

## EDITO

Chers professionnels et partenaires,

Le 10 décembre 2024, nous avons eu le privilège d'organiser une journée régionale dédiée à un enjeu fondamental : la sécurité des patients et des résidents. Ce moment d'échange et de réflexion a réuni 160 professionnels issus de divers horizons, témoignant de l'engagement collectif envers l'amélioration continue de la qualité et des soins.

Les thématiques abordées lors de cette journée, inspirées de la feuille de route de la DGOS, ont permis de partager des outils, des expériences et des approches innovantes. Ce bulletin CRIQUET prolonge cette dynamique en rassemblant des articles rédigés par nos intervenants et par des établissements volontaires, désireux de mettre en lumière leurs initiatives et leurs retours d'expérience.

À travers ces pages, nous vous invitons à explorer des démarches inspirantes, à découvrir des outils pratiques et à renforcer vos compétences pour relever ensemble les défis de demain.

Un immense merci aux intervenants pour leur mobilisation et leur générosité, ainsi qu'à chaque établissement qui a enrichi ce numéro par ses contributions. Ensemble, nous portons haut les valeurs d'une santé plus sûre et d'une culture de l'amélioration continue.

Excellente lecture,

Alain Morin

## SOMMAIRE

### Ce que vous pourrez lire dans ce bulletin :

- Bilan d'étape de la feuille de route 2023-2025 pour une sécurité accrue des patients et des résidents : ambitions et perspectives par la DGOS, la HAS et la DGS. (p. 2-4-7)
- Outils et stratégies pour encourager une culture juste et bienveillante, en faveur de la déclaration des événements indésirables. (p. 8)
- Innovations et outils pratiques :
  - Sécurisation du circuit du médicament : retours d'expérience concrets. (p. 9)
  - Évaluation de la Check-List opératoire : quelles leçons tirer ? (p. 20 et 24)
- Retours d'expérience inspirants :
  - Une journée dédiée au signalement des EIG. (p. 13)
  - Co-construction d'un parcours sécurisé pour les accouchements à domicile (p. 18).
  - Études et initiatives autour du risque suicidaire et des parcours sécurisés. (p. 19 et 22)
- Initiatives spécifiques pour les EHPAD et les MAS :
  - État nutritionnel et amélioration de la qualité de vie des résidents. (p. 21)
  - Plans d'action sur la distribution sécurisée des médicaments. (p. 5 et 9)
- Place du patient, au cœur de la sécurité
  - Prise en compte du récit patient et recueil de sa satisfaction (p. 26)
  - Projet des usagers, outil de promotion de leurs droits (p. 27).



## BILAN D'ETAPE DE LA FEUILLE DE ROUTE 2023-2025 SECURITE DES PATIENTS ET DES RESIDENTS – Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS)

En 2023, la DGOS a lancé la première feuille de route ministérielle dédiée à l'amélioration de la sécurité des patients et des résidents. En mobilisant les professionnels et les usagers déjà engagés dans cette démarche, elle vise à réduire la survenue des événements indésirables associés aux soins évitables, tout en valorisant les dispositifs existants tels que la certification des établissements et l'accréditation des médecins. L'objectif final est de renforcer la culture de sécurité dans tous les secteurs de l'offre de soins et à chaque étape des parcours de santé, avec une implication étroite des patients et des acteurs à tous les niveaux : national, régional et local.

### Axes stratégiques et ambitions

La feuille de route s'articule autour de plusieurs ambitions. La première consiste à ancrer une véritable culture de sécurité dans le système de santé, en dépassant le cadre hospitalier pour inclure la ville et le secteur médico-social. Elle encourage une meilleure coordination des professionnels entre ces différents secteurs, tout en rendant plus cohérentes et accessibles les actions en matière de sécurité pour les usagers et les soignants. Une autre priorité est d'associer activement les usagers, en valorisant leur rôle central dans la sécurité des soins.

Cette démarche repose aussi sur l'évolution des pratiques : il s'agit de passer d'une culture punitive de l'erreur à une culture juste, favorisant l'apprentissage et la prévention des risques. Ce changement, aligné sur les recommandations internationales, implique l'instauration d'une culture organisationnelle forte, l'engagement des gouvernances et la promotion de formations adaptées, de systèmes de signalement des incidents et de pratiques collaboratives.

### Objectifs transversaux

Deux grands objectifs transversaux soutiennent cette dynamique :

1. **Communiquer** pour sensibiliser les professionnels de terrain et les usagers, leur permettant de s'approprier les outils et démarches existants.
2. Former les professionnels et les patients à la culture de sécurité, en intégrant dans les formations initiales et continues des thématiques clés comme le travail en équipe, la gestion des facteurs humains et la coordination. Ces formations aborderont aussi la gestion des risques liés aux défauts d'organisation ou de communication.

### Cinq axes prioritaires

Cinq axes structurent cette feuille de route :

1. **Valoriser le travail en équipe et les temps collectifs** : coordonné par la HAS et l'Association française des directeurs des soins, cet axe inclut le programme Pacte (programme d'amélioration des conditions de travail en équipe, les dispositifs d'accréditation en équipe et les rencontres sécurité intégrant la gouvernance).
2. **Agir sur la sous-déclaration des EIGS** : piloté par la DGS et l'ARS Bourgogne Franche-Comté, cet axe vise à lever les freins à la déclaration des incidents et à promouvoir une approche non punitive, plus juste.
3. **Renforcer la capitalisation sur les retours d'expérience** : coordonné par la FORAP, cet axe améliore l'analyse des déclarations et favorise leur partage au sein d'espaces collaboratifs.
4. **Concentrer les efforts sur les secteurs à risque** : coordonné par la DGOS, cet axe cible notamment le bloc opératoire, les soins critiques, la sortie des patients et le risque suicidaire.
5. **Promouvoir la place des patients et de leurs proches** : coordonné par France Assos Santé et le RREVA-NA, cet axe renforce le rôle des patients et des représentants des usagers dans la sécurité des soins. Il encourage notamment l'expression des usagers et leur participation à l'analyse des événements indésirables associés aux soins.

### Perspectives

Un premier bilan des actions a été présenté lors de la Semaine de la sécurité des patients en septembre 2024. Le bilan final est envisagé d'ici fin 2025 même si les efforts devront être poursuivis au-delà pour pérenniser une véritable culture de sécurité à tous les niveaux.

### En synthèse

Avec ses deux objectifs transversaux et ses cinq axes prioritaires, la feuille de route ambitionne de fédérer l'ensemble des acteurs autour d'une vision partagée : améliorer durablement la sécurité des soins en impliquant patients, soignants et gouvernances, tout en construisant un cadre propice à l'apprentissage et à la prévention des risques.



# AXE 1

**VALORISER ET ACCOMPAGNER LE  
TRAVAIL EN ÉQUIPE ET LES TEMPS  
COLLECTIFS SUR L'ENSEMBLE DU  
PARCOURS PATIENT**

## VALORISER ET ACCOMPAGNER LE TRAVAIL EN EQUIPE ET LES TEMPS COLLECTIFS TOUT AU LONG DU PARCOURS PATIENT

La Haute Autorité de santé, contribue, depuis 2023, à la feuille de route Sécurité des patients et des résidents portée par la DGOS. En effet, elle coordonne l'axe 1 « Valoriser et accompagner le travail en équipe et les temps collectifs tout au long du parcours patient » avec l'Association française des directeurs de soins (AFDS) et participe à des actions des autres axes.

### Valoriser le travail en équipe pour un parcours patient sécurisé

Le travail en équipe est un levier essentiel pour prévenir les défauts d'organisation, de coordination ou de communication, souvent à l'origine d'événements évitables. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour renforcer cette dynamique :

- **La promotion du programme Pacte** (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe) **ou tout autre programme équivalent de la promotion du travail en équipe** : afin de développer des compétences collectives en gestion des ressources humaines et techniques, des sessions de sensibilisation au *Crew Resource Management* (CRM Santé) ont été organisées et se poursuivent en 2025.
- **Une enquête sur le PACTE en soins primaires avec l'EHESP** : elle a permis de recueillir des données sur la connaissance des professionnels de santé de ce programme, en vue d'identifier de futures actions de communication et de sensibilisation.
- **Renforcement des liens entre l'accréditation et d'autres dispositifs de certification** (certification des établissements de santé et certification périodique des professionnels de santé): ce rapprochement vise à intégrer pleinement la démarche qualité dans les pratiques des professionnels et des établissements.
- **Formation des managers hospitaliers aux rencontres sécurité** : en collaboration avec l'EHESP, cette action sensibilise les futurs responsables à l'importance de moments d'échanges directs avec les équipes sur le terrain.
- **Le challenge national** : « Et chez vous, comment le patient participe-t-il à la sécurité des soins ? » : ce concours réalisé avec l'IFEP met en lumière des initiatives où les patients sont intégrés comme acteurs de leur sécurité. Parmi les lauréats, on note des projets novateurs, tels que l'implication des parents dans la sécurisation des soins pédiatriques ou encore l'autoadministration des médicaments par les patients en réadaptation.

### Communiquer et former pour sensibiliser l'ensemble des acteurs

Au-delà des actions techniques, tous les axes de cette feuille de route reposent aussi sur une stratégie de communication active et sur des actions de formation pour faire connaître les outils existants. Concernant l'axe 1, une des actions transversales menées est une campagne de communication sur l'accréditation des médecins et des équipes médicales, dont une action « d'aller vers » les établissements de santé, intitulée « La HAS vient à votre rencontre ».

Pour en savoir plus sur les actions de la HAS dans le cadre de la feuille de route, consultez : [Haute Autorité de Santé - Améliorer la sécurité des patients et des résidents - Feuille de route 2023-2025](#)

## Valorisation du travail en équipe par la perméabilité des secteurs sanitaire et médico-social.

Un audit croisé sur les « Interruptions de tâches lors de l'administration des médicaments » selon la méthodologie proposée par le RéQua, a été réalisé sur l'ensemble des secteurs de l'établissement de santé de Quingey.

Les objectifs étaient :

- Une prise de conscience du nombre d'interruptions et de leurs impacts réels ou potentiels sur la sécurité ;
- Une identification des sources et motifs des interruptions ;
- Une mise en place des mesures d'amélioration.

Un groupe de travail constitué de la pharmacienne, des cadres de santé, des infirmières s'est rencontré à trois reprises pour : organiser cet audit, analyser les résultats et proposer un plan d'action d'amélioration des pratiques.

La démarche consistait à évaluer des infirmier(e)s sur un jour donné afin d'observer toutes les étapes de l'administration des médicaments : relevé de prescription, préparation de médicaments, administration de médicaments et traçabilité. Les auditeurs préalablement formés aux outils d'évaluation ont réalisé les évaluations en binôme, à savoir un cadre de santé et une aide-soignante, dans un autre service que celui où ils exercent.

Après chaque audit, un débriefing post-observation a été réalisé par les auditeurs, avec l'équipe de soins.

Cet audit a donné lieu à un rapport pour chaque service et a fait l'objet d'une diffusion au sein de chaque service.

Résultats : L'observation par infirmier(e) a duré environ 1h.

Le pourcentage d'interruption par des professionnels, par secteur sont les suivants :

**Soins Médicaux et de Réadaptation** : 37.5%

**Unités de Soins de Longue Durée** : 46.2 %

**Maison d'Accueil Spécialisées** : 66.7%

**Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** : 54.3%



L'intérêt était de sensibiliser les soignants lors de réalisation de tâches à risque comme la distribution de médicaments. En effet, l'interruption représente un risque majeur lié à la reprise (oubli, erreur dans la reprise, ...). Les résultats montrent que les infirmier(e)s sont interrompu(e)s principalement par d'autres professionnels de santé : cadres de santé, médecins, aides-soignant(e)s, rééducateurs mais également par les appels téléphoniques, par les familles et patients/résidents.

Cet audit souligne **une banalisation** des interruptions de tâches pendant la distribution des traitements par l'ensemble des professionnels. Il a permis une prise de conscience par les professionnels des interruptions de tâches lors de l'administration des médicaments et donc de les sensibiliser sur ce risque.

Avantages : prise de conscience des soignants de la quantité d'interruption lors de l'administration des traitements des patients/résidents

Inconvénients : intervention de professionnels dans un autre service

Freins : inquiétude des infirmier(e)s face à un changement de pratiques

Leviers identifiés : implication des cadres de santé et de la pharmacienne

Les actions d'amélioration validées par le groupe de travail :

- Mise en place d'un visuel lors de la distribution des médicaments par l'infirmier (e) afin de garder une vigilance lors de ce soin à risque. Il a été décidé d'acquérir des gilets de couleur bleue, sur lesquels sont annotés « **SOINS EN COURS** » et « **NE PAS DERANGER, JE DISTRIBUE LES MEDICAMENTS** » ;

- Insertion d'un flyer dans le livret d'accueil à destination des familles. Il informe des horaires à privilégier pour contacter les services de soins, afin de permettre le bon déroulement des soins ;

- Sensibilisation des professionnels via le retour de cet audit ;

- Accompagnement des infirmier(e)s par les cadres de santé dans la mise en place d'une nouvelle pratique.



Cette action a permis d'obtenir une étoile lors des visites d'évaluation pour la Maison d'Accueil Spécialisée et l'Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.



# AXE 2

## AGIR SUR LA SOUS-DÉCLARATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES (EIGS)



## PROMOUVOIR LA DECLARATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES ASSOCIES AUX SOINS – Direction Générale de la Santé (DGS)

La feuille de route lancée en 2023 pour renforcer la sécurité des patients et des résidents propose d'« Agir sur la sous-déclaration des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) » dans son Axe 2. Il a pour objectif d'encourager les professionnels de santé à déclarer ces événements, afin de favoriser une analyse approfondie des causes, un partage d'expérience et, in fine, une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements.

### Comprendre les freins à la déclaration

Les déclarations d'EIGS restent insuffisantes. Plusieurs obstacles freinent encore les professionnels de santé :

- D'abord, un manque de formation sur le processus de déclaration via le portail national de signalement limite leur engagement.
- Ensuite, la crainte persistante d'être sanctionnés, nourrie par une culture axée sur la recherche de responsabilités individuelles, décourage la déclaration. Cette perception punitive entrave l'instauration d'une approche systémique, qui prendrait en compte des facteurs variés comme l'organisation du travail, le contexte institutionnel ou encore les interactions en équipe.
- Enfin, le retour d'expérience, essentiel pour valoriser les déclarations, reste peu développé, ce qui limite son impact sur les pratiques professionnelles.
- **Les actions déployées dans le cadre de l'Axe 2**
  - **Adapter et améliorer le processus de déclaration**

Pour rendre le processus de déclaration plus accessible, plusieurs initiatives ont été engagées. Au début de l'année 2025, des aides concrètes seront intégrées au portail national de signalement des événements indésirables. Ces aides permettront de guider les professionnels dans le remplissage des formulaires, tout en simplifiant la démarche.

Par ailleurs, des aménagements techniques supplémentaires sont prévus pour 2025 et 2026, afin de renforcer l'efficacité du dispositif.

Dans le même temps, des outils seront mis à disposition des agences régionales de santé (ARS) pour faciliter la gestion et l'exploitation des EIGS.

- **2. Instaurer une culture juste et non punitive**

Pour transformer les mentalités, la feuille de route met l'accent sur l'instauration d'une « culture juste ». Ce concept repose sur l'idée que l'erreur humaine est inévitable, mais que le système de soins peut être continuellement amélioré pour réduire les risques. Plutôt que de chercher à désigner des coupables, cette approche valorise l'identification des lacunes organisationnelles, des dysfonctionnements et des facteurs systémiques, afin de prévenir la répétition des incidents.

En cultivant cette philosophie, les professionnels sont encouragés à déclarer les événements indésirables sans crainte, dans une perspective constructive et collective.

### 3. Encourager activement la déclaration des EIGS

Pour accompagner les professionnels dans leur démarche, la Direction générale de la santé (DGS) a recensé en 2023 les outils existants développés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et plusieurs ARS. Ces supports comprennent des guides pratiques, des formations ciblées et des campagnes de sensibilisation. Cette boîte à outils constitue une ressource essentielle pour aider les établissements et les équipes à intégrer la déclaration des EIGS dans leurs pratiques quotidiennes.

### Perspectives et coopération renforcée

Au-delà des actions immédiates, un travail de fond est mené en collaboration avec les organismes de formation initiale et continue des professionnels de santé, des cadres, des magistrats et des agents des ARS. Depuis un an, ces échanges ont permis d'identifier les formations disponibles et d'envisager des ajustements pour mieux répondre aux besoins. Cette approche s'appuie également sur des outils développés à l'international, notamment au Royaume-Uni et en Suisse, pour inspirer des solutions innovantes.

En consolidant ces actions et en favorisant une synergie entre tous les acteurs, la feuille de route ambitionne de créer un environnement où chaque signalement devient une opportunité d'apprentissage et d'amélioration. Il s'agit d'un engagement collectif pour garantir une prise en charge toujours plus sûre et de meilleure qualité pour les patients et les résidents.

### Déclaration et exploitation bienveillantes des EI

#### Une équipe engagée dans la culture de la qualité et de la sécurité des soins.

Au sein du SMR Marguerite Boucicaud, chaque professionnel joue un rôle clé dans la promotion d'une culture qualité et sécurité des soins. La déclaration des événements indésirables en externe est devenue un réflexe collectif, et toutes les analyses de causes sont menées de manière participative.

"On apprend avec ses erreurs" est bien plus qu'un slogan ici : c'est un état d'esprit. L'équipe du SMR met un point d'honneur à analyser, exploiter et communiquer sur les retours d'expérience.

Et les résultats parlent d'eux-mêmes ! **De l'enquête à la culture positive de l'erreur c'est tout une démarche à découvrir, fruits d'un engagement collectif.**

Contact : Fabrice DE SAINTE MARIE, Directeur [Fabrice.de-sainte-marie@croix-rouge.fr](mailto:Fabrice.de-sainte-marie@croix-rouge.fr)  
Retrouvez cette présentation sous le lien suivant : [Présentation PowerPoint](#)

#### ET N'OUBLIEZ PAS....

#### Le kit du signalement et de la déclaration

Dans le cadre de sa politique de promotion d'une culture Sécurité, ce travail a été réalisé sur une année, par l'équipe Qualité Sécurité Patients du DVSS associant notamment le RéQua.

Ce kit contient des outils pour faciliter l'identification, le signalement et la déclaration des EIG/EIGS, et former les équipes. Il a été présenté au cours de 2 formations « administration et déclaration des signaux relatives aux médicaments » en 2023 auprès de 90 établissements médico-sociaux.

Le kit complet est également téléchargeable sur le site de l'ARS :  
[Boîte à outils Semaine de sécurité des patients | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté \(sante.fr\)](#)



## SÉCURISATION DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE (MAS)

*Sécuriser le circuit du médicament notamment la phase d'administration des traitements est une priorité pour la MAS la Cerisaie. Depuis maintenant 4 ans, la MAS a déployé une habilitation à l'aide à la prise. Depuis 2023, la MAS a réactualisé son travail et mis en place l'habilitation à l'administration médicamenteuse proposée par l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) pour l'ensemble des professionnels d'accompagnement et de soin non-infirmiers.*

Habiller à l'administration médicamenteuse les professionnels de soin non-infirmier c'est tout d'abord définir une démarche qualité utilisant la méthode du Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi (QQOQCP).

En 2019, partant du constat que les traitements étaient très régulièrement administrés par les professionnels de soin en présence de l'IDE ou en son absence, nous avons réfléchi en équipe pluridisciplinaire à l'aide à la prise médicamenteuse des actes prescrits et préalablement préparés par le pharmacien et/ou l'IDE.

Les premières bases de notre travail sont issues de l'article 313-26 du Code de l'Action sociale et des Familles relatif à l'aide à la prise des médicaments constituant une aide aux actes de la vie courante et notre circuit du médicament.

Ceci a été travaillé conjointement avec le développement de la culture de l'erreur, soit la déclaration des EI (événements indésirables). Nous étions en 2019 à 15 EI déclarés, sans compter ceux non connus, pour arriver à fin 2022 à 8 EI déclarés en lien avec l'administration des traitements réalisés par un professionnel non-infirmier, pour être en 2024 à 4 EI (à ce jour).

Nous avons défini une procédure avec le médecin de l'unité, sensibilisé le personnel aux différentes étapes du circuit du médicament de la MAS pour leur culture, défini et référencé les modalités d'aide et élaboré un tableau de suivi des professionnels avec les dates de validation de l'habilitation et les dates de révision à prévoir tous les ans.

Un travail spécifique autour des 5 B avec un focus particulier sur l'identitovigilance mais également

sur les interruptions de tâches a été réalisé.

En amont nous avons veillé à la révision intégrale de notre circuit du médicament, une réflexion sur les administrations en collaboration ou responsabilité personnelle pour l'aide à la prise, une mise à jour des trombinoscopes, une amélioration de l'étiquetage des supports de médicaments, la préparation d'un classeur comportant les prescriptions présentes sur le DUI (utile en cas d'appel au 15)

Conjointement à ce travail, l'ensemble des constantes de base des personnes accompagnées a été consignée dans le DUI, les professionnels formés ou reformés à la prise des constantes. Ceci toujours en lien avec l'aide à la prise car appeler le 15 sur une erreur d'administration et ne pas avoir la capacité de fournir des éléments d'information (constantes, état...) n'est pas favorisant pour une réaction rapide ou une surveillance de qualité.

En 2023, l'OMEDIT et l'Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS IDF) ont mis à disposition un **Parcours d'habilitation à l'Aide à la Prise**, ainsi qu'une boîte à outil consultables sur son site.

Nous avons procédé à la révision de notre habilitation afin d'utiliser les supports proposés car ils sont clairs, simples d'usage et officialisent l'habilitation. En effet, elle est validée par la direction de l'établissement et archivée dans le dossier du professionnel concerné. Une copie est remise au professionnel. Cette habilitation est réalisée par les infirmières de l'établissement.

Un professionnel doit valider son habilitation étape par étape pour les administrations par voie orale. Tout d'abord il y a une partie théorie, puis une partie observation et enfin la partie pratique. L'exigence de l'habilitation proposée par l'OMEDIT est élevée.

En effet, prendre le temps de réaliser l'habilitation est important pour la mise en confiance, la compréhension de l'acte d'administration en lui-même.

Nous avons pu constater une plus grande vigilance sur les aides, une demande plus importante sur l'apport de connaissances en général.

Nos principales bases de travail sont :

- Article 313-26 du Code de l'Action sociale et des Familles relatif à l'aide à la prise des médicaments constituant une aide aux actes de la vie courante
- Omedit « sécuriser le circuit du médicament en secteur handicap »
- HAS « outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments »
- Décret n° 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé

Depuis 2019 et ce malgré le déploiement de l'aide à la prise via l'OMEDIT, tout nouveau professionnel ne peut administrer, il devra attendre à minima 15 jours de présence pour prétendre à être habilité par l'IDE. Il en est de même sur un retour de congés longs (3 semaines) pour lequel un délai de 24h est demandé avant de reprendre la phase d'administration.

Une traçabilité via le DUI est en place via un item 'administration' est défini dans chaque plan de soins des personnes accompagnées.

Il n'est pas possible sur la MAS d'administrer tant que vous n'êtes pas habilités et ce quel que soit votre contrat.

Ce travail a demandé un réel investissement aux IDE et à la Cadre de santé. Cependant force est de constater une montée en compétence pour nos IDE et nos professionnels via l'approfondissement de connaissances, la sensibilisation aux actes lors de l'aide à la prise (règle des 5 B en insistant sur l'identitovigilance), la maîtrise du circuit du médicament, la vigilance nécessaire lors de l'aide à la prise et surtout des déclarations immédiates en cas d'erreur d'administration.

Les principaux inconvénients sont qu'il est nécessaire de le faire individuellement, pour chaque nouvelle entrée et qu'il faut y consacrer du temps. Or en période de tension RH IDE et de remplacements pour les professionnels aux soins, ce n'est pas toujours évident à maintenir. La fréquence de révision de l'administration des médicaments par voie orale est à définir à minima 1 fois par an ce qui nécessite un suivi important.

En ce qui concerne la partie révision de la Théorie, nous avons organisé un travail en petit groupe de 4 professionnels maximum en présence d'une IDE ou de la Cadre de Santé ce qui est un gain de temps non négligeable.

L'habilitation est une étape supplémentaire dans la sécurisation du circuit du médicament de l'unité. Nous constatons une évolution de la compréhension de l'acte, une vigilance accrue lors de l'administration et un travail collaboratif IDE/professionnel non-infirmier important.

Le support mis à disposition par l'OMEDIT est une plus-value dans l'officialisation de cette démarche.

## D'UNE CAMPAGNE NATIONALE SECURITE DANS UN HÔPITAL DE PROXIMITE A UNE APPLICATION CONCRÈTE DE TERRAIN

En 2023 le Centre Hospitalier de la Bresse Louhannaise lors du déploiement de la campagne nationale FORAP HAS « MESURE DE LA CULTURE SECURITE DES SOINS » auprès des établissements de Santé, s'est inscrit dans cette démarche avec un objectif double. A savoir, réaliser un état des lieux afférent à la culture sécurité des soins au CHBL en mesurant la perception des personnels. Et également d'appréhender de façon plus précise le rapport des personnels du CHBL à la déclaration des événements indésirables.

Cette enquête nationale déployée par la Cellule Qualité de Mai à Juin 2023 en secteur sanitaire du CHBL (Médecine/SSR) a vu un taux de participation de près de 70% des personnels. Malgré une participation honorable des personnels, les items sondés afférents à la culture sécurité montrent des résultats bien plus mitigés, emprunts de représentations négatives vis-à-vis de la déclaration des EI sous format papier depuis longtemps dans l'établissement. Cette cartographie de l'établissement à un moment donné ouvre à de belles perspectives d'évolutions sachant que la valeur forte réside au niveau des équipes.

1. Perception globale de la sécurité 38%
2. Fréquence de signalement des événements indésirables 44%
3. Attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins 55%
4. Organisation apprenante et amélioration continue 51%
5. Travail d'équipe dans le service 75%
6. Liberté d'expression 48%
7. Réponse non punitive à l'erreur 26%
8. Ressources humaines 17%
9. Soutien du management pour la sécurité des soins 45%
10. Travail d'équipe entre les services de l'établissement 46%



La diffusion des résultats aux différentes instances et aux personnels a conduit à une campagne d'informations et de formations auprès de tous les acteurs de l'établissement concernant la sécurité dans les soins. Dès le premier janvier la feuille de déclaration des EI a été dématérialisée par le déploiement d'une application de déclaration via le logiciel BlueKango.

On observe rapidement une hausse des déclarations d'EI tous secteurs confondus, cependant les agents déclarant le moins viennent inverser cette tendance... Ainsi, alors que depuis plusieurs années le nombre de FEI annuelles avoisinait une centaine de déclarations, l'année 2024 en comptabilise plus de 800 au 30 novembre. Rapidement en regard des spécificités de l'établissement il est décidé que toute chute même mineure sera déclarer en EI.

Une culture de déclaration qui permet la formalisation d'un groupe chute, composé de différents professionnels composés d'APA, Cadres de santé, Ergothérapeute, aides-soignants, Qualiticien, IDE, diététicien des secteurs sanitaire et médico-social. Une analyse croisée des EI qui offre une réponse immédiate au patient/résident. Un management par l'erreur qui favorise le décloisonnement entre les professionnels et ouvre à de nouveaux projets. Ainsi le CHBL réalise actuellement une étude randomisée via la diététicienne pour mesurer le lien entre patient/résident chuteur et dénutrition.

Une analyse plus pertinente des EI ce qui permet une réactivité plus grande de déclaration aux tutelles, et par conséquent des plans d'actions mieux maîtrisés.

Cette expérience s'inscrit également dans la philosophie des certifications, et de l'évaluation de la qualité en EHPAD de l'établissement. Le pilotage par la culture de l'erreur permet de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration et de sécurité qui est source de dynamisme et d'implication pour l'ensemble des acteurs de l'établissement. La démarche qualité devient plus visible et concrète pour l'ensemble des acteurs via la communication régulière des différents indicateurs.

En outre le groupe chute favorise l'expression des différents acteurs et contribue à un décloisonnement des fonctions au service de la qualité des soins et des prises en charge pour les résidents et patients.



# AXE 3

## AMÉLIORER LA CAPITALISATION SUR LES RETOURS D'EXPÉRIENCES

La Culture Qualité et Sécurité des Soins est l'enjeu majeur de la Politique Qualité du Centre Hospitalier de Mâcon. Cette volonté, inscrite dans le Projet Qualité du Projet d'établissement, a fixé comme objectif d'identifier des référents qualité au sein des unités de soins. Cette démarche, portée par la Gouvernance de l'établissement, a été lancée en début d'année 2023. A ce jour, ils sont environ 120 pour l'ensemble de l'établissement. La mission qu'ils se sont fixés : Promouvoir la Culture Qualité et Sécurité des Soins. Pour faciliter leurs démarches, ils sont accompagnés par la Direction Qualité et Gestion des Risques (DQGR) qui leur propose notamment, trois fois par an, un « Café Qualité ». Ce temps de partage permet aux référents de présenter leurs actions et à la DQGR de leur proposer des démarches. La présentation de l'une d'entre elles fait l'objet de cet article.

Les référents qualité sont installés depuis un peu plus d'une année au CH de Mâcon. Ils ont été identifiés sur la base du volontariat après appel à candidature auprès des binômes Chefs de service/Cadre de santé. Leur nombre varie d'un service à l'autre. Ils exercent des métiers très variés : praticien, sage-femme, cadre de santé, IDE, AS, ASH, assistante sociale, Assistant médico-administratif, masseur-kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale, préparateur en pharmacie, brancardier, psychologue... Ils sont associés aux démarches qualité et sécurité des soins déployées dans l'établissement.

L'une d'elle consiste à rendre les professionnels de terrain acteurs de la qualité et de la sécurité des soins. Ainsi, une journée du signalement des événements indésirables a été organisée le 13 février 2024. Les objectifs de cette journée étaient d'encourager les professionnels à signaler, de leur permettre d'analyser les causes profondes, d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. La démarche s'est déroulée en quatre étapes :

1. Le personnel signale un maximum d'événements indésirables porteurs de sens pour son service sur une journée. Les signalements sont inscrits sur des formulaires papier à disposition dans le service et déposés dans une boîte dédiée. Ces outils sont mis à disposition par les référents qualité.
2. Les référents qualité choisissent en équipe un à trois événements indésirables pertinents pour leur service et les affichent. Ils les communiquent à la DQGR.
3. Les référents qualité recueillent les propositions d'action d'amélioration des événements sélectionnés. Ils peuvent s'appuyer sur la méthode ALARM. Ils choisissent les actions pertinentes et réalisables dans le service. Ils les communiquent à la DQGR pour inscription au Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). Les référents qualité et les équipes mettent en place les actions retenues.

Lors du Café Qualité du 21 mars 2024, les référents qualité qui le souhaitent réalisent un retour à l'ensemble des référents sur le travail réalisé, l'état d'avancement des actions et leur perception sur la mise en œuvre de cette démarche. A cette occasion, un lot est remis aux trois services ayant signalé le plus d'événements. Un prix qualité est décerné à trois services au regard de la qualité des signalements analysés et des actions proposées.

Cette journée du signalement a permis de rendre acteurs les professionnels de terrain. Les référents qualité ont pu encadrer une démarche qualité au sein de leur service. Elle a permis de fédérer l'équipe autour d'une démarche interne au service. La charte du signalement a pu être rappelée aux professionnels. Ces derniers ont pu être force de proposition et mettre en œuvre des actions d'amélioration sans attendre une aide extérieure.

L'ensemble des services ne s'est pas inscrit dans cette démarche puisqu'elle était sur la base du volontariat.



Cette journée avait pour vocation à démontrer aux acteurs de terrain qu'ils ont la main sur l'amélioration de leurs pratiques. La grande majorité des « irritants du quotidiens » peuvent être résolus par leurs soins.

Accompagnées des référents qualité, 21 équipes ont participé à la démarche. 243 événements ont été signalés sur la journée. 56 ont été sélectionnés. 13 actions ont été inscrites dans le PAQSS dont plus de la moitié sont finalisées.

Cette démarche a pu être valorisée dans le cadre de la visite de Certification commune des Centres Hospitaliers de Mâcon, du Clunisois et de Tournus qui a eu lieu en avril 2024. Les établissements ont obtenu le niveau Qualité des Soins Confirmée.

Pour l'année 2025, il est envisagé de renouer avec cette action et de la porter à l'échelle des cinq établissements du GHT de la Bourgogne Méridionale.

## AMÉLIORER LE TRANSFERT ET L'ARRIVÉE AUX URGENCES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES EN MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE (MAS)

*Améliorer le transfert et l'arrivée aux urgences des personnes accompagnées en MAS est un de nos objectifs à court, moyen et long terme. L'appel au 15 doit permettre au médecin régulateur d'avoir des informations fiables afin d'ajuster au mieux sa décision. L'arrivée aux urgences doit permettre une prise en charge adaptée, rapide et efficace favorisant pour la personne accompagnée polyhandicapée et non-oralisante.*

Entendre un professionnel non-infirmier dire : « il ne va pas bien ! » et ne pas être en mesure d'étayer concrètement ses propos face à une personne extérieure ignorant le profil de la personne accompagnée peut être associée à une perte de chance.

L'envoi par le médecin régulateur du 15, du mauvais dispositif, les pompiers au lieu du Service Médicale Urgente (SMUR) ou l'inverse était assez fréquent sur nos MAS principalement en l'absence d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) ou encore la nuit.

Malgré l'accompagnement systématique aux urgences de nos Personnes Accompagnées (PA), nous avons pu constater une méconnaissance de notre public ce qui a pu générer des refus de présence de l'accompagnateur, une attente de réponse de la part du médecin ou de l'IDE aux urgences via la PA bref des situations parfois cocasses, parfois irritantes.

Enfin, la présence du Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) n'est pas suffisante si ce dernier ne comporte pas les éléments liés au transfert vers les urgences.

Ces éléments de constat ont permis plusieurs pistes de réflexion avec des actions concrètes et parfois simples à mener.

Un premier travail en interne nommé : « gestion en interne d'une urgence » est venu compléter les différentes formations de type Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) et Sauveteur Secouriste du Travail (SST). Notre constat étant que malgré les formations, l'appropriation de la notion d'urgence doit se travailler régulièrement, s'accompagner de sensibilisations et favoriser la transmission d'un message complet et clair au 15.

Nos professionnels ayant des diplômes divers, certaines notions de base étaient absentes.

Notre public n'étant pour la plus grande majorité pas en capacité de s'exprimer oralement, il est clair que les manifestations de douleur ou autres symptômes ne vont pas forcément être identiques à ceux d'une personne lambda.

Enfin la méconnaissance de notre public aux urgences a pu les mettre en difficulté, nous limiter voir nous destituer de notre rôle « d'accompagnateur » ou encore donner lieu à des situations complexes pour nos résidents.

Ce travail « gestion en interne d'une urgence » a débuté par des entraînements de prise de constantes en petit groupe, rappels succincts sur la notion d'urgence et le message à délivrer au 15.

Cela peut paraître simple, mais il est aujourd'hui une véritable base de transmission d'information aux IDE, au médecin et donc au 15. Ces informations étant consignés dans le Dossier Unique Informatisé (DUI), les professionnels peuvent ainsi justifier d'une modification, variation des constantes.

Un second temps de cette sensibilisation a été le travail autour du DLU.

En effet, les éléments d'informations données et justifiant un transfert aux urgences n'étaient pas forcément consignés, ce qui générait perte de temps aux urgences, questionnements, parfois un retour rapide à la MAS avec un renvoi derrière aux urgences quelques heures plus tard. Dès lors, le DLU a été ajusté et la zone information complétée.

Une fiche simple mais spécifique « urgence » est disponible sur chaque maison. Elle permet de décliner un message clair au 15 en fonction de chaque situation, reprend les principales étapes d'informations à transmettre. Un schéma corporel a été ajouté afin de pouvoir donner le nom de la zone en cas de chute ou blessure. Cette fiche est devenue un support important en interne.

Une fois ce travail interne réalisé, il était nécessaire de passer à une seconde étape consistant à un rapprochement avec le Centre Hospitalier. Des sensibilisations ont pu être proposées à destination des professionnels du Centre Hospitalier, des internes, des stagiaires.

Un dernier point consiste à favoriser la reconnaissance avec nos personnes accompagnées. Nous avons ainsi travaillé à un support simple permettant rapidement aux professionnels de savoir qui est la personne dans le brancard. Un bracelet regroupant les principales spécificités de la personne sous formes de pictogrammes connus (sourd, aveugle...) mais également un second support sous forme d'éventail favorise ainsi le repérage sans être stigmatisant. Ces petits outils en cours de déploiement favorisent un ajustement de prise en soin. Les premiers retours sont positifs.

L'ensemble du travail réalisé autour de ce thème a permis une nette amélioration des transferts et arrivées aux urgences. Nous ressentons actuellement le travail réalisé par nos soins, mais également les efforts fournis par les Centres Hospitaliers.

La connaissance du polyhandicap progresse même s'il reste encore beaucoup à faire pour les publics spécifiques notamment via les formations initiales.

L'utilisation de la CAA est un outil facilitant l'échange, la communication avec nos personnes accompagnées, nous n'en sommes qu'au balbutiement de l'utilisation courante de ces outils qui ne sont pourtant pas spécifiques à notre public mais peuvent être utilisés dans d'autres situations post accident.

Le chemin est encore long, mais nous sommes déjà satisfaits des avancées réalisées.

L'engagement récent de nos unités et des CH de notre zone géographique dans le déploiement de la Charte Romain Jacob via le travail mené par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) est un élément contributif à l'amélioration de l'accompagnement de nos PA aux urgences.

Pouvoir déployer un temps d'échange régulier avec les acteurs du soin en Centre Hospitalier n'est pas toujours aisé, en raison de leur charge de travail, de leur propre intérêt, mais il est nécessaire. Ces échanges ont permis dans la majorité des cas d'améliorer l'accueil et la prise en soin, mais également le suivi de nos PA. Le temps imparti pour sensibiliser nos professionnels et les futurs professionnels demande un investissement important de notre part. L'utilisation de la Communication Alternative et Augmentée (CAA) n'étant pas encore commun et quotidien pour l'ensemble des soignants cela nécessite une appropriation passant par des outils simples.

Contact : Cécile HERLIN, Directrice Adjointe Pôle AAM [Cecile.herlin@epnak.org](mailto:Cecile.herlin@epnak.org)  
Retrouvez cette présentation sous le lien suivant : [Présentation PowerPoint](#)

*Retour d'expérience du COGRAS du CHU de BESANCON, Dr BLASCO Gilles*

Le COGRAS a vocation à remplir un rôle d'appui stratégique, de coordination et de gestion opérationnelle. Son profil, sa formation, son positionnement dans la structure sont à l'évidence des enjeux importants pour le succès de la gestion des risques associés aux soins (décret du 12 novembre 2010).

Anesthésiste-Réanimateur de formation, j'ai intégré à temps plein, ce rôle au sein de la Direction Qualité et Gestion des Risques du CHU de Besançon en novembre 2016. Après une formation au Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), j'ai pu progressivement répondre à l'ensemble de mes missions.

Au niveau institutionnel : je suis membre du comité de pilotage Gestion des Risques (GDR) et Qualité, ce dernier comprends Direction Générale (DG), Président de la Commission Médicale d'Établissement) PCME, Direction qualité/ GDR, Pharmacien Hospitalier (PH) Qualité/Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Au niveau opérationnel : En collaboration avec les équipes médicales je récence sur déclaration (mail, téléphone, logiciel d'Évènement Indésirable (EI) les Évènements Indésirables Graves (EIG). Je rédige un rapport qui est soumis à la Direction et au PCME avant d'être déclaré par mes soins sur le portail numérique dédié. Je participe et anime l'analyse de ces EIG (méthode d'analyse des événements indésirables ALARM). J'assure avec les qualitiens de la direction Qualité le suivi du plan d'action. J'assure également le lien avec l'ARS pour répondre aux éventuelles interrogations.

Je suis en appui également sur les EI auprès de la gestionnaire de risque du CHU.

Je Co anime également la réunion annuelle des vigilants sanitaires et je suis moi-même membre du comité d'identitovigilance du CHU.

J'assure également avec ma collègue PH, une formation annuelle (réalisation d'une Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) pour les praticiens du CHU (validant Développement Professionnel Continu (DPC). Je participe à l'enseignement sur la gestion des risques auprès des internes et des écoles paramédicales.

Je participe également aux séances du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).

Je suis membre du comité de pilotage du plan blanc (Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations Sanitaires exceptionnelles (ORSAN)) avec mes confrères Sécurité Santé Environnement (SSE) et la Direction du CHU. Je participe à la planification et à la réalisation des exercices.

Il me paraît intéressant de participer à l'analyse des courriers patients et/ou des plaintes ce qui permet d'avoir un regard sur certains événements indésirables non déclarés par les soignants.

Enfin plus récemment j'ai été missionné pour participer à la cellule cyber de la Direction du CHU.

Au total beaucoup de missions qui me permettent d'être au cœur de la gestion des risques sur un établissement de santé de plus de 1200 lits.

Mon positionnement, facilité par mes activités antérieures au sein du CHU, est reconnu au sein du CHU, point fort de la réussite de ces missions, et garant de la protection des données sensibles de santé.

Les difficultés à surmonter sont plutôt du registre de bien maintenir le temps dédié à la fonction, au regard de la multiplicité des missions en priorisant les différentes sollicitations.

# AXE 4

## POURSUIVRE LES ACTIONS CIBLÉES DANS CERTAINS SECTEURS

Les projets de naissance à domicile, de plus en plus fréquents, soulèvent des questions cruciales en matière de coordination des soins et de sécurité des patients. Cet article aborde le cas d'une patiente dont l'accompagnement dans son projet initial d'accouchement à domicile a été confronté à des complications, mettant en lumière les défis liés à la gestion des risques en dehors du cadre hospitalier et les enjeux de la continuité des soins.

Un obstétricien hospitalier alerte sa direction qualité : à propos d'une patiente suivie en libéral avec une grossesse pathologique (retard de croissance intra utérin), ayant un projet d'accouchement à domicile, se présente à seulement quelques jours du terme à la maternité pour accoucher, sans que les obstétriciens ne soient informés sur son dossier. La méconnaissance du dossier n'a pas permis de préparer cet accouchement, l'obstétricien n'a été informé qu'au dernier moment et a dû intervenir en urgence. Le jour de la naissance, une anomalie du rythme cardiaque fœtal est détectée, entraînant une surveillance rapprochée. A la naissance, la parturiente subit une rupture du cordon ombilical ainsi qu'une déchirure périnéale entraînant une hémorragie.

Cet évènement indésirable a été étudié au travers d'une analyse collective pluridisciplinaire, entre la maternité, les sages-femmes libérales ayant participé à la prise en charge de cette patiente, ainsi que le réseau de périnatalité régional.

Des difficultés et dysfonctionnements sont identifiés de part et d'autre :

- La patiente ne veut pas accoucher à la maternité de proximité et refuse de les contacter ;

- La sage-femme libérale principale réitère régulièrement auprès de la patiente les risques liés à une maternité de repli trop éloignée géographiquement, elle a le sentiment de devoir négocier constamment et ce dossier est difficile à suivre ;

- La sage-femme libérale a contacté une sage-femme de la maternité dès qu'elle a su que la patiente avait changé d'avis mais on ne retrouve aucune trace écrite de cet échange et le dossier n'est pas transmis.

- Nomadisme médical : tout au long de sa grossesse, la patiente a consulté 3 sages-femmes libérales, 2 sages-femmes hospitalières de 2 maternités différentes ainsi qu'un anesthésiste (pour finalement accoucher dans une 3<sup>ème</sup> maternité) ;

- La maternité qui a accompagné l'accouchement ne rencontre la patiente qu'à quelques jours du terme : absence d'entretien prénatal, de consultation d'anesthésie, de présentation du dossier aux obstétriciens et absence d'identification dans la filière de prise en charge des retards de croissance intra-utérins ;

L'analyse collective permet également de mettre en valeur ce qui a bien fonctionné : un suivi rigoureux et l'insistance de la sage-femme libérale qui finira par payer, la réactivité de l'équipe de la maternité face à l'hémorragie et finalement, la satisfaction pour tous d'être passés à côté de conséquences graves.

A priori, la maternité exprimait un manque de connaissance des informations relatives à ce dossier, en mettant en cause les pratiques des sages-femmes libérales. Or, l'analyse menée conjointement a surtout été l'occasion d'écouter les difficultés rencontrées de part et d'autre dans ce genre de situation. En effet, cette prise en charge a été difficile pour tous les acteurs, tout au long de la grossesse et jusqu'à l'accouchement. Et ce type de parcours reste sensiblement fréquent. Le plan d'actions retenu implique les 3 parties, avec un objectif commun : mieux coordonner la prise en charge des projets de naissance à domicile, « au cas où... ». Pour terminer, relevons que la patiente a finalement témoigné de sa satisfaction envers la prise en charge à la maternité et a exprimé avoir retrouvé un sentiment de confiance envers l'hôpital.

## Les équipes d'ADOLITS et d'ADOSOINS du pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PEA) du CH La Chartreuse lauréates du 1<sup>er</sup> challenge patient HAS/IFEP 2024 sur le thème « Et chez vous, comment le patient participe-t-il à la sécurité de SES soins ? »

ADOLITS et ADOSOINS, unités d'hospitalisation complète et de jour, accueillent des adolescents, âgés de 11 à 17 ans révolus, à risque suicidaire élevé. Dans les suites de la parution des Recommandations Nationales du 9 septembre 2021 de la HAS, le recours au plan de sécurité est venu étoffer, à partir de janvier 2023, l'offre de soin proposée par ces unités, permettant ainsi d'en améliorer notamment la qualité et la sécurité.

Le Plan de Sécurité fait partie intégrante du Plan de Soins Individualisé de chaque patient admis dans ces unités. Il est construit par le patient, lors d'un entretien individuel, à distance de l'urgence suicidaire ; puis repris dans un 2<sup>nd</sup> temps, en accord avec ce dernier, avec ses parents ou détenteurs de l'autorité parentale. Il est ensuite intégré dans le dossier patient informatisé afin de pouvoir être partagé avec tous les professionnels susceptibles de prendre en soin l'adolescent (structures intra ou extra-hospitalières).

Lors de la journée régionale « Sécurité des patients et des résidents » du 10/12/2024, le film « Le fil de Sécurité » sera présenté par l'équipe d'ADOLITS afin d'illustrer de façon concrète l'utilisation du plan de sécurité lors d'un séjour au sein de cette unité.

### Principaux objectifs

Le plan de sécurité permet de favoriser l'autonomie du patient et d'augmenter ses capacités d'autocontrôle. Il lui permet de mieux connaître ses signes d'alerte annonciateurs de la survenue d'une crise suicidaire, d'identifier ses ressources internes et des ressources externes favorisant un mieux-être, de l'aider à définir les coordonnées de professionnels de santé qu'il peut joindre en cas de crise, de lui transmettre le numéro national de prévention du suicide et les numéros d'urgence et de favoriser une sécurisation de l'environnement direct du patient.

### « Le Fil de Sécurité »



Le partage de cet outil avec les parents, notamment s'ils sont identifiés comme personnes ressources, permet de renforcer les liens avec leur enfant afin d'amener ce dernier à les alerter en cas d'urgence suicidaire et indirectement de renforcer leurs compétences parentales.

Il permet en outre de favoriser une meilleure adhésion aux soins, renforcer l'implication du patient dans la sécurité de ses soins, mais également de faciliter les liens entre professionnels et la continuité des soins dans le parcours patient.

### Principaux freins identifiés

- *Institutionnels* : résistances de professionnels lors de la mise en place de l'outil, utilisation non encore généralisée au niveau du pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.
- *Limites à l'élaboration et au recours de l'outil auprès des usagers et des aidants* : patient non accessible à l'outil, ayant des comorbidités psychiatriques, des difficultés à identifier des personnes ressources, ne se sentant pas en capacité de pouvoir alerter en cas de crise suicidaire ou refusant que le plan de sécurité soit partagé avec ses parents, ayant des ressources personnelles non adaptées ou relevant de la mise en danger, personnes ressources traversant une période de crise suicidaire ou porteuses d'une pathologie psychiatrique,...

### Principaux leviers identifiés

- *Institutionnels* : recours au plan de sécurité validé au niveau du pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et en Comité Parcours Patient du CH la Chartreuse, Formation Nationale de Prévention du Suicide (niveaux 2 et 3) des professionnels des équipes suscitées en 2025.
- *Forces du patient et des aidants* : implication du patient dans ses soins, connaissance que le patient a de lui, de ses symptômes et de ses troubles, identification et utilisation par le patient de ressources sociales, professionnelles et de stratégies d'adaptation, implication des parents dans les soins de leur enfant, connaissance que les parents ont de leur enfant, des manifestations de ses symptômes...

### Une reconnaissance nationale

Sous la coordination du Dr Mathilde CHEMELLE, médecin pédopsychiatre référente des unités ADOLITS et ADOSOINS, ce projet a été sélectionné parmi 73 candidatures. Cette distinction met en lumière ce projet innovant en termes de sécurisation des adolescents en crise suicidaire, notamment en associant leurs parents ou détenteurs de l'autorité parentale.

Contact : Docteur Mathilde CHEMELLE, Pédopsychiatre des unités Adosoins – Adolits [mathilde.chemelle@chlcdijon.fr](mailto:mathilde.chemelle@chlcdijon.fr)  
Retrouvez cette présentation sous le lien suivant : [Présentation PowerPoint](#)

## Challenge HAS/IFEP 2024

Le challenge « **Et chez vous, comment le patient participe-t-il à la sécurité de ses soins ?** » a été lancé entre avril et juin 2024 par la HAS et l'IFEP, dans l'objectif de valoriser les projets permettant de rendre le patient acteur dans la sécurité de ses soins.

Sur plus de 70 dossiers reçus et analysés cet été, le Centre Hospitalier de la Chartreuse a été l'un des trois projets retenus et récompensés en un prix lors de la journée mondiale de la sécurité du patient, le 17 septembre dernier, au ministère de la santé.



### CHU BESANÇON

#### Evaluation check list bloc au CHU de Besançon en 2023

Entre 2017 et 2020, le CHU de Besançon a enregistré **25 événements indésirables graves (EIGS)**, dont 23 pour lesquels la check-list aurait été une barrière efficace. Les erreurs concernaient principalement des erreurs de côté, de site ou siège opératoire et des oublis de matériel.

Le CHU a développé plusieurs versions de check-list dont la quatrième version en 2018 qui met l'accent sur trois objectifs : **vérifier, ensemble, pour prendre une décision sur la poursuite (ou non) de l'intervention et tracer la décision prise.**

Une évaluation a été menée en 2023 sur la base de 23 observations dont les résultats **sont globalement satisfaisants**. Des nouvelles actions sont programmées telles que la formation par vidéo simulation des équipes médicales et chirurgicales.

Contact : Docteur Gilles BLASCO, médecin anesthésiste, COGRAS [gblasco@chu-besancon.fr](mailto:gblasco@chu-besancon.fr)  
Retrouvez cette présentation sous le lien suivant : [Présentation PowerPoint](#)

# ETUDE DE L'ETAT NUTRITIONNEL des RESIDENTS de la Résidence « EHPAD Le Village » de Saint-Georges

Au Premier Semestre 2024

Les constats ci-dessous sont issus de l'étude faite le 24 juillet 2024 et selon les nouveaux critères de l'HAS de novembre 2021.

## NOS RESIDENTS

Au moment de l'étude le nombre de résidents présents est de : 75

L'âge varie de 63 ans à 103 ans

De 60 à 69 ans :	1 soit	1,33%
De 70 à 79 ans :	5 soit	6,66%
De 80 à 89 ans :	32 soit	42,66%
De 90 à 99 ans :	34 soit	45,33%
Plus de 100 ans :	3 soit	4,00%

Homme : 16 soit 21,33%

Femme : 59 soit 78,66%

Etude de la Dépendance

GIR	Nombre de résidents	%
1	20	26,66%
2	26	34,66%
3	9	12,00%
4	9	12,00%
5	5	6,66%
6	6	8,00%

**PERTE de POIDS supérieure à 5% en un mois ou de plus de 10% en six mois :**

7 résidents ont perdu du poids en 6 mois :

Entre 5 et 10% : 5 résidents

Plus de 10% : 2 résidents

**IMC inférieur à 22 kg/m<sup>2</sup> : 17 résidents soit 22,66 % de la population**

dont **IMC inférieur à 20 kg/m<sup>2</sup> : 13 résidents soit 17,33 % de la population**

## DOSAGE de l'ALBUMINE

Etude menée sur 75 résidents

Taux d'albumine	Nombre de résidents	Pourcentage
Taux supérieur ou égale à 35,0	35	46,7 %
Taux compris entre 30,0 à 34,9	30	40,00 %
Taux inférieur à 30,0	10	13,3 %

Ainsi il y a 40 résidents ayant une Albumine inférieure à 35g/l soit 53 % de la population de notre EHPAD qui rentrent dans l'ancienne définition de la dénutrition dont 10 résidents ayant une dénutrition sévère.

## LISTE DES RESIDENTS AYANT UNE DENUTRITION MODEREE :

Perte de poids de plus de 5% en un mois ou plus de 10% en six mois,

albumine entre 30 et 34g/l, nécessitant un enrichissement des repas : 31 résidents

LISTE DES RESIDENTS ayant une **DENUTRITION SEVERE** : Perte de poids de plus de 10% en un mois ou plus de 15% en six mois et/ou une albumine inférieure à 30g/l : nécessitant un enrichissement des repas et des compléments alimentaires : 12 résidents

## Conclusion :

Ainsi nous avons dans notre établissement 43 résidents considérés en dénutrition (soit 57 % de la population). Cette dénutrition peut être expliquée par :

Un état anorexique du fait d'un mauvais état général, de polyopathologies, d'une démence, d'un état dépressif marqué, de pathologies bucco-dentaires, d'un retour d'hospitalisation, ou du grand âge.

- Un grand nombre d'Insuffisances rénales, parfois sévère. 32 résidents sur 75 soit 43% ont une insuffisance rénale (DFG inférieure à 60)

De ce fait nous avons mis en œuvre toutes les mesures correctives nécessaires : aide aux repas, adaptation de la texture des repas, stimulation des résidents, soins bucco-dentaires, enrichissement des repas et alimentation hyperprotéinée.

## LA SURVEILLANCE DU RISQUE SUICIDAIRE ET LES RETRAITS D'OBJETS À RISQUES

**OBJECTIF :** Protéger et mettre en sécurité un patient en état de crise suicidaire

**ACTIONS :**

- 1- Evaluer le potentiel suicidaire du patient
- 2- Retirer les objets à risques spécifiques en fonction de l'évaluation

**TRAME :** Appui du RUD (Risque/Urgence/Dangerosité) disponible sur le logiciel CARIATIDES

- Dans un premier temps, pour un accueil optimal, recueil des renseignements sur le patient en amont (que ce soit par les urgences, le CMP, la famille...), sur sa pathologie et le motif de son hospitalisation.
- A son admission, organisation d'un temps d'échange pour se présenter au patient, lui apporter notre attention, l'accompagner dans un milieu restreint et calme (chambre, bureau) puis tenter d'établir un lien afin de favoriser une relation de confiance et un discours authentique.
- Entretien/échange, évaluation du potentiel suicidaire à l'aide de la trame.
- Retraits d'objets à risques en fonction de l'évaluation en comprenant donc les risques, l'urgence du scénario et la dangerosité de celui-ci.
- Réassurance avec explications sur la réalisation de ces actions indispensables auprès du patient dans le but d'apporter une adhésion, une compréhension et un sentiment de sécurité au patient.

### *Un support de travail pour accompagner les soignants dans leurs pratiques*

Notre structure accueille des patients ayant un potentiel de risque suicidaire important. Il nous appartient en tant que professionnels de rendre l'environnement du patient le plus sécurisé possible afin de le protéger. Nous avons à notre disposition certains outils d'évaluation du risque de passage à l'acte mais l'interprétation qu'en fait chaque professionnel peut diverger.



### **NOTRE RETOUR D'EXPERIENCE...**

L'année dernière, à l'occasion de la Semaine de la Sécurité des Patients, des soignants de l'unité Picasso ont animé un atelier qui a permis de mettre en avant la réalité quotidienne qu'ils rencontraient dans la gestion des crises suicidaires et dans le retrait des objets à risques. Il s'agit d'une unité d'hospitalisation complète en psychiatrie de l'adulte située à Montbéliard dans le Doubs sur le site Jean Messagier du CHS de Saint Rémy et Nord Franche-Comté, géré par l'AHBFC.

Cet atelier se veut simple et pédagogique et a pour but de permettre l'échange et la réflexion sur les pratiques professionnelles des soignants.

Il s'inspire de différentes catégories correspondant aux items du RUD et se présente sous la forme de cartes, à tirer au hasard (avec quelques cartes « joker » pour rendre plus ludique l'activité) et d'un lot d'objets à risque à retirer en conséquence de la carte scénario.

Il s'intitule « **la vie est RUD\*** » et se compose :

- De cartes contextualisant un scénario du risque suicidaire
- De deux sacs d'objets divers
- D'un dé de 12 faces

*\*Risque Urgence Dangersité*



**Exemple** : après avoir choisi le genre du patient, le participant lance le dé et tire le nombre de cartes en fonction du nombre obtenu. Ici, Il doit gérer un scénario sur le risque suicidaire par pendaison. Devant lui, se trouvent deux sacs remplis de nombreux objets différents comme du gel hydroalcoolique, une corde, une seringue, des médicaments, une ceinture, une pince à épiler, des vêtements, un briquet, etc. En fonction des cartes tirées, le participant doit alors retirer du lot d'objets ceux qu'il juge dangereux, voire potentiellement dangereux pour le patient selon le scénario du risque suicidaire imagé sur la carte...

En confrontant les pratiques, le constat des écarts de prise en soins lors de l'application des consignes médicales se pose. Certains retirent tout (lacets, déodorant, rasoir, cutter, veste...), d'autres le font partiellement et d'autres en fonction du scénario et du risque présentés par le patient.

Cet atelier suscite des échanges fructueux et une mise en évidence de :

- la crainte des soignants qui retirent « d'office » de nombreux objets, entraînant une privation des libertés du patient ;
- la suggestion de scénario que le patient n'a pas et qu'il peut induire par les comportements des professionnels ;
- l'inadéquation entre le risque avéré et la nécessité du retrait.

Beaucoup de professionnels ont pu être amenés à réfléchir sur leur pratique quotidienne et à la remettre en question à travers une analyse réflexive en temps réel.

Forts de ces échanges entre professionnels de différentes structures et dans une volonté institutionnelle, un groupe EPP (évaluation des pratiques professionnelles) sera constitué début 2025 afin de consolider les bonnes pratiques par la rédaction d'un protocole sur le risque suicidaire notamment.

Contact : Mickaël TRANCHEVEUX, Chargé de mission Qualité [mickael.trancheveux@ahbfc.fr](mailto:mickael.trancheveux@ahbfc.fr)

Depuis son instauration en 2010, la Check-List « Sécurité du patient au bloc opératoire/interventionnel » s'est imposée comme un outil clé dans la prévention des événements indésirables graves en milieu chirurgical. Fondée sur une vérification croisée de critères essentiels avant, pendant et après toute intervention, cette démarche a démontré scientifiquement son efficacité. Cependant, sa pleine appropriation par les équipes reste un enjeu crucial pour garantir sa mise en œuvre optimale.

## Une stratégie d'accompagnement au CHU de Dijon

Au CHU de Dijon, un groupe de travail pluri-professionnel, réunissant des acteurs de terrain et des membres de la Direction Qualité Risque, a été constitué pour soutenir les équipes dans l'adoption de la Check-List et optimiser ses conditions d'utilisation. Cette démarche repose sur plusieurs initiatives structurantes :

### 1. Informatisation de la Check-List et suivi des indicateurs

Dès le début, un support informatisé a été mis en place pour assurer la traçabilité de la Check-List et suivre des indicateurs d'exhaustivité. Cet outil a permis une vision claire de son usage et des points à améliorer.

### 2. Développement d'outils pédagogiques

Des supports pratiques, tels qu'un mode d'emploi et des films pédagogiques, ont été créés pour accompagner les professionnels dans leur appropriation de l'outil.

### 3. Adaptation continue des items

L'analyse des non-conformités a conduit à enrichir et reformuler certains éléments de la Check-List, comme l'ajout d'un item sur la confirmation du côté à opérer ou la modification de celui sur l'antibioprophylaxie. Par ailleurs, des versions adaptées à certaines spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, etc.) ont été développées.

## L'importance de la pratique concertée et des audits réguliers

Si l'exhaustivité reste un pré-requis, l'évaluation des **conditions de réalisation** de la Check-List s'est imposée comme une démarche indispensable. Des audits réguliers sont menés pour vérifier :

- la participation de chaque professionnel à chaque étape,
- la réalisation des vérifications à haute voix,
- le respect des moments clés, tels que le *time out*.

Ces audits ont permis de relever des marges d'amélioration et ont guidé des actions ciblées, comme le lancement, en 2022, d'une formation par **vidéosimulation**. Cette initiative, qui a impliqué 120 professionnels (chirurgiens, anesthésistes, IADE, IBODE et IDE), a permis de confronter les équipes à des situations pratiques et de recueillir leurs retours à l'issue de débriefings. Ces échanges ont mis en lumière le besoin de personnaliser davantage la Check-List selon les spécificités des spécialités, comme en ophtalmologie ou pour les actes sous anesthésie locale.

## Formation des nouveaux professionnels

Depuis 2024, un dispositif spécifique a été mis en place pour les professionnels nouvellement arrivés. Ces derniers bénéficient désormais d'une formation dédiée pour s'approprier la démarche Check-List. Ce programme vise à leur transmettre les principes fondamentaux, à les familiariser avec les outils disponibles et à renforcer leur adhésion à cette démarche essentielle pour la sécurité des patients.

## Vers une évaluation de l'impact sur la culture sécurité

L'impact de ces démarches sur la culture de sécurité des équipes sera prochainement mesuré à l'aide d'un questionnaire. Cette étape clé vise à évaluer dans quelle mesure les actions mises en place ont renforcé l'adhésion collective et l'implication des professionnels dans cette démarche essentielle.

## Une approche collaborative et centrée sur le patient

La Check-List ne peut atteindre son plein potentiel que si elle est utilisée de manière concertée entre tous les professionnels et avec la participation active du patient. Pour cela, le CHU de Dijon mise sur des outils adaptés aux besoins de chaque équipe et sur des initiatives favorisant le travail en équipe.

## Coordinatrices du groupe Check-List institutionnel :

Christelle Escaravage, Cadre Supérieure de Santé de la Fédération des Blocs Opératoires  
Dr Agnès Testenièrre, Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins



# AXE 5

**PROMOUVOIR LA PLACE DU PATIENT,  
DU RÉSIDENT ET DE SES PROCHES,  
POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ**

## CHU DIJON

### Le récit patient dans l'analyse des EIGS

Le CHU de Dijon **intègre la voix des patients dans l'analyse des Événements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIGS)**, notamment lorsque ces événements incluent :

- Une information sur un dommage lié aux soins en lien avec un EIGAS,
- Une réclamation du patient,
- Des commentaires transmis via le formulaire « Votre avis nous intéresse ».

Toutes les conditions de mise en œuvre sont détaillées dans le diaporama joint à ce bulletin. Le CHU part du principe que le patient est le seul à vivre l'intégralité de son parcours de soins.

À ce titre, il apporte une vision unique et factuelle qui enrichit l'analyse des causes et bénéficie autant au patient qu'à l'établissement. En cas de décès du patient, le conjoint peut être associé à l'analyse, après la réalisation du Retour d'Expérience (RETEX).

**Le bénéfice est double, tant pour l'établissement que pour le patient (ou son entourage) et c'est un réel plus.**

Contact : Agnès TESTENIERE, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins [agnes.testeniere@chu-dijon.fr](mailto:agnes.testeniere@chu-dijon.fr)  
Retrouvez cette présentation sous le lien suivant : [Présentation PowerPoint](#)

Depuis 2019, le CHU de Besançon utilise l'outil e-Satis pour améliorer l'expérience et la satisfaction des patients. Cette démarche vise à renforcer la qualité des soins sur 6 dimensions : **l'accueil, la prise en charge médicale et soignante, le confort des chambres, les repas et l'organisation de la sortie.**

La collecte des adresses électroniques, essentielle pour cette enquête, a été un défi, mais des efforts de sensibilisation et de communication ont permis des progrès. **Une adaptation du dispositif a été menée en 2022** afin d'améliorer le recueil des données et leur analyse.

Malgré des résultats encourageants, des défis subsistent. Le CHU reste mobilisé pour améliorer la qualité des soins et renforcer la confiance des patients.

Contact : Docteur Valérie DE GRIVEL, Praticien hospitalier, Responsable qualité du CHU [vdegrivel@chu-besancon.fr](mailto:vdegrivel@chu-besancon.fr)  
Retrouvez cette présentation sous le lien suivant : [Présentation PowerPoint](#)

# LE PROJET DES USAGERS :

## UN OUTIL DE PROMOTION DES DROITS DES PATIENTS

*Le projet des usagers du Soins Médicaux et Réadaptation (SMR) Marguerite BOUCICAUT permet de piloter les informations sur le droit des patients, d'améliorer le recueil de leur expérience et de coordonner les différents acteurs associatifs en œuvre dans le soutien aux personnes accompagnées et à leurs proches.*

Initié fin 2021, le projet des usagers a été rédigé par nos représentants des usagers (RU). Il implique la Commission Des Usagers (CDU) et les associations partenaires dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins à travers un programme d'action annuel réévalué régulièrement.

Le décret du 1er juin 2016 relatif à la CDU des établissements de santé offre la possibilité à cette commission de proposer un projet des usagers, qui s'inscrit dans le projet d'établissement. Cette démarche nous a paru un outil de pilotage pertinent pour renforcer l'implication de nos représentants des usagers dans leurs actions à destination des patients et des salariés. Elaboré de concert par la direction de l'établissement et les RU qui portent le projet et établissent des plans d'actions annuels. Les thématiques choisies avec les associations partenaires de l'établissement sont l'identification des représentants des usagers et de leur rôle, la connaissance des droits des patients par les professionnels et les usagers, le concours des RU à l'élaboration et la validation des principaux documents destinés aux patients et le recueil de l'expérience patient.

Le projet des usagers et son avancement est présenté une fois par an par les représentants des usagers à nos 13 partenaires associatifs lors de notre forum des associations. Cette journée de formation et d'échanges autour des droits des patients et des victimes est partagée avec nos professionnels et permet de mieux cerner les attentes de nos partenaires et des patients qu'ils représentent.

Les principaux documents d'information et de recueil de la satisfaction patient sont élaborés avec leur assistance et ils nous proposent des modèles et des documents de référence.

Les représentants des usagers rencontrent les salariés et les patients pour se présenter et sensibiliser aux droits des patients. Ils participent à des programmes d'éducation thérapeutique et mènent des enquêtes PREMS (indicateurs évaluant l'expérience des soins vécue par les patients) directement dans les services de soins.

Ils sont également très présents dans notre démarche de certification et auprès de l'ARS et de France Assos santé, institutions au sein desquelles ils servent de relais des attentes des patients et des actions menées par l'établissement.

### Avantages :

Très bonne connaissance de l'établissement et du droit des patients facilité par la présence d'un RU depuis de nombreuses années ;

Formations régulières par l'ARS, France Assos Santé et les associations agréées ;

Travail harmonieux avec les associations partenaires et les salariés.

### Inconvénients :

Le projet des usagers demande des ressources en temps certaines, mais c'est un outil efficace de coordination des différents acteurs du soin et de l'information des patients : professionnels, représentants des usagers, associations et bénévoles. Son déploiement dans l'établissement a permis une amélioration de la connaissance des droits des patients et de l'identification des représentants des usagers, une adaptation des documents communications aux patients et une meilleure connaissance de l'expérience et de la satisfaction des patients dans notre SMR.

# MERCI POUR CETTE JOURNÉE !



5 j • Modifié •

Un grand merci à l'Agence régionale de Bourgogne-Franche-Comté pour nous avoir invités à intervenir lors de la Journée régionale "Sécurité des patients et des résidents" le 14 décembre 2024

Nous avons eu l'opportunité de présenter notre approche autour de la mise en place d'un plan de sécurité personnalisé avec des adolescents suicidaires et leurs parents

Une journée riche en échanges et en partage, nous avons pu croiser les regards et discuter des enjeux médicaux et sociaux



Une journée très intéressante et enrichissante! Merci Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté pour l'organisation de cette journée! 😊

**ars** Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté  
8 529 abonnés  
1 sem. •

La Journée régionale "Sécurité des patients et des résidents" a réuni le 10/12 établissements sanitaires et médico-sociaux autour de la feuille de route nationale 2023-2025

Et n'oubliez pas que vous avez désormais la possibilité de recevoir directement dans votre boîte mail le bulletin régional du RRéVA, le CRIQUET'S

**ABONNEZ-VOUS !**

Il vous suffit de renseigner le formulaire en ligne sur la page dédiée au CRIQUET'S ici :

[CRIQUETS : Communiqué régional d'information sur la qualité et la sécurité des soins | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté \(sante.fr\)](#)



Directeur de la publication : Jean-Jacques COIPIET  
Rédacteur en chef : Alain MORIN  
Comité éditorial : Geneviève FRIBOURG, Nathalie HERMAN, Cyril GILLES, Marie JOLLIET, Nadia OLIVEIRA