de santé. L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) Mode d'emploi. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf
14. Haute Autorité de santé. Retour d'expérience national. Les événements indésirables associés à des soins (EIGS) - 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/retour_experience_national_eigs_2022.pdf
15. Haute Autorité de santé, Clinical Safety Research Unit, Association of Litigation And Risk Management. Grille ALARM. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017-grille_alarm.pdf
16. Haute Autorité de santé. L'essentiel de Pacte. « Faire de la sécurité du patient une priorité d'équipe, intégrée au quotidien dans la pratique ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf
17. Cour des comptes. L'intérim paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler. Dans: Finances et comptes publics. La sécurité sociale. La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2025 Paris2025. p. 147-71. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-05/20250526-RALFSS-2025-Interim-paramedical.pdf>
18. Ministère du travail de la santé et des solidarités. Arrêté du 25 juin 2024 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif. Journal Officiel 2024;26 juin(149).
19. Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. Attractivité de l'hôpital : des rémunérations revalorisées pour fidéliser les personnels [En ligne] 2024.

<https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/attractivite-de-l-hopital-des-remunerations-revalorisees-pour-fideliser-les>

20. Fédération hospitalière de France. L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public. Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale. Paris: FHF; 2014.

<https://www.fhf.fr/sites/default/files/documents/Rapport%20attractivite%20et%20fid%C3%A9lisation%20des%20m%C3%A9decins%20%C3%A0%20l%27h%C3%B4pital%20public.pdf>

21. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Bâtir sa politique d'attractivité RH et de fidélisation : une plateforme dédiée [En ligne]. Paris: ANAP; 2024. <https://anap.fr/s/article/batir-politique-attractivite-rh-fidelisation-fiches>

22. Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Autodiagnostic attractivité et fidélisation [En ligne]. Paris: ANAP; 2023. <https://anap.fr/s/article/autodiatg-attractivite-et-fidelisation>

23. Académie nationale de Médecine. Sortir les hôpitaux publics du piège de l'intérim médical. Communiqué de l'Académie nationale de médecine [En ligne] 2023.

<https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/PCRA-47-Me%CC%81decins-interimaires.pdf>

24. Sénat, Commission des Affaires sociales, Doineau E, Imbert C, Gruny P, Henno O, *et al.* Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Tome II Examen des articles. Paris; 2024.

<https://www.senat.fr/rap/24-138-2/24-138-21.pdf>

25. Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf

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

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

27. Société de réanimation de langue française, Collège de réanimation et médecine d'urgence des hôpitaux extra-universitaires de France (CREUF), Société française d'anesthésie et de réanimation. Livret d'adaptation à l'emploi. Réanimation 2011;20(3):747-66.

<https://dx.doi.org/10.1007/s13546-011-0241-3>

28. Haute Autorité de santé. Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients. Saint Denis La Plaine: HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3348617/fr/analyse-des-declarations-de-la-base-de-retour-d-experience-nationale-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-une-chute-de-patients

29. 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

30. Aract Normandie. Bien réussir l'intégration d'un nouvel arrivant pour le bénéfice de tous : Aract; 2024.

<https://www.anact.fr/sites/default/files/2024-03/Bien%20re%CC%81ussir%20l%27inte%CC%81gration%20d%20un%20nouvel%20arrivant%20pour%20le%20be%CC%81ne%CC%81fice%20de%20tous%20-%20Aract%20Normandie-2.pdf>

31. Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. Livret Tutorat : ANFH; 2014.

https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/pactes_livret_tutorat_0.pdf

32. Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail Normandie. L'intégration des salariés, un enjeu de performance de l'entreprise. Fiche pratique : Aract; 2019.

https://www.anact.fr/sites/default/files/2023-12/fiche_integracion_salaries_aract_normandie.pdf

33. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées. Saint-Denis : Anesm; 2012.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-bleu-strategieadaptationemploi.pdf

34. Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. Feuille de route de la sécurité des patients et des résidents 2023-2025. Paris; 2024.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/feuille-de-route-de-la-securite-des-patients-et-des-residents-2023-2025>

35. Haute Autorité de santé. Evènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) : bilan annuel 2021 [En ligne] 2022.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3388885/fr/rapport-annuel-d-activite-2021-sur-les-evenements-indesirables-graves-associes-a-des-soins-eigs

36. Haute Autorité de santé. Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec les dispositifs médicaux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/spa_254_rapport_analyse_eigs_en_lien_avec_les_dm_cd_2_0240725_vd.pdf

37. Haute Autorité de santé. Simulation en santé [En ligne] 2019.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante

38. Haute Autorité de santé. Situation antécédents évaluation demande (SAED). Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf

39. Staines A, Coelho V, Farin A, Baralon C, Starmer A. I-PASS, un programme de structuration et de fiabilisation des transmissions en milieu de soins. Risques et Qualité 2022;19(2):85-90.

https://dx.doi.org/10.25329/rq_xix_2_staines

Participants

Trois 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 :

- Mme Anne-Lise Camiul, directrice des soins, Paris ;
- Mme Nadine Maudinas, psychologue du travail, Centre-Val de Loire ;
- M. Aurélien Pellissier, infirmier intérimaire, Île-de-France.

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

ALARM	<i>Association of Litigation And Risk Management</i>
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
AVC	Accident vasculaire cérébral
DPI	Dossier patient informatisé
ECG	Électrocardiogramme
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
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
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IDE	Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
Pacte	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
RCF	Rythme cardiaque fœtal
SAMU/SMUR	Service d'aide médicale urgente/Service mobile d'urgence et de réanimation
SMR	Soins médicaux et de réadaptation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

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

