HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommander les bonnes pratiques



FLASH SÉCURITÉ PATIENT

Fatigue des professionnels de santé

Préserver les soignants pour mieux soigner les patients

Janvier 2026

Ça peut aussi vous arriver

Évènement 1

Erreur de préparation de lidocaïne prolongeant la surveillance en soins intensifs

À la fin d'une journée de travail en service de réanimation-soins intensifs, une infirmière diplômée d'État (IDE) prépare en urgence une cupule de lidocaïne 1 % prescrite pour la pose d'un drain thoracique chez un patient avec un pneumothorax mal toléré. La pose se déroule sans difficulté mais, dix minutes plus tard, le patient présente une aphasie et une crise convulsive. Une benzodiazépine est immédiatement administrée au patient. La symptomatologie disparaît en 20 minutes. Une surveillance est mise en place dans le service.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Il y a eu une erreur de préparation : l'IDE a préparé de la lidocaïne 5 % au lieu de la lidocaïne 1 % prescrite, ce qui a entraîné un surdosage lors de l'administration par le médecin.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- L'évènement s'est produit :
  - à la fin d'une journée de travail de 12 heures particulièrement chargée (fatigue de l'IDE) ;
  - au moment du changement d'équipe ;
  - lors d'une situation d'urgence (stress de l'IDE).
- En raison de ces facteurs, il y a eu une baisse de vigilance et une modification du comportement habituel de l'IDE :
  - l'IDE a pris le mauvais dosage de lidocaïne (5 % au lieu de 1 %), sachant que la présentation de ces deux médicaments était très ressemblante ;
  - il n'y a pas eu de contrôle ultime avant l'injection de la lidocaïne, alors que l'IDE le faisait habituellement systématiquement.

Évènement 2

Oubli d'un corps étranger lors d'une intervention entraînant une reprise opératoire

Un dimanche matin, à l'issue d'une garde, un chirurgien réalise une cholécystectomie cœlioscopique chez un patient présentant une cholécystite aiguë lithiasique. L'intervention est longue et difficile, avec une ouverture de la vésicule, libérant de très nombreux calculs dans la cavité péritonéale. Le chirurgien utilise un premier sac largable pour extraire la vésicule, puis un second pour recueillir les calculs. Une reprise chirurgicale est réalisée le lendemain.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Un sac largable a été oublié dans le site opératoire.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- L'intervention a eu lieu un dimanche matin, à la fin d'une garde de 24h. Le chirurgien était fatigué et sa vigilance altérée.
- Sur le plan technique, l'opération a été particulièrement longue et complexe (ouverture de la vésicule biliaire avec présence de nombreux calculs).
- L'utilisation d'un 2e sac largable est inhabituelle pour l'équipe qui n'y a attaché aucun fil. Usuellement, l'équipe utilise un sac largable unique.
- Le temps 3 de la *check-list* (après intervention) n'a pas été correctement réalisé.

Évènement 3

Erreur d'interprétation du rythme cardiaque fœtal entraînant le décès d'un nouveau-né

Une patiente primipare, dont le fœtus se présente par le siège, est en travail, la nuit, dans une maternité. Le rythme cardiaque fœtal (RCF) est considéré comme normal par l'équipe obstétricale. La patiente accouche par voie basse, d'un enfant né en état de mort apparente, nécessitant des gestes de réanimation. Il est transféré en centre hospitalier universitaire et décède des suites d'une anoxie cérébrale après un arrêt des soins.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Il y a eu une erreur d'interprétation du rythme cardiaque fœtal (le rythme était celui de la mère et non celui du fœtus).

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- L'équipe obstétricale était fatiguée : il y avait une activité plus soutenue qu'à l'ordinaire (huit naissances sur 24h) et les gynécologues-obstétriciens faisaient une garde de 24h.
- L'équipe était stressée du fait de l'accouchement par le siège, plus à risque qu'une présentation céphalique.
- L'équipe était concentrée sur la présentation fœtale, sans identifier que le rythme cardiaque entendu *via* le cardiotocographe, rassurant, était celui de la mère et non celui du fœtus (probable effet tunnel) : la fréquence cardiaque maternelle très élevée, comprise entre 110 et 160 battements par minute, sans ralentissement, a favorisé cette confusion.
- Le tracé du RCF en salle de naissance a été mal interprété.
- Le report des tracés des rythmes cardiaques fœtal et maternel dans le bureau de l'équipe n'a pas été regardé.

Mots clés : ***temps de travail – charge de travail – fatigue des professionnels – garde – astreinte***

Pour que cela ne se reproduise pas

L'analyse des 79 298 évènements indésirables associés aux soins déclarés dans la base de retour d'expérience de l'accréditation des médecins et équipes médicales entre le 31 mai 2016 et le 31 mai 2025 met en évidence que plus de 10 % d'entre eux ont une cause profonde en lien avec la « charge de travail » ou la « fatigue ».

Les professionnels de santé peuvent être exposés à une fatigue importante (travail effectué de nuit, horaires variables, plages horaires longues, charge de travail, sous-effectif, stress, etc.). Les conséquences peuvent être majeures sur leur santé et *in fine*, sur la sécurité des patients : altération des performances cognitives, augmentation du risque d'erreur, irritabilité, isolement, déficit de sommeil, etc.

Culturellement, les professionnels de santé tendent à minimiser l'impact de la fatigue, car les soins aux patients sont souvent considérés comme plus importants que le soin de soi. Les tensions actuelles sur les ressources humaines dans les établissements renforcent également cette attitude.

Tous les professionnels sont concernés par cette problématique, quels que soient leurs secteurs d'activité.

Pour mesurer, atténuer et gérer la fatigue des professionnels de santé, il est préconisé de :

- sensibiliser les professionnels de santé et la gouvernance des établissements aux risques liés à la fatigue ;
- promouvoir une culture de sécurité pour oser dire sa fatigue sans stigmatisation ;
- s'appuyer si possible sur la médecine du travail et le médecin traitant.

Sur le plan individuel :

- assurer un temps de repos et de récupération quotidien suffisant (repas, pauses, siestes courtes < 30 minutes pendant le travail de nuit, hygiène de vie et de sommeil, etc.) ;
- savoir reconnaître les signes de fatigue pour soi et pour les autres (bâillement, baisse de concentration et de vigilance, somnolence, etc.) et en parler au sein de l'équipe ;
- favoriser la lumière vive ou enrichie en bleu en début de prise de poste pour le travail de nuit, une hydratation suffisante et une prise de caféine adaptée pour atténuer les effets de la fatigue ;
- savoir demander de l'aide.

Sur le plan organisationnel :

- impliquer les équipes de soins dans l'élaboration des plannings dans le respect de la règlementation en vigueur[1] ; les diffuser à l'avance, en limitant les changements d'horaires ;
- réduire au minimum le nombre de nuits de travail consécutives (si possible pas plus de trois ou quatre, surtout de 12h) ; limiter la durée des quarts de travail ;
- organiser un temps de chevauchement suffisant entre les équipes pour une transmission d'informations ;
- mettre à disposition des espaces de repos ;
- limiter la fatigue liée à l'environnement ;
- s'appuyer sur des mesures barrières telles que l'utilisation de *check-lists* et les aides cognitives.



1. Service public. Durée du travail dans la fonction publique hospitalière.

La collection « Flash sécurité patient »

La collection « Flash sécurité patient » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS) auxquels ils ont été confrontés, et qui sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements. **La HAS ne modifie pas et n'interprète pas ces EIAS déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.**

Ce flash s'intéresse aux EIAS en lien avec la fatigue des professionnels de santé (longues journées, travail de nuit, gardes, astreintes, etc.). Les évènements décrits ne le sont pas dans leur ensemble et les analyses reportées ont été focalisées sur les causes profondes liées à la charge de travail et à la fatigue.

Pour en savoir plus

- A Mentec H, Legris C, May-Michelangeli L. Comment gérer la fatigue des professionnels de santé ? Risques & Qualité. 2025;22(1):23-25.
- Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Critère 3.2-09. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2025.
- Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale. Organisation du temps de travail : soyez efficace et attractif. Paris : ANAP ; 2022.
- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles (INRS). Travail en horaires atypiques [en ligne] 2021.
- The Joint Commission. Sentinel Event Alert 48 : Health care worker fatigue and patient safety. [Addendum may 14, 2018] [en ligne] 2011.

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Janvier 2026