
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RAPPORT

Analyse des
déclarations de la
base nationale des
événements graves
associés aux soins
(EIGS) survenus
chez des patients
en fin de vie

mars 2017 - septembre 2025

Document de travail – 10 septembre 2026

Descriptif de la publication

Titre	Analyse des déclarations de la base nationale des événements graves associés aux soins (EIGS) survenus chez des patients en fin de vie
Méthode de travail	Analyse de la base de données nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins.
Objectif(s)	Identifier les causes des EIGS survenus chez des patients en fin de vie, 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, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées et autres organismes publics de santé.
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Équipe projet	Coordination : Fatou Diagne, cheffe de projet, service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS) ; Nelly Le Guen, cheffe de projet data manager (SEvOQSS), Candice Legris, adjointe à la cheffe de service ; Dr Laetitia May-Michelangeli, cheffe de service. Recherche documentaire : Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Juliette Chazareng (cheffe du service documentation – veille : Frédérique Pages) Secrétariat : Alexandre Kalinge
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 10 septembre 2026

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 – septembre 2026

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	5
2.4. Méthode d'analyse	6
2.5. Consultation d'experts	6
3. Résultats	7
3.1. Caractéristiques des patients et des circonstances des EIGS	7
3.2. Analyse des causes et des barrières	10
4. Préconisations pour améliorer la sécurité des patients	18
Table des annexes	24
Références bibliographiques	34
Participants	38
Abréviations et acronymes	39

1. Introduction

La fin de vie ne se réduit pas aux derniers instants précédant le décès. Elle concerne notamment les situations dans lesquelles une personne présente une maladie grave, évolutive, en phase avancée, potentiellement mortelle, ou un pronostic vital engagé à court ou moyen terme (1, 2). Cette période recouvre des trajectoires cliniques variées et parfois prolongées, marquées par une aggravation progressive de l'état de santé, des besoins de soins et d'accompagnement croissants, ainsi que par des décisions complexes portant sur les objectifs de soins, le soulagement des symptômes, la proportionnalité des traitements et le respect des volontés de la personne (3, 4). Au cours de cette période, les soins apportés peuvent donc être curatifs et/ou palliatifs (5).

Le nombre de personnes concernées par une prise en charge médicale en fin de vie est difficile à estimer. Il peut toutefois être approché à partir du nombre de personnes susceptibles de relever de soins palliatifs en fin de vie, évalué à 60,6 % des décès survenus en France en 2017, soit 365 273 personnes (6) ¹. Dans un contexte de vieillissement de la population, de progression des maladies chroniques évolutives et de développement des soins d'accompagnement, les besoins liés à la fin de vie devraient continuer à augmenter dans les prochaines années (6, 8).

La fin de vie est associée à des risques spécifiques pour la sécurité des patients. En effet, les personnes sont souvent très vulnérables du fait de polypathologies, d'une évolution clinique parfois rapide ou difficile à anticiper, d'altérations cognitives ou fonctionnelles, et d'une forte dépendance aux soins. Leur prise en charge repose fréquemment sur des traitements à risque, notamment des opioïdes, des sédatifs ou d'autres thérapeutiques à marge de sécurité étroite, ainsi que sur des dispositifs d'administration et des organisations de soins complexes. Elle suppose par ailleurs des réévaluations cliniques régulières, une coordination étroite entre professionnels, une transmission fiable des objectifs de soins et une communication adaptée avec le patient et ses proches. Toute défaillance dans ces composantes de la prise en charge peut donc entraîner des conséquences graves pour le patient.

L'évolution des attentes sociétales, le renforcement des droits des patients, la stratégie décennale des soins d'accompagnement 2024-2034, ainsi que le développement des prises en charge hors de l'hôpital rendent nécessaire une meilleure objectivation des risques associés aux soins en fin de vie (1, 8). Dans cette perspective, la HAS a analysé les déclarations issues de la base nationale des EIGS survenus chez des patients en fin de vie depuis la création du dispositif national, en 2017. Cette analyse permet, d'une part, de mieux comprendre les circonstances dans lesquelles surviennent des événements graves au cours d'une période marquée par des enjeux cliniques, éthiques et organisationnelles majeurs (9). Elle permet, d'autre part, d'identifier des défaillances potentiellement évitables, des facteurs contributifs récurrents et des leviers d'amélioration susceptibles de renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge, au bénéfice des patients, de leurs proches et des professionnels.

¹ Cette estimation a été réalisée à partir d'un modèle qui retient une liste de pathologies dont il est admis qu'elles devraient donner lieu à une prise en charge palliative et en utilisant les causes médicales mentionnées dans les certificats de décès. Cela conduit à surestimer les besoins, car toutes les personnes malades n'ont pas besoin de soins palliatifs (6, 7).

2. Matériel et méthode

2.1. Source des données

L'analyse a été réalisée à partir des déclarations reçues à la HAS **entre le 1er mars 2017 et le 10 septembre 2025** dans le cadre du dispositif national de déclaration des EIGS. Pour rappel, tous les professionnels de santé de tous les secteurs et tous les établissements sanitaires et médico-sociaux ont l'obligation de déclarer les EIGS auxquels ils ont été confrontés.

Avertissement aux lecteurs

Les données concernant les événements indésirables graves associés à des soins présentées dans ce rapport sont exclusivement issues de l'analyse des déclarations complètes reçues à la HAS dans le cadre de ce dispositif. Elles n'ont pas fait l'objet d'un retraitement sur le fond (incohérence, imprécision...) et les analyses portent donc sur le contenu des déclarations telles qu'elles ont été saisies par les professionnels, même si leur qualité n'est pas toujours optimale (10).

En outre, comme il existe une sous-déclaration importante des EIGS en France (11), ces données ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou des soins pour caractériser une nature de risques sur un secteur d'activité. Elles éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les actions pour améliorer la sécurité du patient.

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

2.2. Stratégie d'interrogation de la base de données

Les EIGS en lien avec la fin de vie ont été identifiés dans la base de données grâce à une recherche dans tous les champs texte des mots-clés suivants : « fin de vie », « soins palliatifs », « soins de confort », « sédation », « limitation de thérapeutiques ».

Cette recherche a permis d'identifier 1 898 déclarations d'EIGS reçues à la HAS entre le 1^{er} mars 2017 et le 10 septembre 2025, dans lesquelles un contexte de fin de vie et/ou une démarche palliative sont potentiellement mentionnés.

2.3. Sélection des EIGS

L'ensemble des 1 898 déclarations identifiées a fait l'objet d'une lecture in extenso.

Seules les déclarations mentionnant explicitement des situations de fin de vie avec des soins curatifs ou palliatifs ont été retenues pour l'analyse.

Ont ainsi été exclues de l'analyse :

- 1 442 déclarations hors sujet (événements non graves ou non associés aux soins, événements ne concernant pas la fin de vie) ;
- 71 déclarations inexploitable en raison d'un manque de qualité (déclaration globalement très incomplète, analyse des causes profondes très insuffisante...).

Finalement, 385 déclarations ont été retenues pour l'analyse.

2.4. Méthode d'analyse

Les analyses statistiques menées dans ce rapport sont descriptives.

L'extraction des EIGS à partir des déclarations enregistrées sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables² s'est effectuée avec le logiciel SAS Enterprise Guide (version 8.3). L'analyse des variables qualitatives issues de questions fermées a été réalisée avec le logiciel R (version 4.2.0).

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

Deux experts ont été sollicités pour donner leur avis sur le fond et la forme d'une version provisoire de ce document (cf. participants, page 37). 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.

²Cf [Accueil - Portail de signalement des événements sanitaires indésirables](#)

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des patients et des circonstances des EIGS

3.1.1. Population concernée

Parmi les 385 EIGS survenus chez des patients en fin de vie, 46 % concernaient des femmes et 52 % des hommes (2 % des déclarations ne précisait pas le sexe).

Les EIGS ont touché principalement les adultes de plus de 60 ans, dont 42 % âgés de 60 à 80 ans et 38 % de 80 à 100 ans (cf. Figure 1).

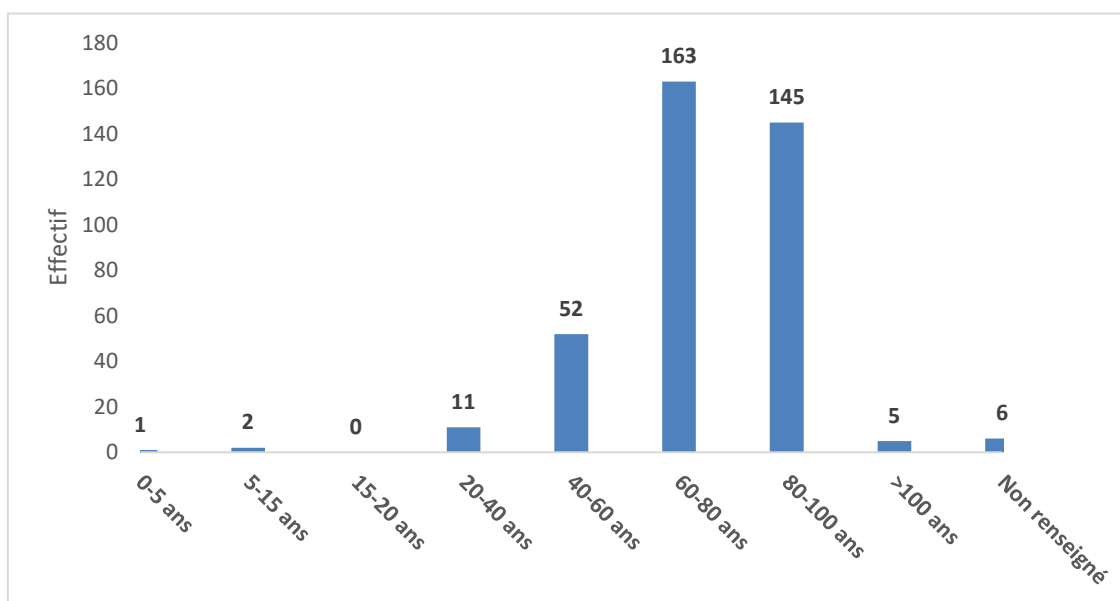


Figure 1. Répartition de l'âge des patients en fin de vie concernés par les EIGS (n = 385).

3.1.2. Situations cliniques des patients avant l'EIGS

Au total, 79 % des déclarations d'EIGS (304/385) incluaient des informations relatives à l'état de santé des patients, notamment concernant leurs pathologies et comorbidités (voir Figure 2). Parmi celles-ci, 65 % (197/304) faisaient référence à un diagnostic de cancer. Les autres mentions concernaient diverses pathologies, telles que des maladies neurologiques évolutives (sclérose latérale amyotrophique, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson), des défaillances d'organes ou maladies chroniques évolutives à un stade avancé (insuffisance cardiaque, fibrose pulmonaire, maladie rénale chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive), des situations de polypathologie chez des patients âgés, ainsi que certaines maladies génétiques rares et une méningo-encéphalite grave).

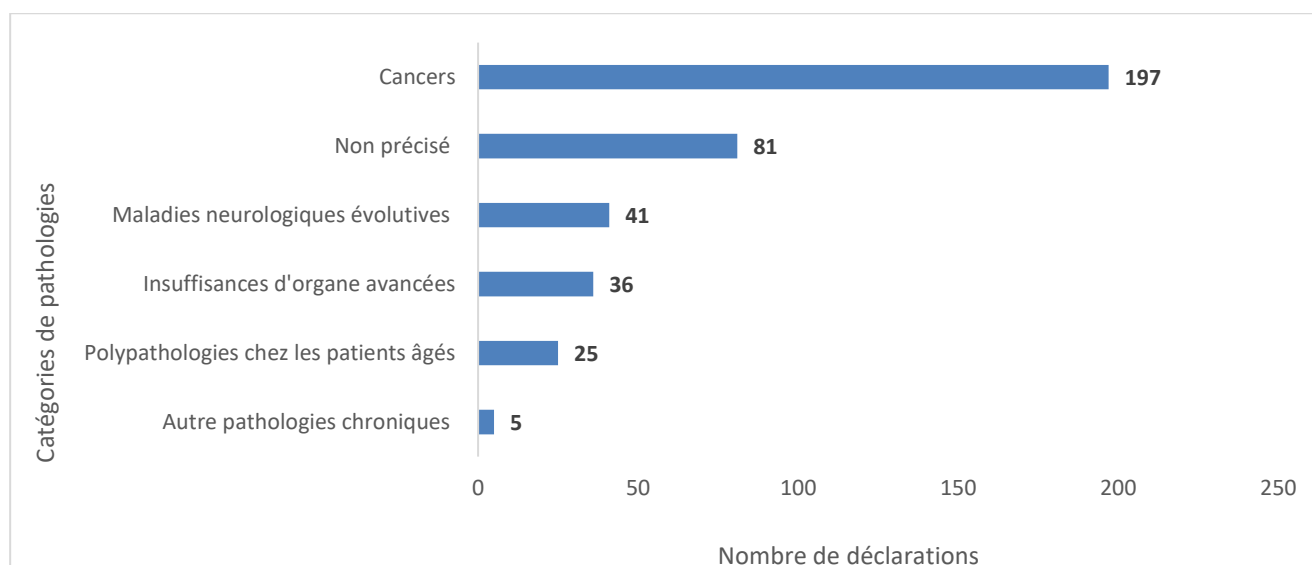


Figure 2. Répartition des catégories de pathologies des patients en fin de vie concernés par les EIGS (n=385).

Parmi les 385 déclarations analysées, 240 (62 %) mentionnaient explicitement la mise en œuvre de soins palliatifs. Dans ce groupe, plus d'un patient sur deux présentait un cancer (54 % ; 129/240). Les autres pathologies rapportées étaient principalement des maladies neurologiques évolutives (8 % ; 20/240), des insuffisances d'organe avancées (7 % ; 17/240) ou des situations de polypathologie chez les patients âgés (3 % ; 8/240). La pathologie n'était pas renseignée dans 66 cas.

Avant la survenue de l'EIGS, la situation clinique du patient a été jugée complexe³ dans 314 des 379 déclarations pour lesquelles l'information était connue (83 %).

La prise en charge du patient était programmée dans 60 % des déclarations (230/385), non programmée dans 30 % (115/385) et non concernée dans 10 % (40/385).

Avant la survenue de l'évènement, 58 % des déclarations (222/385) mentionnaient une prise en charge urgente immédiate (22 %, soit 85/385), relative (26 % des déclarations, soit 100/385) ou différée (10 %, soit 37/385). Elle était non urgente dans 27 % des déclarations (104/385). L'item était considéré comme non concerné dans 15 % des déclarations (59/385).

Le but de l'acte de soins était principalement thérapeutique (92 % ; 292/318), mais aussi diagnostique (5 % ; 15/318) et préventif (3 % ; 11/318). Aucun n'était à visée esthétique. Dans 67 déclarations, l'information n'était pas indiquée car non applicable à la situation.

3.1.3. Lieux et moments de survenue des EIGS

Secteur sanitaire

La majorité des EIGS survenus chez des patients en fin de vie se sont produits dans le secteur sanitaire (88 % ; 339/385), en particulier dans des services de médecine (47 % ; 158/339). Étaient également concernés l'hospitalisation à domicile (27 % ; 92/339), les soins médicaux et de réadaptation (SMR) (15 % ; 50/339), les unités de soins de longue durée (4 % ; 14/339), les services de chirurgie (3 % ;

³ La complexité peut être appréciée en fonction de l'incertitude diagnostique, de la lourdeur des moyens diagnostiques ou thérapeutiques à mettre en œuvre, du caractère inhabituel de la stratégie thérapeutique (par exemple : nombre élevé d'intervenants de disciplines différentes), de la charge de travail dévolue à la planification de l'acte et à la coordination des intervenants, etc.

10/339), de psychiatrie (2% ; 7/339), d'urgences (1 % ; 3/339) et les services d'aide médicale urgente (SAMU) (1 % ; 3/339). Enfin, un EIGS a eu lieu dans un service d'imagerie interventionnelle et un autre dans un service de gynécologie-obstétrique.

Secteur médico-social

Les événements survenus dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) représentaient 12 % des cas (46/385). La quasi-totalité (n = 44) concernait des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Les deux autres événements se sont produits, l'un dans un établissement pour adultes en situation de handicap et l'autre à domicile, dans le cadre de l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

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 peuvent être réduits. Sur les 385 EIGS, 62 % (239/385) ont eu lieu pendant au moins une période de vulnérabilité (un même événement peut se produire au cours de plusieurs types de période de vulnérabilité).

Parmi eux, 52 % (124/239) se sont produits pendant la nuit et 34 % (82/239) pendant le week-end.

On observe également que 18 % (43/239) des EIGS ont eu lieu pendant d'autres périodes particulières principalement lors de transferts internes ou externes, de l'admission du patient ou de son retour au domicile. Par ailleurs, 13 % (32 /239) sont survenus pendant les périodes de changement d'équipe et 5 % (12/239) un jour férié.

Il est à noter que 18 % des EIGS (42/239) sont survenus pendant 2 périodes de vulnérabilité et 3 % (6/239) pendant 3 périodes.

3.1.4. Conséquences pour les patients

Il est rappelé que, par définition, les conséquences pour le patient d'un EIGS ne peuvent être que « graves », à savoir le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale⁴.

Dans cette analyse, les principales conséquences des EIGS ont été le décès dans 62 % des déclarations (238/385), la mise en jeu du pronostic vital dans 34 % des déclarations (130/385) et un probable déficit fonctionnel permanent dans 4 % des déclarations (17/385).

3.1.5. Autres conséquences

Les déclarations d'EIGS mentionnaient, dans plus de la moitié des cas, des conséquences pour les professionnels, principalement un impact psychologique (55 % ; 213/385). Des mesures ont été prises pour soutenir les professionnels dans 64 % (246/385) des déclarations.

L'EIGS a eu un impact sur la structure dans 16 % des cas (61/385) et a entraîné d'autres conséquences dans 15 % des déclarations (56/385). Les déclarations font principalement état d'effets émotionnels sur les familles, de répercussions juridiques (notamment des enquêtes ou des plaintes

⁴ Cf. [Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins \(article R.1413-67\)](#)

déposées par les proches), ainsi que de conséquences médiatiques ou réputationnelles pour l'établissement. Par ailleurs, elles soulignent une perturbation de l'activité (désorganisation du service pendant la gestion de l'EIGS, activation d'une cellule de crise, fermeture temporaire d'une chambre pour enquête) et rapportent des tensions au sein des équipes.

3.1.6. Caractère évitable des EIGS

Les déclarants estimaient que la grande majorité des EIGS étaient évitables⁵ ou probablement évitables (71 % ; 272/385).

Parmi les 272 EIGS considérés comme évitables ou probablement évitables, 144 ont entraîné un décès (53 %), 118 ont mis en jeu le pronostic vital (43 %) et 10 ont causé un probable déficit fonctionnel permanent (4 %).

3.2. Analyse des causes et des barrières

Les raisons pour lesquelles un EIGS survient sont multifactorielles. L'analyse de chaque EIGS permet de décrire une cause immédiate⁶, des causes profondes⁷ et des barrières ayant fonctionné ou pas⁸.

3.2.1. Causes immédiates identifiées

Les causes immédiates ont été regroupées en 8 catégories principales présentées en Annexe 1. Seules les catégories identifiées au cours de l'analyse des EIGS sont mentionnées ici. Il ne pouvait y avoir qu'une seule cause immédiate par EIGS.

Les causes immédiates des EIGS ont été identifiées dans 340 déclarations sur 385 (88 %).

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 liées à l'organisation de la prise en charge (32 % ; 123/385), les erreurs médicamenteuses (28 % ; 109/385), et les erreurs liées au matériel (25 % ; 95/385) (cf. Figure 3).

⁵ Le caractère évitable d'un événement peut se définir par le fait qu'il ne se serait pas produit si les actions entreprises avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'évènement. La nature évitable d'un événement va donc déboucher sur la mise en place d'actions visant à l'empêcher de se reproduire.

⁶ Cause objective la plus immédiatement liée à la survenue de l'évènement

⁷ 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.

⁸ 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. 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...).

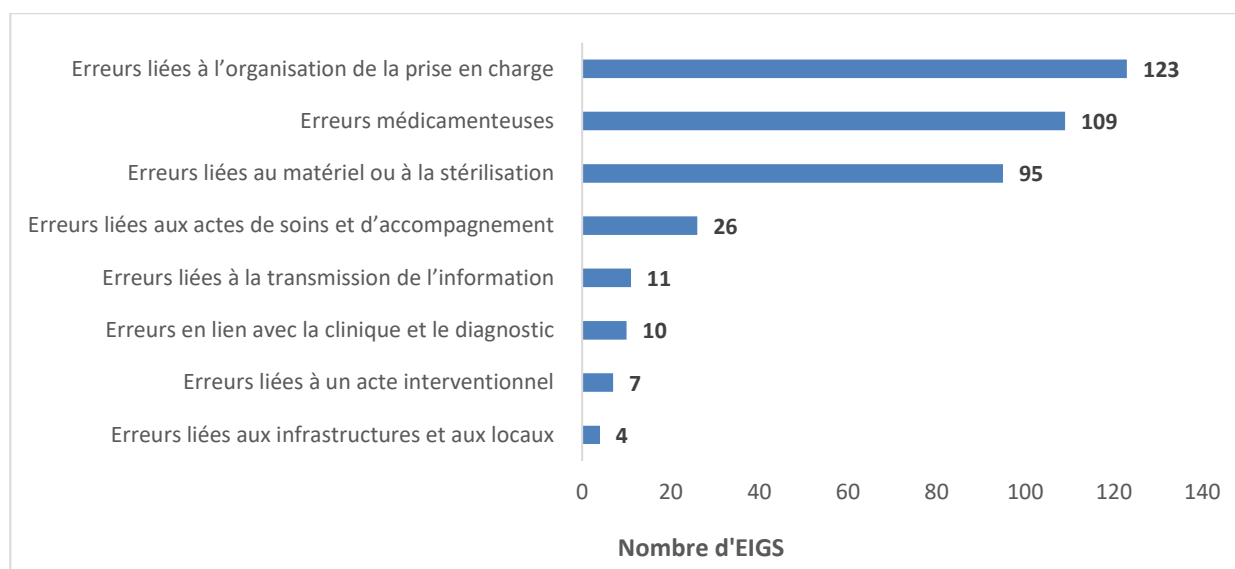


Figure 3. Répartition des causes immédiates des EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 385).

Les erreurs liées à l'organisation de la prise en charge (123/385) étaient principalement des défauts de surveillance chez des patients identifiés comme à risque (n = 56), notamment de passage à l'acte suicidaire (32/56), de chute, de fausse route ou de décompensation clinique. Ont été rapportés aussi des défauts de coordination de la prise en charge (n = 39) ainsi que des retards de prise en charge et de mise en œuvre des soins de confort, notamment en lien avec des difficultés d'accès à un avis médical, à l'absence de prescriptions anticipées ou de conduite à tenir formalisée. Enfin, des ruptures de continuité du parcours de soins ont été identifiées, liées à des orientations inadaptées.

Elles concernent les interfaces entre structures (ville-hôpital, HAD, ESMS ; n = 8), avec des sorties ou des retours non préparés mais également les transferts entre services au sein d'un même établissement (n = 5).

Les erreurs médicamenteuses (109/385) concernaient surtout des sédatifs et des analgésiques (midazolam, morphine, oxycodone et sufentanil). Il s'agissait majoritairement de surdosages (n = 81), le plus souvent liés à des erreurs de préparation : confusion entre présentations d'une même molécule à concentrations différentes, ou encore erreurs de calcul de dose et de dilution. Plus rarement, des erreurs de médicament (n = 12) et de modalités d'administration (n = 9) (voie inadaptée, confusion de voie périphérique avec voie centrale, erreur de durée de perfusion) ont été rapportées. Enfin, des omissions d'administration (n = 6) ont été signalées, ainsi qu'un cas d'erreur de patient.

Les erreurs liées au matériel (95/385) concernaient principalement des dispositifs médicaux utilisés pour l'administration de médicaments. Elles relevaient majoritairement d'erreurs de programmation (n = 65), en particulier sur les pompes d'analgésie contrôlée par le patient (*Patient-Controlled Analgesia*, PCA) et les pousse-seringues électriques (PSE), le type exact de dispositif n'étant pas précisé dans certains cas. Il s'agissait d'erreurs de débit, d'unité, de concentration ou de dose, liées par exemple à des confusions entre dose horaire et dose sur 24 heures ou à l'absence de remise à zéro de paramètres antérieurs.

D'autres EIGS étaient liés à l'absence de système de verrouillage de dispositifs d'administration (n = 8), pouvant être à l'origine de bolus involontaires ou d'une accélération du débit. Ces situations survenaient notamment lors de chutes du patient, de transports ou de manipulations du dispositif par le patient lui-même ou son entourage.

Des erreurs d'utilisation d'autres équipements (lève-personnes, barrières de lit, dispositif de contention, dispositifs d'oxygénothérapie ou de ventilation non invasive) ont également été rapportées (n = 5).

Les erreurs liées aux actes de soins et d'accompagnement (26/385) correspondaient à des écarts dans l'exécution directe des soins ou des actes d'accompagnement.

Les situations les plus fréquentes relevaient d'une non-application des modalités de réalisation définies dans le plan de soins ou les prescriptions associées (n=18), incluant notamment le non-respect des mesures de prévention des fausses routes (par exemple : non-respect des textures alimentaires prescrites) ainsi que la réalisation de mobilisations sans respecter les conditions prévues (sans recours à un second professionnel, sans recours au matériel tel que le lève-personne).

Par ailleurs, des défauts de préparation ou de vérification préalable à la réalisation des actes ont été identifiés (n=5), comme l'absence de débranchement d'une alimentation entérale ou l'absence de vérification des branchements d'oxygénothérapie ou de dispositifs d'assistance respiratoire lors de mobilisations.

Dans 3 cas, les barrières de lit ont été utilisées de manière inappropriée, sans prescription médicale.

Les erreurs liées à la transmission de l'information (11/385) correspondaient surtout à des omissions de traçabilité et de relais des consignes de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), en particulier lors de transferts inter-établissements. Ces défaillances ont conduit à des actes non pertinents, à des retards de prise en charge et à des ruptures de continuité au domicile, notamment lors de retours nocturnes sans transmission aux intervenants du domicile.

Les erreurs en lien avec la clinique, le diagnostic et la stratégie thérapeutique (10/385) regroupaient principalement des défauts d'évaluation clinique, de surveillance et de réévaluation. Elles concernaient notamment le diagnostic ou le traitement tardif d'un choc septique (dont infection sur chambre implantable), la prise en compte insuffisante de troubles hydro-électrolytiques sévères, la sous-estimation d'un déficit neurologique aigu ou le manque d'évaluation ou de réévaluation du risque suicidaire.

Les erreurs liées à un acte interventionnel (7/385) concernaient principalement des gestes sur dispositifs d'accès vasculaire (cathéters veineux centraux, chambres implantables), incluant leur pose, leur manipulation et leur retrait (5/7), ainsi que, plus rarement, des gestes interventionnels vasculaires (2/7), tels que des procédures de cathétérisme ou de dilatation vasculaire.

Elles relevaient d'écarts dans la réalisation de ces gestes invasifs tels que des erreurs lors des gestes de sécurisation (par exemple : dispositif d'accès laissé non clampé ou non obturé), ainsi que du non-respect des modalités techniques du geste, notamment lors du retrait de dispositifs vasculaires.

Les erreurs liées aux infrastructures et aux locaux (4/385) concernaient une configuration de fenêtre ne comportant pas de dispositif limitant son ouverture ainsi qu'un défaut de continuité de l'alimentation électrique interne du bâtiment, sans relais effectif du groupe électrogène.

Elles concernaient également des non-conformités affectant les installations de vide médical (2/4), incluant un défaut d'implantation des prises murales et un dysfonctionnement du système d'aspiration murale.

3.2.2. 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, un outil proposé dans le volet de déclaration des EIGS pour structurer l'analyse de ces causes (12). La grille ALARM du formulaire de déclaration des EIGS (version 2010) 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 survenus chez des patients en fin de vie relevaient de facteurs **liés aux patients (79 % ; 304/385)**, **aux tâches à accomplir (70 % ; 269/385)** et **aux professionnels (66 % ; 255/385)** (cf. Figure 4).

L'analyse révèle que, dans la grande majorité des déclarations (88 % ; 304/385), au moins deux catégories de la grille ALARM ont été sélectionnées. Dans 11 déclarations, aucune catégorie n'a été renseignée (3 %) et une seule catégorie a été retenue dans 35 déclarations (9 %). Le nombre de catégories le plus fréquemment retrouvé était 5 (21 %).

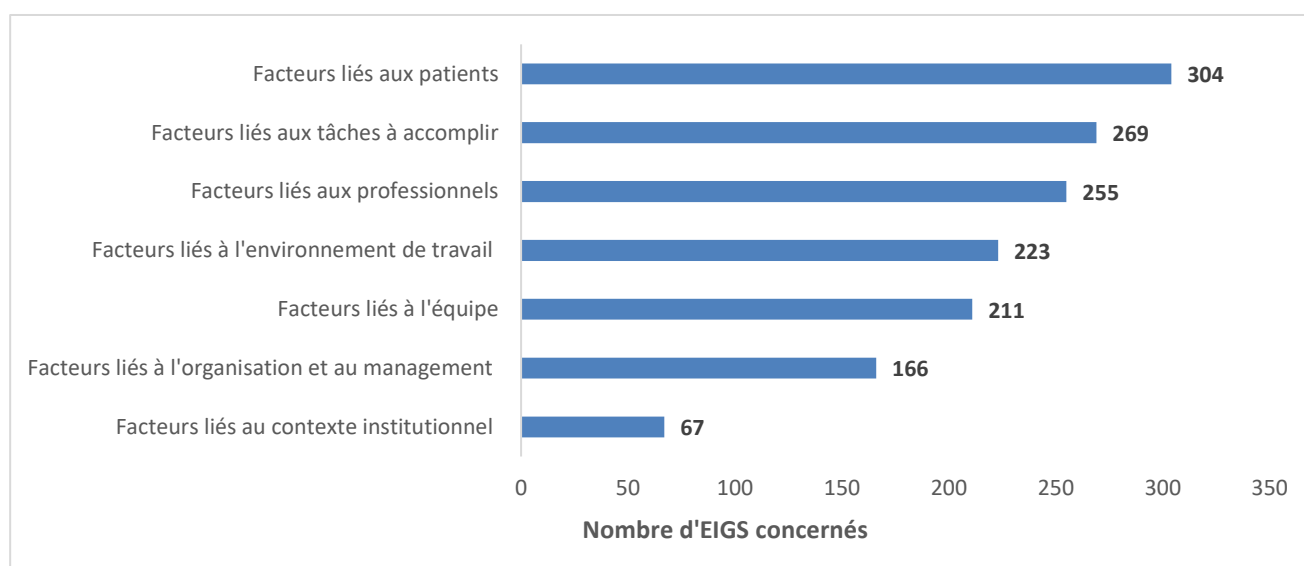


Figure 4. Nombre de déclarations d'EIGS survenus chez des patients en fin de vie par catégorie de causes profondes (n = 385 déclarations, réponses multiples).

Des facteurs liés aux patients étaient rapportés dans 79 % des déclarations (304/385). Dans le contexte de cette analyse portant sur la fin de vie, l'état de santé du patient était le principal facteur contributif (cancers métastatiques, insuffisance cardiaque ou respiratoire, troubles cognitifs ou neurologiques). La complexité des traitements, notamment des opioïdes et sédatifs, constituait également un facteur contributif important. Par ailleurs, il a été mentionné des facteurs psychiques, sociaux et familiaux (anxiété, déni de la maladie ou de la fin de vie) impactant l'adhésion au projet de soins et majorant les difficultés de communication et de coordination.

Des facteurs liés aux tâches à accomplir étaient mentionnés dans 70 % des déclarations (269/385). Les principaux dysfonctionnements identifiés concernaient les protocoles, leur disponibilité, leur actualisation, leur diffusion et leur application (174/269). Les déclarations faisaient notamment état de procédures absentes, incomplètes, obsolètes, insuffisamment connues ou non appliquées dans le circuit des médicaments à risque, en particulier pour la gestion de la douleur, la prescription, la préparation, la programmation et la surveillance des dispositifs d'administration médicamenteuse.

Elles mettaient également en évidence des modalités de double contrôle insuffisamment définies ou appliquées, des procédures de vérification non harmonisées, ainsi que des consignes de surveillance ou de conduite à tenir insuffisamment précisées.

D'autres difficultés relevaient de la définition et de la planification des tâches : réalisation de calculs manuels, retranscriptions successives de données, utilisation concomitante de supports de prescription ou de documents contradictoires, et planification insuffisamment anticipée de certains actes de soins et d'accompagnement.

Plus rarement, les déclarations mentionnaient des difficultés liées à la disponibilité ou à la prise en compte de résultats d'examen complémentaires.

Par ailleurs, certaines situations concernaient des urgences vitales ou des décisions de LATA, pour lesquelles les conduites à tenir n'étaient pas suffisamment explicitées.

Exemple d'EIGS n° 1. Défaut de repérage et de prise en charge d'une crise suicidaire conduisant à un décès

Un patient septuagénaire, atteint d'un cancer pulmonaire métastasé et en refus de chimiothérapie, est pris en charge dans un service de pneumologie pour des soins palliatifs. Au cours de son hospitalisation, il avait exprimé à plusieurs reprises sa souffrance face à la dégradation de son état physique, son sentiment d'être une charge pour ses proches, ainsi que des idées suicidaires. Une sortie à domicile était prévue mais, la veille, le patient est retrouvé pendu dans sa chambre. Malgré l'intervention du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), il décède.

Les causes profondes de cet EIGS étaient une prise en compte insuffisante de la souffrance physique et psychique exprimée par le patient, ainsi que l'absence d'une évaluation structurée du risque suicidaire et d'un protocole de prise en charge de la crise suicidaire. S'ajoutaient à cela des problèmes de ressources humaines : l'équipe mobile de soins palliatifs était trop restreinte pour intervenir dans des conditions adéquates, la disponibilité du psychologue de l'établissement était insuffisante et il n'y avait pas de psychiatre dans l'établissement. Enfin, il manquait un cadre de référence partagé concernant les signes devant mener à l'administration d'un traitement anxiolytique prescrit de façon conditionnelle (si besoin).

Des facteurs liés aux professionnels étaient rapportés dans 66 % des déclarations (255/385). Parmi eux, des problèmes de qualifications et de compétences ont été identifiés dans près d'un tiers des cas (125/385), notamment en raison d'un manque d'expérience (personnel non permanent, nouveaux arrivants) ou de formation des professionnels. Le stress des professionnels a également été souvent cité (110/385) : il était principalement attribué à une charge de travail élevée, à des équipes en effectif réduit, ainsi qu'à une charge émotionnelle importante dans le contexte de patients complexes en fin de vie.

Exemple d'EIGS n° 2. Erreur de programmation d'une PCA entraînant un surdosage morphinique avec mise en jeu du pronostic vital

Un patient septuagénaire, pris en charge en soins palliatifs dans un SMR pour un adénocarcinome métastatique, reçoit de la morphine par PCA. Lors d'un changement de perfusion, une erreur de réglage de l'unité de débit conduit à une programmation incorrecte du dispositif.

Le patient reçoit ainsi 2 000 mg de morphine en 10 heures au lieu de 96 heures. Les signes cliniques observés chez le patient ont permis d'identifier l'erreur et de prendre en charge le patient en urgence.

Cet EIGS a été causé notamment par la maîtrise insuffisante de la programmation de la PCA par les professionnels, liée à sa faible fréquence d'utilisation dans le service et à l'absence de procédure harmonisée et validée, ainsi que par l'absence de double contrôle et de vérification de la programmation au moment du soin.

Exemple d'EIGS n° 3. Défaut de prise en charge d'une hypotension artérielle sévère ayant conduit à un décès

Un patient trentenaire est hospitalisé en service de médecine générale via les urgences en début de soirée pour un syndrome occlusif dans un contexte d'adénocarcinome pancréatique avec carcinose péritonéale. Il est noté dans le dossier patient informatisé qu'en cas d'aggravation, hors arrêt cardiaque, une admission en réanimation serait à discuter. À 20 h, l'interne de garde se rend auprès du patient à la demande de l'infirmière en raison d'une hypotension à 88/54 mmHg. Un transfert vers le service d'hépatogastroentérologie est prévu dans les heures suivantes, dès qu'une place sera disponible. Six heures plus tard, la tension du patient est mesurée à 62/37 mmHg. L'interne de garde est contacté par téléphone et le débit de la perfusion de sérum physiologique est augmenté. Vers 7 h, l'infirmière indique à l'interne que le patient va bien et qu'il est réactif et cohérent. Un peu avant 10 h, les brancardiers et l'infirmière venus pour le transfert le découvrent aréactif, avec une respiration agonique et des paramètres vitaux non mesurables. Le décès est constaté.

Cet EIGS a été causé, entre autres, par une appréciation insuffisante de la gravité de l'état hémodynamique du patient et une réévaluation limitée de son état par l'interne de garde (un seul déplacement et absence de consignes précises à suivre en cas d'aggravation), liée aux éléments rassurants transmis par l'infirmière, peu expérimentée. En outre, l'interne de garde pensait que le patient relevait du service qui allait l'accueillir. Les informations tracées dans le DPI concernant une éventuelle admission en réanimation en cas d'aggravation n'ont pas été consultées. L'attente du transfert vers le service d'hépatogastro-entérologie a contribué au maintien de la prise en charge initiale sans réajustement. Par ailleurs, il n'y avait pas de supervision des internes de garde par un senior, pour une partie des services de l'établissement.

Des facteurs liés à l'environnement de travail étaient mentionnés dans 58 % des déclarations (223/385). Les principaux concernaient la charge de travail des professionnels (86/223), la gestion des fournitures et équipements (80/223) et les effectifs (45/223). Ainsi, il a été indiqué que les effectifs étaient souvent insuffisants ou inadaptés au regard de la complexité et de la lourdeur des prises en charge (des soins techniques et une surveillance rapprochée). Étaient également mentionnées des difficultés liées aux équipements, décrits comme indisponibles, inadaptés ou défectueux.

Les déclarations faisaient notamment état de pousse-seringues ou de pompes PCA en nombre insuffisant ou non sécurisés, de dispositifs de ventilation non invasive sans matériel de remplacement, de dispositifs d'aide à la mobilisation et au transfert des personnes indisponibles ou déchargés, ainsi que d'équipements de surveillance défectueux (scope, saturomètre...).

Exemple d'EIGS n° 4. Défaut de mise en œuvre des mesures de prévention des fausses routes ayant conduit à un décès

Un patient sexagénaire est hospitalisé depuis une dizaine de jours en unité de soins palliatifs pour altération de l'état général dans un contexte de néoplasie prostatique métastatique. Un risque de fausse route alimentaire est identifié au cours du séjour et le médecin sollicite un orthophoniste. Le matin de l'évènement, celui-ci recommande la présence d'un soignant lors des prises alimentaires, le patient ne respectant pas les consignes d'installation. À la fin du déjeuner, l'infirmière retrouve le patient seul, le plateau repas presque terminé à côté de lui, avec un encombrement respiratoire important et une altération de l'état de conscience. L'infirmière suspecte une fausse route alimentaire confirmée par l'aspect du liquide d'aspiration bronchique. Le médecin est recontacté, au regard de la situation clinique et du contexte, il est décidé de ne pas instaurer de mesures supplémentaires. Le décès est constaté une heure plus tard.

Cet EIGS est principalement lié à l'absence de surveillance du patient pendant le repas par l'aide-soignante, malgré les recommandations de l'orthophoniste, ainsi qu'à une installation inadaptée du patient (dossier à 45°, tête en arrière). L'aide-soignante, récemment arrivée dans le service, intervenait dans un contexte de forte charge de travail. L'agente des services hospitaliers, peu familière des spécificités de l'unité, n'a pas reçu de consignes particulières pour la distribution des plateaux-repas, qu'elle a effectuée sans l'aide-soignante. Enfin, les recommandations de l'orthophoniste, consignées uniquement dans le dossier patient informatisé, n'avaient pas été transmises oralement à l'équipe soignante.

Des facteurs liés à l'équipe ont été identifiés dans plus de la moitié des déclarations (55 % ; 211/385), mettant en évidence des insuffisances dans la communication entre professionnels, la coordination et le partage des objectifs de soins. Les transmissions, qu'elles soient orales ou écrites, étaient parfois incomplètes. Les informations concernant la gestion de la douleur, le respect des directives anticipées et le consentement du patient n'ont pas toujours été tracées ou partagées de manière satisfaisante. L'encadrement et la supervision ont parfois été jugés insuffisants. Enfin, il a été rapporté que les professionnels n'ont pas toujours sollicité d'aide ni donné l'alerte lors de situations particulièrement graves ou complexes.

Exemple d'EIGS n° 5. Défaut de coordination entre les urgences et un SSIAD conduisant à un décès

Une patiente quinquagénaire atteinte d'une sclérose en plaques évoluée avec tétraplégie est suivie à domicile par un SSIAD. Elle est adressée à un service des urgences pour absence de transit et vomissements faisant suspecter un syndrome occlusif. Selon le protocole de prise en charge défini avec le service de gastro-entérologie pour cette patiente, le SSIAD organise ce transfert et en informe le médecin traitant. La patiente retourne ensuite à son domicile. Lors de la venue d'une infirmière du SSIAD, la patiente présente des troubles de la vigilance, des vomissements et des selles liquides. Un second transfert aux services des urgences est alors organisé. Le lendemain de son retour à domicile, la patiente est retrouvée décédée dans son lit par un professionnel du SSIAD.

Cet EIGS a été causé par un défaut de communication orale et écrite entre les urgences et les professionnels du SSIAD : la structure n'a pas été informée des deux retours à domicile de la patiente et aucun compte-rendu hospitalier ne lui avait été transmis. L'absence de dossier de liaison d'urgence n'a pas permis au médecin des urgences de disposer d'informations suffisantes sur le

contexte et les raisons du transfert. En outre, l'aggravation clinique de la patiente n'avait pas conduit à une réévaluation globale et partagée de sa prise en charge. Enfin, dans un contexte de troubles du transit répétés et de refus d'un traitement chirurgical, les objectifs de soins n'avaient pas été formalisés entre le médecin traitant, le SSIAD et les médecins spécialistes concernés par son suivi.

Des facteurs liés à l'organisation et au management étaient identifiés dans 43 % des déclarations (166/385). Ils concernaient principalement la structure hiérarchique et l'organisation interne des prises en charge (110/166), avec des rôles et responsabilités insuffisamment définis, des référents ou personnes ressources non clairement identifiés, des temps de synthèse ou de concertation pluriprofessionnelle peu formalisés, ainsi que des circuits décisionnels peu explicites dans certaines situations complexes ou urgentes. Les déclarations mettaient également en évidence une politique de formation continue jugée insuffisante ou non actualisée, notamment pour les pratiques à risque (59/166), ainsi que des modalités de gestion des ressources humaines caractérisées par un recours fréquent au personnel non permanent et des processus d'accueil ou d'intégration des nouveaux arrivants insuffisamment formalisés (49/166). Enfin, les déclarants rapportaient un management de la sécurité peu développé, illustré par une diffusion incomplète des procédures, une organisation limitée des retours d'expérience et du suivi des événements indésirables, ainsi que par une instabilité de l'encadrement dans certaines situations.

Des facteurs liés au contexte institutionnel étaient mentionnés dans 17 % des déclarations (67/385). Par exemple, le contexte sociétal et médiatique autour des questions de la fin de vie a été cité comme pouvant influencer les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques et les modalités de prise en charge des soins palliatifs (52/67).

Les déclarations faisaient également état de difficultés relatives au pilotage institutionnel des parcours complexes ou palliatifs, notamment en lien avec l'organisation territoriale et la disponibilité de l'offre de soins (13/67), ainsi que de tensions sur les ressources humaines en santé à l'échelle nationale (12/67).

Dans ce contexte, des retards d'orientation, des situations de maintien de patients dans des structures peu adaptées ou des ruptures de continuité dans les parcours étaient mentionnés.

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

3.2.3. Mesures barrières identifiées

Des mesures barrières ayant contribué à limiter les conséquences de l'évènement étaient identifiées dans 49 % des déclarations d'EIGS (190/385 ; 33 réponses non applicables). Il s'agissait principalement de barrières de récupération ou d'atténuation, notamment la réévaluation clinique, le recours à un médecin senior, l'activation du SAMU, le transfert vers un service ou une structure adaptée, ainsi que la réalisation d'exams ou la mise en œuvre de traitements (imagerie, antidote, oxygénothérapie...).

Des barrières défaillantes ou absentes étaient mentionnées dans 73 % des déclarations (280/385 ; 26 réponses non applicables). Elles concernaient principalement la prévention. Les situations les plus fréquentes portaient sur des défauts de sécurisation de la préparation et de l'administration des médicaments (dont la programmation des PSE, PCA...), ainsi que de la surveillance clinique. Certaines déclarations signalaient également des défaillances dans la sécurisation de l'environnement, en particulier lorsqu'un risque suicidaire avait été identifié.

4. Préconisations pour améliorer la sécurité des patients

L'article R. 1413-73 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins indique que « la Haute Autorité de santé élabore un bilan annuel des déclarations qu'elle a reçues (...) accompagné de préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients ». Les préconisations du présent rapport seront reprises dans le bilan annuel des déclarations de l'année 2026, à paraître en 2027.

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 impliquées dans la qualité et la sécurité de la prise en charge en fin de vie : les professionnels de santé, les structures de soins, les équipes ressources spécialisées, ainsi que les régulateurs de l'offre de soins et le législateur.

Leur mise en œuvre repose sur une démarche associant le patient, sa personne de confiance et, lorsqu'il le souhaite, ses proches ou aidants, afin de favoriser une prise en charge adaptée à ses besoins, à ses préférences et à ses volontés (9)⁹.

Selon les déclarants, plus de deux tiers des EIGS analysés étaient évitables ou probablement évitables (cf. 3.1.6). Cette proportion suggère l'existence d'importantes marges d'amélioration pour sécuriser les prises en charge en fin de vie et appuie les préconisations présentées ci-après.

1. Renforcer la formalisation, le partage et la mise en œuvre effective du plan personnalisé de soins et d'accompagnement

Certaines déclarations mettent en évidence des défaillances organisationnelles qui ont compromis la mise en œuvre du projet de soins : absence ou insuffisance de prescriptions anticipées, notamment des traitements de confort ou des adaptations alimentaires, défaut de transmission interprofessionnelle ou encore absence de formalisation de la conduite à tenir en cas d'aggravation clinique chez des patients en situation de fin de vie (procédure, traçabilité...). Ces situations ont pu conduire à la mise en œuvre d'actes ou de parcours de soins non concordants avec les objectifs de prise en charge définis de façon concertée, notamment des soins à visée curative ou invasive (réanimation, transfert aux urgences, réhospitalisation) alors qu'une prise en charge centrée prioritairement, voire exclusivement, sur le confort avait été décidée.

Ces constats soulignent l'importance de formaliser précocement un plan personnalisé de soins et d'accompagnement (PPA). Élaboré dans le cadre d'une concertation pluriprofessionnelle, ce plan définit une stratégie thérapeutique adaptée à l'évolution clinique et aux souhaits du patient (13). Il permet de prendre en compte les besoins médicaux, psychologiques, sociaux et médico-sociaux du patient, d'anticiper les situations d'aggravation, d'orienter la prise en charge de la douleur et des autres symptômes,

⁹ Cf [Article L1110-10-1 du Code de la santé publique](#)

ainsi que de favoriser l'élaboration ou l'actualisation des directives anticipées et la désignation de la personne de confiance. (14-16).

Sa mise en œuvre suppose de veiller à la cohérence entre le projet de soins, y compris les éventuelles limitations thérapeutiques, les souhaits du patient et les actes proposés. Elle implique aussi une traçabilité claire, actualisée et accessible dans le dossier du patient des décisions prises, des soins de confort retenus, de la conduite à tenir en cas d'aggravation et de la prescription anticipée des thérapeutiques de la phase agonique (9).

Pour garantir le respect de l'autonomie et de la volonté des patients en situation d'urgence, il est recommandé d'utiliser la « fiche Urgence Pallia » (ou SAMU Pallia) comme outil d'aide à la décision. Rédigée par le médecin prenant en charge un patient en situation palliative (médecin traitant, médecin coordonnateur, médecin d'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), d'hospitalisation à domicile (HAD), d'Ehpad ou médecin hospitalier), elle permet de transmettre aux autres médecins susceptibles d'intervenir, notamment la nuit et le week-end, les informations utiles à une prise en charge adaptée (17).

2. Consolider le pilotage et la coordination des parcours de fin de vie

L'analyse des déclarations fait apparaître des fragilités dans la coordination des parcours de fin de vie mobilisant plusieurs professionnels, structures ou dispositifs de prise en charge, notamment lors de transferts ou de prises en charge à domicile. Ces difficultés concernaient notamment l'organisation des relais entre professionnels et l'accès aux ressources spécialisées.

La loi inscrit désormais l'accompagnement et les soins palliatifs dans une approche globale, de proximité et accessible sur l'ensemble du territoire national, destinée à préserver la dignité, l'autonomie, la qualité de vie et le bien-être de la personne malade et de ses proches¹⁰. Dans cette perspective, la coordination constitue un levier essentiel pour garantir la continuité des prises en charge, l'appui aux intervenants et l'articulation entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Lorsque les besoins de la personne le nécessitent et dans le respect de ses volontés, elle doit pouvoir s'appuyer sur des organisations territoriales dédiées, pilotées par les agences régionales de santé, y compris pour les situations pédiatriques ou les parcours à domicile.

Sur le plan opérationnel, cette coordination suppose des repères partagés, connus des professionnels et mobilisables dans l'ensemble des lieux et des temps de soins, y compris lors des transferts et en dehors des heures ouvrables. Ces repères doivent permettre d'identifier les ressources disponibles, de préciser les circuits d'alerte et de recours aux équipes spécialisées, et d'organiser les relais entre professionnels afin de prévenir les ruptures de prise en charge (8, 18-20).

L'association des proches à la démarche de soins doit être recherchée, lorsqu'elle est souhaitée par le patient et possible, afin de favoriser la compréhension partagée des décisions, en particulier lors des transferts ou des retours à domicile.

Par ailleurs, les dispositifs de retour d'expérience constituent un levier d'amélioration continue pour analyser les situations à risque en fin de vie, identifier les difficultés récurrentes aux interfaces du parcours et adapter les organisations.

¹⁰ Cf. [LOI n° 2026-404 du 26 mai 2026 visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs \(1\) - Légifrance](#)

3. Réévaluer régulièrement les situations de fin de vie et organiser le partage des informations pour ajuster la prise en charge dans la continuité

Les déclarations font état de difficultés dans le suivi et la réévaluation de l'évolution clinique des patients au cours de la fin de vie.

Elles rapportent des défauts de réévaluation après certaines interventions ou modifications thérapeutiques, comme l'administration d'antalgiques ou l'ajustement de l'oxygénothérapie, mais aussi des surveillances incomplètes concernant les paramètres vitaux, l'élimination urinaire, le transit, le confort respiratoire ou l'état neurologique. Elles font également apparaître des défaillances dans la coordination et la transmission des informations cliniques, notamment aux interfaces du parcours de soins et lors des périodes de vulnérabilité (cf.3.1.3), qui ont contribué à retarder l'identification des aggravations et l'adaptation des prises en charge.

Que la prise en charge ait lieu au domicile (HAD, SSIAD...) ou en établissement sanitaire ou médico-social, une évaluation régulière des besoins de la personne doit être organisée afin d'ajuster sans délai les réponses apportées. Cette évaluation ne porte pas seulement sur l'état clinique, mais aussi sur les dimensions psychologiques, relationnelles et spirituelles de la situation (9, 21, 22). Elle suppose également que tout signe d'aggravation repéré par un membre de l'équipe, soignant ou non soignant, fasse l'objet d'une remontée d'information organisée vers les professionnels en responsabilité (médecin traitant ou coordonnateur, infirmier diplômé d'État coordinateur [IDEC]...), afin de garantir la continuité des soins, de réadapter l'accompagnement et, si nécessaire, de solliciter une équipe spécialisée en soins palliatifs. Lors des périodes de vulnérabilité, notamment la nuit, le week-end et les jours fériés, il convient d'anticiper les situations à risque et d'organiser des temps de coordination adaptés afin de permettre la réévaluation de la situation, le partage des informations et l'ajustement de la prise en charge malgré des effectifs réduits ou une moindre disponibilité des ressources et des relais (23).

Plusieurs outils peuvent contribuer à sécuriser le partage d'informations lors des interfaces et des transitions de parcours : la check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures (24) la lettre de liaison en sortie d'hospitalisation, le dossier de liaison d'urgence à domicile (DLU-DOM) (25), les outils visant à favoriser le maintien à domicile, y compris en situation palliative (18), ainsi que l'outil de communication « situation antécédents évaluation demande » (SAED), destiné à structurer les échanges entre professionnels de santé (26).

Dans le champ plus spécifique de la coopération entre HAD et infirmiers libéraux, un guide pratique précise les conditions nécessaires à une coordination sécurisée. Il rappelle notamment l'importance de formaliser les modalités de collaboration entre intervenants (convention, lettres de mission pour chaque patient pris en charge par les infirmiers libéraux), de sécuriser le partage de l'information (réunions de coordination, accès au dossier du patient et aux informations nécessaires à la réalisation des soins, coordonnées des membres de l'équipe, traçabilité des échanges), ainsi que de garantir la disponibilité du matériel requis et la formation à son utilisation (27). Un flash sécurité patient sur la HAD rappelle également quels sont les points essentiels à respecter pour mieux gérer les risques liés à ce type de prise en charge (28)

4. Sécuriser l'utilisation des médicaments à risque

Parmi les erreurs médicamenteuses déclarées, les surdosages de médicaments à risque utilisés dans les soins palliatifs, notamment opioïdes ou midazolam, étaient majoritaires. Ces événements étaient principalement liés à des erreurs de préparation (calcul de dose ou de dilution ; confusion entre

présentations d'une même molécule à concentrations différentes), ainsi qu'à des défauts d'utilisation du matériel, en particulier à des erreurs de programmation des pompes à perfusion.

Les médicaments à risque entraînent un risque plus élevé de dommage aux patients et les erreurs dues à ces médicaments sont plus fréquentes. Ils doivent donc être gérés spécifiquement à toutes les étapes du circuit du médicament. Leur liste est évolutive, établie collégialement, adaptée à l'activité et connue des professionnels (29).

Pour garantir la sécurisation de l'utilisation de ces médicaments à risque, il est préconisé notamment de (2, 30-38) :

- vérifier que les professionnels maîtrisent les fondamentaux du calcul de dose (règle de trois ; conversion d'unités ; dilutions...) et, si besoin, leur proposer des formations ;
- faire une double vérification des calculs de dose et des programmations du matériel d'administration (pompes, pousse-seringues électriques [PSE]) ;
- standardiser autant que possible les modalités de préparation et mettre à disposition des professionnels des outils d'aide (fiches mémo, tables ou applications de calcul de dose ou de conversion [exemple : Opiconvert¹¹ pour les ratios de changement d'opioïdes ou de voie d'administration]...) ;
- s'interdire et interdire toute interruption de tâche ;
- prévoir un modèle identique de pompe ou PSE dans les structures pour limiter les risques en cas de dépannage entre services et de réaffectation des personnels ;
- former régulièrement les professionnels, y compris le personnel non permanent, à l'utilisation du matériel, en particulier lors de l'achat de nouveau modèle ou marque de pompe ;
- mettre à disposition les notices d'utilisation ou procédures d'utilisation simplifiées du matériel d'administration ;
- formaliser la procédure de surveillance et la conduite à tenir en cas d'effets indésirables ou de surdosage.

5. Mieux évaluer et prévenir le risque suicidaire en fin de vie

Les déclarations analysées mettent en évidence des fragilités dans l'évaluation et la prévention du risque suicidaire chez les patients en situation de fin de vie. En effet, si ce risque est le plus souvent identifié, son évaluation apparaît hétérogène, peu structurée, insuffisamment renouvelée, inégalement tracée dans le dossier du patient et ne s'accompagne pas systématiquement de mesures de prévention. Plusieurs déclarations concernaient des situations telles que le passage à des soins palliatifs exclusifs, la préparation d'un retour à domicile avec des soins complexes, une douleur insuffisamment soulagée, la survenue de complications répétées ou encore la perte de mobilité et d'autonomie.

En présence d'idées suicidaires, une évaluation psychiatrique privilégiant toujours une démarche clinique est nécessaire, complétée éventuellement par l'utilisation d'outils d'évaluation de la crise suicidaire (39). Celle-ci permettra de construire sans attendre un plan personnalisé de sécurité quant à l'accès aux moyens de suicide et au parcours du patient dans l'immédiat et dans les jours à venir (40). Un outil d'auto-évaluation de la sécurisation de l'environnement physique des établissements sanitaires et médico-sociaux est disponible pour aider les équipes à repérer et analyser les éléments de l'environnement susceptibles de favoriser un passage à l'acte suicidaire (41).

¹¹ Cf [OPIOConvert](#) : application permettant de calculer automatiquement les doses de changement entre les différents opioïdes en affichant la molécule choisie, sa dose et sa voie d'administration.

Une attention particulière doit être portée à la prise en charge de la douleur, qui doit permettre le meilleur apaisement possible de la souffrance. En effet, une douleur insuffisamment soulagée peut contribuer à majorer la vulnérabilité psychique et doit faire l'objet d'une évaluation et d'une réévaluation régulières. Pour respecter ce droit du patient, les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition¹². L'évaluation de la douleur repose sur l'utilisation d'échelles validées et adaptées à la situation du patient (9, 42). Elle doit être réévaluée après toute évolution de l'état clinique ou de la stratégie thérapeutique, en intégrant la recherche des effets indésirables.

6. Développer les compétences et renforcer l'encadrement du personnel non permanent ou des nouveaux arrivants accompagnant des situations de fin de vie

Les déclarations font fréquemment état de l'intervention de professionnels non permanents ou nouvellement arrivés, confrontés à des situations de fin de vie sans toujours disposer de la formation ou de l'expérience requises, notamment concernant l'utilisation du matériel ou les spécificités du service. Elles soulignent également un encadrement insuffisant de ces professionnels et un recours trop limité à l'appui d'un collègue.

Pour améliorer la sécurité des soins, l'intégration et l'accompagnement du personnel non permanent et des nouveaux arrivants doivent être mieux organisés et encadrés.

Pour cela, il est nécessaire de (43) :

- s'assurer plus systématiquement de l'adéquation des connaissances et compétences du personnel non permanent avec le poste à pourvoir. 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 ;
- 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), vérifier qu'il ait reçu les formations d'adaptation immédiate à l'emploi adéquates ou qu'il soit supervisé dès sa prise de fonction (compagnonnage/tutorat par un pair expérimenté) ;
- plus généralement, structurer l'intégration de tous les nouveaux arrivants, permanents ou pas. Cela exige une implication institutionnelle avec une formalisation structurée. Ainsi, il faut 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, projet d'établissement) réunies de préférence dans un même endroit (livret d'accueil, intranet, classeur). De même, le processus doit prévoir l'encadrement nécessaire pour que le nouvel arrivant puisse accomplir ses activités et soit intégré dans l'équipe.

¹²Cf [Article L1110-5 du Code de la santé publique](#)

Table des annexes

Annexe 1. Catégories de causes immédiates des EIGS survenus chez des patients en fin de vie	25
Annexe 2. Résultats – Analyse détaillée des causes profondes	26

Annexe 1. Catégories de causes immédiates des EIGS survenus chez des patients en fin de vie

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 individuelle...), 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.
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...).
8. Erreurs liées aux infrastructures et aux locaux	La cause immédiate relève des infrastructures et des locaux : bâtiments et structures (portes, fenêtres...), installations techniques (réseau électrique...), aménagements spécifiques (chambres des patients...), systèmes de sécurité (alarme incendie...).

Annexe 2. Résultats – Analyse détaillée des causes profondes

Causes profondes liées aux patients

Des facteurs liés aux patients ont été cités dans 79 % des déclarations (304/385 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 5).

L'état de santé du patient, toujours décrit comme une altération profonde de l'état général, engageant le pronostic vital à court terme, en était le principal facteur contributif (90 % ; 273/304). Les signalements ont mentionné des douleurs intenses, des troubles neurologiques (confusion, altération de la vigilance, difficultés de communication) ainsi que des contextes infectieux ou hémodynamiques sévères.

Moins fréquemment, on retrouve des causes liées aux antécédents du patient (44 % ; 134/304), principalement en lien avec des affections chroniques évolutives sévères (cancers métastatiques, pathologies cardiovasculaires ou respiratoires graves, maladies neurodégénératives). Ces antécédents se caractérisaient par leur gravité, leur multiplicité et leur complexité.

Les facteurs liés aux traitements (37 % ; 111/304) concernaient principalement la nutrition parentérale, la ventilation mécanique, la trachéotomie, la gastrostomie ou la dialyse, ainsi que des traitements médicamenteux à visée antalgique ou sédative, notamment les opioïdes (morphine, fentanyl), le midazolam et le diazépam.

Quant aux facteurs liés à la personnalité et les facteurs sociaux ou familiaux (33 % ; 99/304), il pouvait s'agir de déni de la maladie ou de la fin de vie, ainsi que de manifestations d'anxiété ou de souffrance psychique (demande explicite d'euthanasie ou expression d'idées suicidaires). Ces éléments pouvaient se traduire par une ambivalence vis-à-vis du projet de soins, voire par un refus de prise en charge. Un isolement social du patient a parfois été rapporté.

Des facteurs liés à des relations conflictuelles ont été rapportés dans quelques cas (2 % ; 7/385). Ils concernaient des tensions entre les proches et les professionnels autour des décisions de fin de vie (niveau de soins, lieu de prise en charge), ainsi que des désaccords intrafamiliaux.

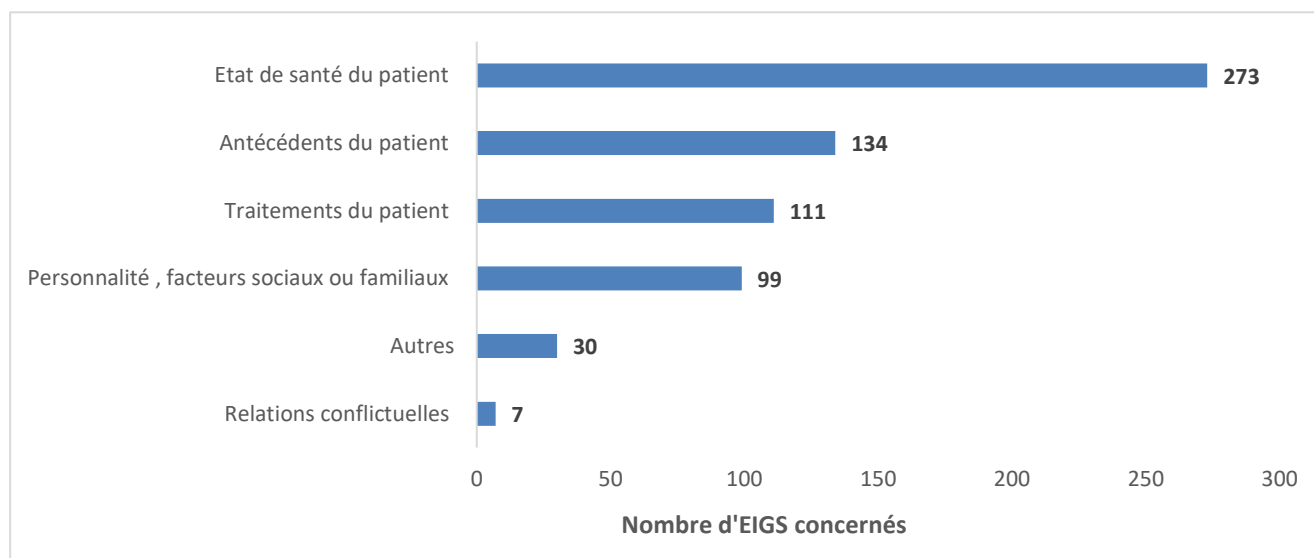


Figure 5. Répartition des causes profondes liées aux patients dans les EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 304 déclarations, réponses multiples).

Causes profondes liées aux tâches à accomplir

Dans 70 % des déclarations, on retrouvait des facteurs liés aux tâches à accomplir (269/385 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 6).

Parmi eux, les problèmes liés aux protocoles étaient les plus fréquemment rapportés (65 % ; 174/269). Ils tenaient à leur absence, à leur diffusion insuffisante, à leur inadéquation ou à leur non-respect, notamment pour l'utilisation de la PCA, la prise en charge de la douleur et les urgences vitales.

Lorsque des outils d'aide à la décision étaient impliqués (24 % ; 65/269), il s'agissait surtout de l'absence d'outils pour gérer l'aggravation de l'état des patients et déclencher une demande d'évaluation médicale, ainsi que l'absence de critères décisionnels explicites pour les prescriptions conditionnelles.

Des défauts de programmation ou de planification des tâches ont aussi été cités (22 % ; 60/269), en particulier concernant la surveillance de certains dispositifs médicaux, le suivi des effets indésirables des médicaments à risque et la complétion des projets de soins (mobilité du patient, limites des actes de soins et d'accompagnement...).

Des facteurs liés à la définition des tâches (21 % ; 57/269) ont été identifiés par les déclarants, en particulier des responsabilités non clairement définies en situation d'urgence ou des doubles contrôles de la programmation des pompes non respectés.

Il a été parfois rapporté que les résultats d'examens complémentaires n'étaient pas accessibles en temps utile (6 % ; 17/269).

Enfin, d'autres facteurs contributifs ont été mentionnés (30 % ; 82/269), dont l'absence de réflexion concertée sur les risques de complication et le défaut de recueil des directives anticipées du patient.

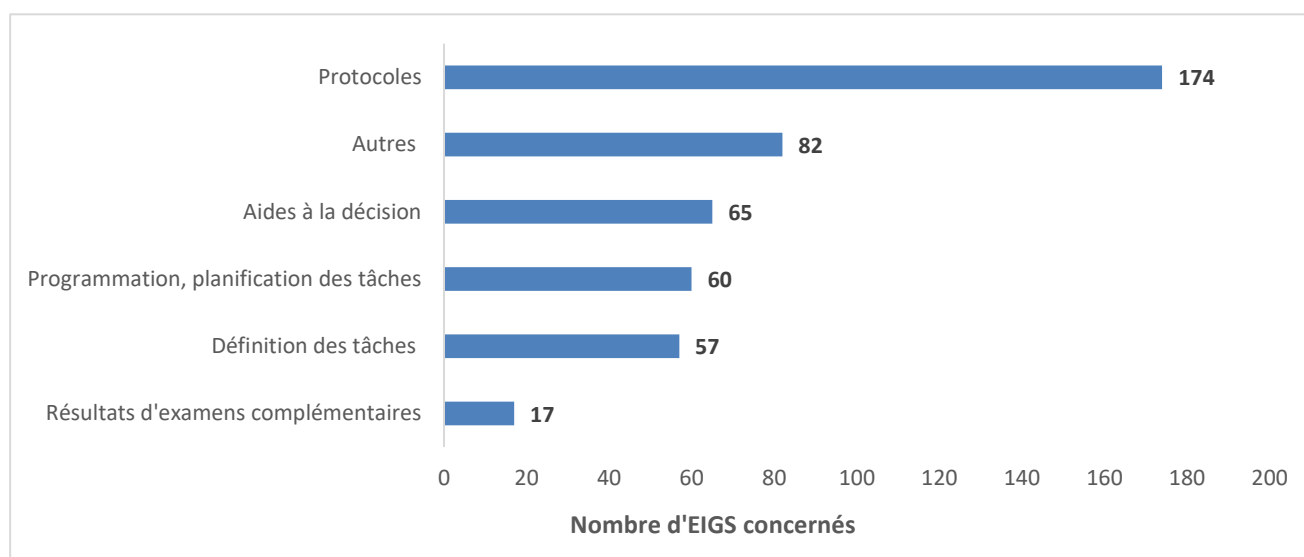


Figure 6. Répartition des causes profondes liées aux tâches à accomplir des EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 269 déclarations, réponses multiples).

Causes profondes liées aux professionnels

Des facteurs liés aux professionnels ont été rapportés dans 66 % des déclarations (255/385 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 7).

Parmi ces facteurs, des insuffisances en matière de qualification et de compétences ont été relevées dans près de la moitié des cas (49 % ; 125/255). Elles étaient principalement associées à un manque d'expérience ou de formation des professionnels.

Les difficultés observées concernaient notamment :

- la programmation et la surveillance des dispositifs d'administration médicamenteuse (pompes, PCA) ;
- les calculs de doses et les conversions ;
- la surveillance clinique, incluant le repérage de signes de gravité ou de surdosage ;
- la prise en charge de situations spécifiques, telles que la douleur, la fin de vie ou le risque suicidaire.

Des facteurs de stress physique ou psychologique ont été identifiés dans 43 % des déclarations (110/255). Ils étaient liés à des situations d'urgence, à la charge de travail, à la gestion de patients en fin de vie ou à des facteurs personnels. Ces situations ont pu altérer la vigilance ou la capacité d'analyse des professionnels.

Enfin, certaines situations mettaient en évidence une banalisation de gestes fréquents, entraînant une perte de vigilance. Cela a concerné par exemple l'utilisation des médicaments à risque, en particulier les antalgiques opioïdes, ayant conduit à la non-réalisation des contrôles nécessaires.

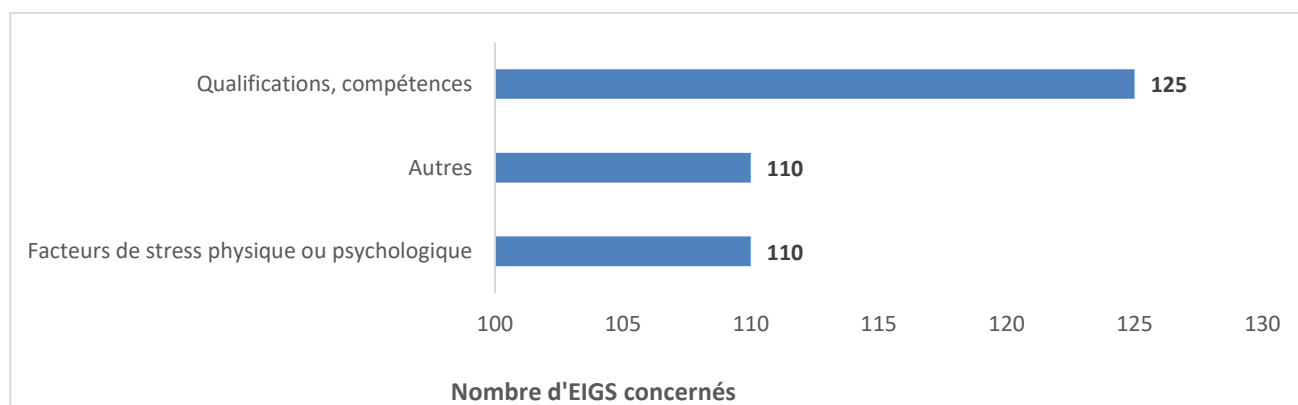


Figure 7. Répartition des causes profondes liées aux professionnels des EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 255 déclarations, réponses multiples).

Causes profondes liées à l'environnement de travail

L'environnement de travail a été considéré comme une cause profonde des EIGS dans 58 % des déclarations (223/385 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 8).

Les facteurs contributifs les plus souvent mentionnés étaient la charge de travail des professionnels (39 % ; 86/223), jugée élevée du fait de l'importance des soins techniques et d'accompagnement requis en fin de vie, ainsi que les difficultés liées aux fournitures et aux équipements (36 % ; 80/223).

Ces difficultés concernaient notamment l'absence de sécurisation de certains pousse-seringues, l'hétérogénéité des pompes utilisées selon les services, des matelas à air défectueux, des câbles de scope usés, l'indisponibilité de certains matériels ou médicaments, ainsi qu'une batterie de lève-personne insuffisamment chargée.

Les effectifs (20 % ; 45/223) ont été jugés insuffisants ponctuellement ou structurellement, avec une rotation élevée des professionnels et un recours fréquent à du personnel non permanent.

Des difficultés informatiques (18 % ; 40/223) ont été relevées, notamment la présence de logiciels peu fonctionnels (exemple : logiciel de prescription ne permettant pas certaines prescriptions de PCA), peu ergonomiques (exemples : faible lisibilité des prescriptions ou du plan de soins, lignes en doublon lors de modifications), mal paramétrés ou pas interopérables. De plus, des difficultés d'accès à certains logiciels et un manque de formation à ceux-ci ont été soulignés.

Les locaux (16 % ; 36/223) ont parfois été jugés peu adaptés à la surveillance et à la mobilisation des patients (longs couloirs, postes de soins excentrés, fenêtres non sécurisées, exigüité des chambres...).

Des retards d'intervention des médecins, notamment en astreinte, ainsi que des délais anormaux d'accès au matériel, aux prescriptions, aux résultats ou aux décisions (8 % ; 18/223) ont été rapportés.

Il a été également identifié des défauts de préparation, de transmission d'informations ou d'installation des patients lors des transferts (8 % ; 17/223).

Enfin, d'autres facteurs liés à l'environnement de travail (18 % ; 41/223) ont été signalés, tels que l'existence de plusieurs supports de prescription et d'administration, ainsi que des dossiers de liaison incomplets.

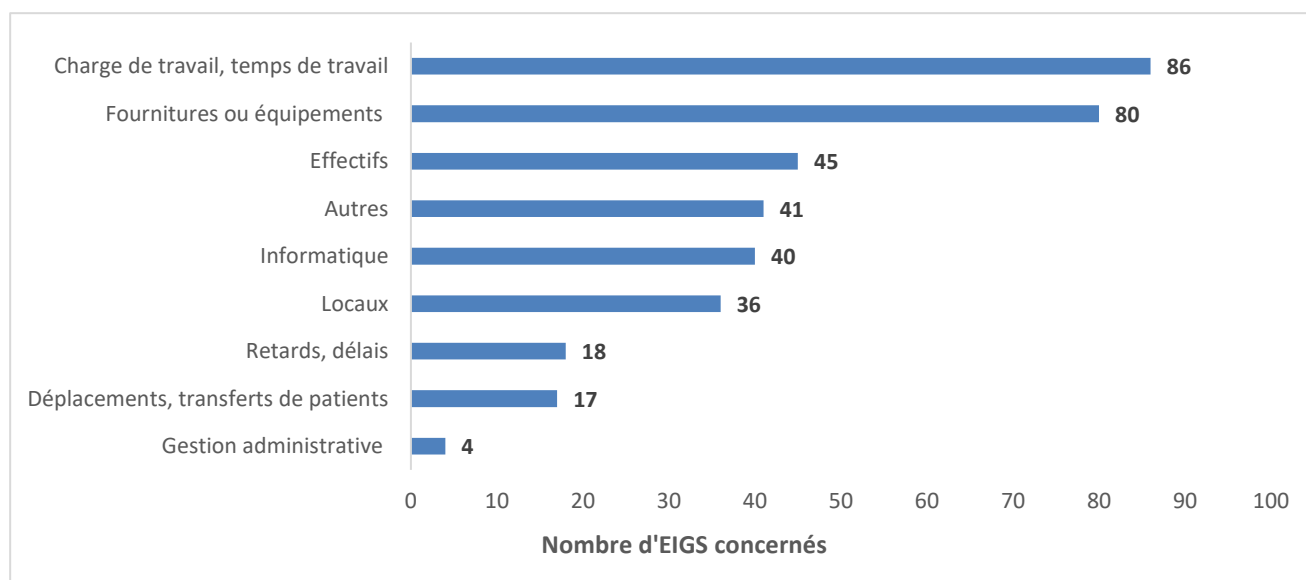


Figure 8. Répartition des causes profondes liées à l'environnement de travail des EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 223 déclarations, réponses multiples).

Causes profondes liées à l'équipe

Des causes profondes relevant de l'équipe ont été identifiées dans 55 % des déclarations (211/385 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 9), dont une majorité de facteurs liés à la communication entre professionnels (67 % ; 142/211).

Cette communication était souvent insuffisante. Elle se traduisait par l'absence de partage, ou de façon incomplète (transmission uniquement orale ou à certains membres de l'équipe seulement), d'informations cliniques essentielles, concernant notamment le risque suicidaire, le risque de chute, les troubles de la déglutition ou les objectifs de soins (limitations thérapeutiques, prise en charge de la douleur, conduite à tenir).

Les informations écrites pouvaient également présenter des lacunes (41 % ; 87/211) avec des défauts de traçabilité dans le dossier patient (réévaluation, surveillance, actes de soins et d'accompagnement réalisés), des transmissions incomplètes ou tardives ou encore des discordances entre supports papier et informatique, notamment pour les prescriptions médicamenteuses.

Concernant les transmissions et alertes entre professionnels ou structures (40 % ; 85/211), elles étaient parfois incomplètes ou absentes. La perte d'informations lors des relèves et changements d'équipe a exposé à des risques majeurs, tout comme les alertes non transmises ou transmises tardivement (douleur, risque suicidaire, aggravation clinique, chute...).

Dans certaines déclarations (24 % ; 51/211), la répartition des tâches apparaissait inadaptée, avec des rôles insuffisamment clarifiés, des délégations réalisées sans transmission préalable ou sans connaissance suffisante du patient, ainsi que des reports de responsabilités entre professionnels.

Des défauts de communication à destination du patient et de ses proches (18 % ; 37/211) ont été aussi rapportés, avec une information non tracée, incomplète ou non harmonisée entre professionnels. Cette information concernait par exemple le consentement du patient, les directives anticipées ou les objectifs de soins.

Dans certains cas, un manque d'encadrement et de supervision des étudiants ou des nouveaux arrivants a été indiqué (15 % ; 32/211), incluant l'absence d'évaluation de leurs compétences. Ces difficultés étaient souvent liées à la vacance de postes d'encadrement ou de coordination, ainsi qu'à l'arrivée récente d'encadrants ou de coordinateurs.

Un recours insuffisant à l'aide ou à un avis spécialisé a été identifié (7 % ; 14/211), notamment lors de situations à risque ou d'incertitude.

Par ailleurs, d'autres facteurs liés à l'équipe ont été mentionnés (13 % ; 28/211), tels que des difficultés relationnelles au sein de l'équipe, un manque d'écoute des préoccupations exprimées ou des divergences de positionnement face à certaines situations de la fin de vie.

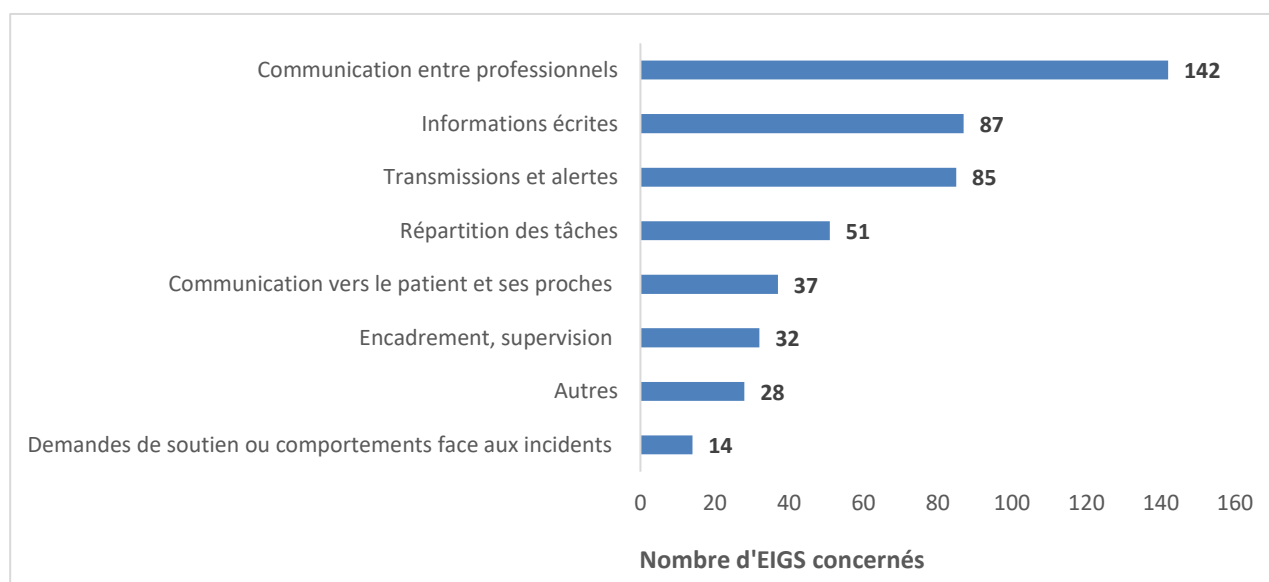


Figure 9. Répartition des causes profondes liées à l'équipe des EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 211 déclarations, réponses multiples).

Causes profondes liées à l'organisation et au management

Des facteurs liés à l'organisation et au management ont été relevés dans 43 % des déclarations (166/385 ; plusieurs réponses possibles ; cf. Figure 10).

Les déclarants ont principalement mis en évidence des insuffisances dans l'organisation et la structuration des pratiques au sein des équipes et des services (66 % ; 110/166), se traduisant par des défauts de formalisation, d'actualisation ou de diffusion des protocoles et procédures.

Ces éléments concernaient notamment l'organisation de la prise en charge de la fin de vie, la limitation ou l'arrêt des traitements, la prévention du risque suicidaire, ainsi que la sécurisation des pratiques à risque (par exemple : l'utilisation des opiacés et sédatifs) et la gestion des situations d'urgence. Ces constats traduisent des modalités d'organisation des pratiques insuffisamment définies, harmonisées ou diffusées à l'échelle des équipes et des services.

Une insuffisance de formation continue et de développement des compétences était rapportée dans 36 % des déclarations (59/166), en particulier pour des situations à risque ou complexes. Les besoins de formation concernaient notamment la gestion des situations d'urgence, l'utilisation de dispositifs ou thérapeutiques à risque (PCA, morphiniques) et l'évaluation du risque suicidaire. Ces constats renvoient à des limites dans l'organisation de la formation continue, l'évaluation des compétences et l'accompagnement des professionnels, en particulier lors de l'intégration de nouveaux arrivants.

Des difficultés liées à la gestion organisationnelle des ressources humaines étaient également rapportées (30 % ; 49/166), en lien avec un recours fréquent à du personnel non permanent. Dans ce contexte, les dispositifs d'accueil, d'intégration et de supervision étaient insuffisamment déployés et organisés, pouvant limiter la diffusion des pratiques attendues et la continuité de l'organisation des soins.

Le management de la sécurité apparaissait insuffisamment structuré dans certains cas (20 % ; 33/166). Les déclarants ont notamment mentionné des dispositifs de retour d'expérience inconstamment organisés, un pilotage incomplet du suivi des actions correctives, et des limites dans la structuration de l'analyse systémique des événements indésirables.

Par ailleurs, des défauts d'organisation des interfaces entre acteurs de la prise en charge étaient rapportés, notamment avec l'HAD, les professionnels libéraux, les établissements adresseurs ou les transports sanitaires, en lien avec des modalités de coordination, de partage d'information et de continuité des prises en charge insuffisamment formalisées.

Enfin, plus ponctuellement, étaient mentionnés une instabilité de la gouvernance et de l'encadrement (10 % ; 17/166), ainsi que des choix organisationnels en matière d'achats, de sous-traitance ou d'équipements (4 % et 3 %), pouvant contribuer à une hétérogénéité des pratiques.

Dans quelques situations, des contraintes financières limitaient la capacité des organisations à structurer leurs dispositifs (formation, équipements, projets) (2 % ; 3/166).

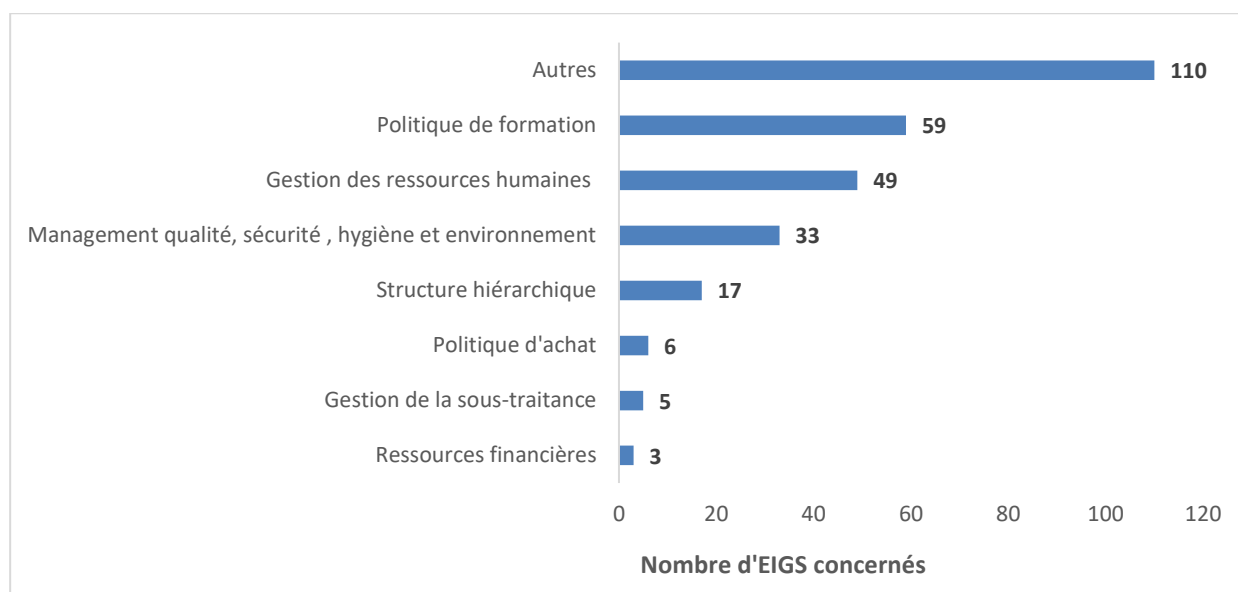


Figure 10. Répartition des causes profondes liées à l'organisation et au management des EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 166 déclarations, réponses multiples).

Causes profondes liées au contexte institutionnel

Des causes profondes liées au contexte institutionnel étaient citées dans 17 % des déclarations (67/385 ; plusieurs réponses possibles, cf. Figure 11).

La cause la plus fréquemment rapportée concernait l'impact du contexte médiatique et sociétal autour de la fin de vie (78 % ; 52/67). Les déclarations mentionnaient cette influence sur ces situations, sans toutefois en préciser le plus souvent les modalités concrètes. À titre marginal, une seule déclaration mentionnait l'absence de cadre législatif concernant le suicide assisté.

Des défauts d'organisation territoriale de l'offre de soins étaient également relevés (19 % ; 13/67), notamment le manque de lits d'aval ou de places adaptées pour des patients très dépendants ou présentant des situations cliniques complexes. Les filières spécialisées existantes, en particulier en gériatrie, psychiatrie ou soins palliatifs, étaient parfois décrites comme insuffisantes pour répondre aux besoins. Ces éléments traduisaient des difficultés d'accès à une offre de soins adaptée, en lien avec l'organisation territoriale et la permanence des soins.

Par ailleurs, des difficultés liées aux systèmes de signalement des événements indésirables associés aux soins (16 % ; 11/67) étaient mentionnées, notamment en lien avec un non-recours ou un recours tardif au signalement, une sous-déclaration, ainsi qu'une absence, à certaines périodes, de dynamique d'analyse des événements et de retour d'expérience structuré.

Enfin, des tensions sur les ressources humaines en santé étaient mentionnées (18 % ; 12/67), notamment en lien avec des difficultés à pourvoir certains postes, en particulier de nuit. Ces éléments, bien que relevant principalement des facteurs liés à l'environnement de travail et à l'organisation, s'inscrivent dans un contexte plus global de contraintes pesant sur le système de santé, susceptibles d'affecter la continuité et la disponibilité des prises en charge.

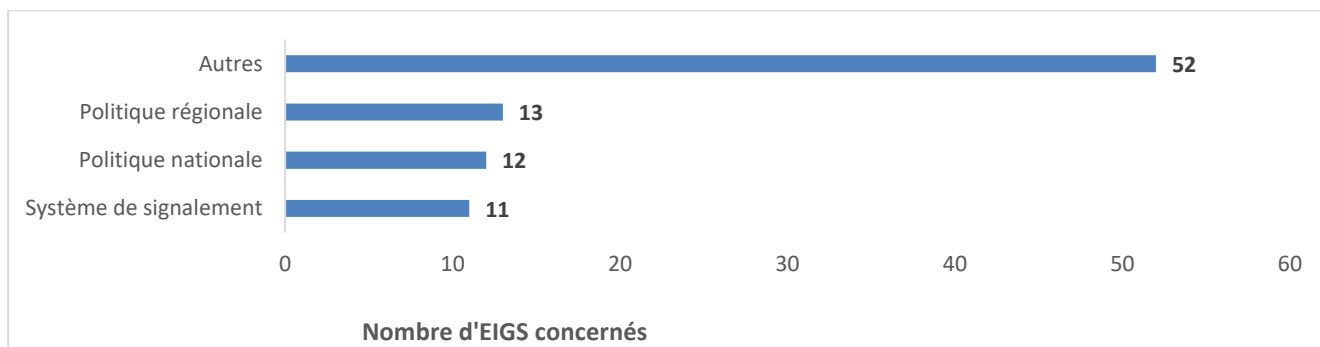


Figure 11. Répartition des causes profondes liées au contexte institutionnel des EIGS survenus chez des patients en fin de vie (n = 67 déclarations, réponses multiples).

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de santé. Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? . Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presse_dp_reco_fin_de_vie.pdf
2. Haute Autorité de santé. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco_fin_vie_med.pdf
3. Haute Autorité de santé. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de consensus. Mercredi 14 et jeudi 15 janvier 2004. Faculté xavier-bichat - Paris. Texte des recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Accompagnement_long.pdf
4. Haute Autorité de santé. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/mc_247_essentiel_demarche_palliative_coi_2016_12_07_v0.pdf
5. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Soins palliatifs et accompagnement. Saint-Denis La Plaine: INPES; 2009.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Brochure_grand_public_sur_les_soins_palliatifs_et_l_accompagnement.pdf
6. Cour des comptes. Les soins palliatifs. Une offre de soins à renforcer Paris: CC; 2023.
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-07/20230705-soins-palliatifs.pdf>
7. Observatoire régional de santé. Soins palliatifs en Ile-de-France. Paris: ORS; 2022.
https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2022/Soins_Palliatifs/ORS_Soins_palliatifs_Focus.pdf
8. Gouvernement. Stratégie décennale des soins d'accompagnement. Paris: Ministère du travail de la santé et des solidarités; 2024.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_decennale_soins_d_accompagnement.pdf
9. Haute Autorité de santé. Évaluation de la prise en charge de la fin de vie. Selon le référentiel Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-01/dir3/fiche_pedagogique_6e_cycle_soins_palliatifs.pdf
10. Haute Autorité de santé. abrEIGéS. Un condensé du rapport annuel sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) de 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/abreiges_eigs_2022.pdf
voire exclus
11. Haute Autorité de santé. Retour d'expérience national. Les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) – 2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/retour_experience_nationall_eigs_2021_2022-11-21_11-16-23_105.pdf
12. Haute Autorité de santé. Grille ALARM. Mis à jour le 24 juil. 2026 [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm

13. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
14. Haute Autorité de santé. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie
15. Chauvin F. Vers un modèle français des soins d'accompagnement. Paris: Ministère de la santé des familles de l'autonomie et des personnes handicapées; 2023.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_strategie_du_cennale_soins_palliatifs.pdf
16. Haute Autorité de santé. Modèle de Plan personnalisé d'accompagnement Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-01/plan_personnalise_accompagnement_-_note_de_cadrage.pdf
17. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs. Démarche palliative [En ligne]. Paris: SFAP; 2026.
<https://www.sfap.org/referentiels-aide-a-la-pratique/outils-daide-a-la-pratique/demarche-palliative/>
18. Haute Autorité de santé. Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2655088/fr/comment-ameliorer-la-sortie-de-l-hopital-et-favoriser-le-maintien-a-domicile-des-patients-adultes-relevant-de-soins-palliatifs
19. National Institute for Health and Care Excellence. End of life care for adults: service delivery. NICE guideline. London: NICE; 2019.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng142>
20. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2016.
<https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/WHO%20guide%20plan%20%26%20implem%20pc%20services%202016.pdf>
21. Haute Autorité de santé. Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile. Mis à jour le 13 mars 2018. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2833702/fr/accompagner-la-fin-de-vie-des-personnes-agees-a-domicile
22. National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline. London: NICE; 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/NG31>
23. Haute Autorité de santé. Périodes de vulnérabilité. Pas de vacance(s) pour la sécurité. Flash sécurité patient [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3634644/fr/flash-securite-patient-periodes-de-vulnerabilite-pas-de-vacance-s-pour-la-securite
24. Haute Autorité de santé. Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h
25. Haute Autorité de santé. Dossier de liaison d'urgence domicile (DLU-Dom). Mis à jour le 22 oct. 2025. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3210058/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-domicile-dlu-dom
26. Haute Autorité de santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-

[faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante](#)

27. Union régionale des professionnels de santé infirmiers libéraux d'occitanie, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, Agence régionale de santé Occitanie. Collaboration entre IDEL et HAD. Guide pratique. Montpellier: URPS ILO; FNEHAD; ARS Occitanie; 2024.

<https://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/Guide-pratique-Collaboration-entre-IDEL-et-HAD.pdf>

28. Haute Autorité de santé. Hospitalisation à domicile. Une organisation huilée pour ne pas avoir une HAD grippée. Flash sécurité patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3550971/fr/flash-securite-patient-hospitalisation-a-domicile-une-organisation-huilee-pour-ne-pas-avoir-une-had-grippee

29. 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

30. Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques. Midazolam injectable pour sédation en soins palliatifs. Dispensation par l'officine. Administration au domicile Tours: OMÉDIT Centre Val de Loire; 2026.

https://www.omedit-centre.fr/medias/Midazolam-injectable-sedation-palliative_Dispensation-officine-administration-domicile.pdf

31. Haute Autorité de santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/3ebate_guide_adm_reduit_261113.pdf

32. Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques, CHU

Rouen Normandie. Guide de bon usage des pompes PCA dans les douleurs chroniques de l'adulte, essentiellement d'origine cancéreuse et en soins palliatifs Rouen: OMÉDIT Normandie; 2020.

<https://www.omedit-normandie.fr/media-files/28243/guide-pca-revu-v-2020-vf.pdf>

33. Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques. Prévenir les erreurs de programmation des dispositifs d'administration. Quimper: OMÉDIT Bretagne; 2024.

<https://www.omeditbretagne.fr/qualite-securite-vigilance/never-events-mhr/dispositif-dadministration/>

34. Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques. Never events en HAD. Liste régionale des événements qui ne devraient jamais arriver en HAD. Tours: OMÉDIT Centre Val de Loire; 2021.

<https://www.omedit-centre.fr/medias/Never-events-HAD-region-CVdL.pdf>

35. Haute Autorité de santé. Utilisation des morphiniques. Opiacé mal utilisé, surdosage assuré. Flash sécurité patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-11/flash_securite_patient_utilisation_des_morphiniques_opiace_mal_utilise_surdosage_assure.pdf

36. Haute Autorité de santé. Calcul de doses médicamenteuses. La règle de trois doit rester la règle. Flash sécurité patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/spa_205_flash_calcul_doses_cd_2021_12_16_v1.pdf

37. Haute Autorité de santé. Dispositifs médicaux. Bien s'en servir... pour éviter le pire Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/flash_dispositifs_medicaux_18_nov_vd.pdf

38. Haute Autorité de santé. Médicaments à risque. Sous-estimer le risque c'est risqué. Flash sécurité patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

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

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

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

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

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_suicides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf

41. Ministère de la santé des familles de l'autonomie et des personnes handicapées. Prévenir le risque suicidaire en établissement.

Grille d'auto-évaluation de la sécurisation de l'environnement de soins [En ligne] 2026.

<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/prevenir-le-risque-suicidaire-en-etablissement>

42. Haute Autorité de santé. Évaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

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

43. Haute Autorité de santé. Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec le personnel non permanent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-09/analyse_des_declarations_de_la_base_nationale_des_evenements_indesirables_graves_associes_aux_soins_eigs_en_lien_avec_le_per.pdf

Participants

Deux 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 :

- Dr Elodie Brunel, anesthésiste-réanimatrice, directrice médicale de crise, Centre hospitalier de Montauban ;
- Mme Adeline Cordary, directrice adjointe qualité et gestion des risques, Institut Curie.

Remerciements

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

Abréviations et acronymes

EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIGS	Évènement indésirable grave associé aux soins
EMSP	Équipe mobile de soins palliatifs
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IDEC	Infirmier diplômé d'État coordinateur
IDEL	Infirmier diplômé d'état libéral
LATA	Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives
PCA	Patient-Controlled Analgesia / analgésie contrôlée par le patient
PPA	Plan personnalisé de soins et d'accompagnement
PSE	Pousse seringue électrique
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
VNI	Ventilation non invasive

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

