

2026

RS

LA SÉCURITÉ LORS DES SOINS: *l'affaire de tous*

www.hopitauxschuman.lu

RS HÔPITAUX
ROBERT
SCHUMAN



**Rappel des
bonnes pratiques**

Version 2026





Le développement d'une culture de sécurité commune aux différents professionnels est un point clé pour une meilleure prise en charge des patients.

Ce doit être à la fois un objectif individuel, d'équipe, et d'établissement ancré au cœur de nos pratiques.

Ce carnet de sécurité reprend l'ensemble des barrières fondamentales à respecter pour la sécurité de nos patients et de notre personnel.

Ce carnet est un outil mémo-technique d'aide au raisonnement clinique et ne remplace pas les procédures en vigueur, indispensables à connaître.

Contenu coordonné par la
Communauté des Pratiques
Cliniques HRS (CPC)



Pr Dr Claude Braun
Président du CEAQPH

CEAQPH: Comité d'Évaluation et d'Assurance Qualité
des Prestations Hospitalières.

Sommaire



Droits et devoirs des patients - Informons nos patients sur leurs droits et devoirs..... 6



Identitovigilance - Prévenons les erreurs d'identité : Sécurisons nos soins..... 7



Consentement éclairé - Incitons les patients à participer aux décisions sur leur santé 8



Check-list opératoire - En équipe, utilisons la check-list 10



Risques patients - Évaluons les facteurs de risques patients avec les échelles normalisées utilisées aux HRS 11



SAFE : prévenons des chutes 16



National Early Warning Score 2 (NEWS) - Répondons rapidement à la détérioration clinique d'un patient..... 18



ARCA - Que faire en cas d'arrêt cardio-respiratoire ? 22



Read-back - Sécurisons la prescription orale 23



Infarctus du myocarde : STEMI - Détectons les signes d'un infarctus pour une prise en charge précoce 24



AVC : Agissez vite ! 25



Transfert des informations - Sécurisons la communication orale entre les équipes professionnelles : utilisons SAED 26



Transport patient - Sécurisons les déplacements internes des patients 28



MHR - Soyons vigilants sur l'utilisation des Médicaments à Haut Risque (MHR)	30
--	----



Sécurité transfusionnelle - Sécurisons la transfusion sanguine	31
--	----



Communication lors d'un transfert d'un patient - Sécurisons la communication entre les équipes : utilisons les macrocibles de transfert	32
---	----



Formation sur l'équipement médical. Matériel medicotechnique - Sécurisons l'utilisation de nos pompes à perfusion	34
---	----



Prévention du risque infectieux - Gardons nos patients entre de bonnes mains	38
--	----



Événements indésirables (EI) - Apprenons de nos erreurs	42
---	----



Divulgarion des incidents - Soyons transparent afin de renforcer le partenariat patient	43
---	----



Gestion des réclamations et plaintes - Utilisons la voix du patient comme vecteur d'amélioration continue	44
---	----



Comité d'éthique hospitalier - Soutenir pour mieux agir	45
---	----



Violence au travail - Adoptons le Code de Bonne Conduite	46
--	----



Violence au travail - La violence, parlons-en !	47
---	----



Prévention des coupures d'électricité - Utilisons les prises électriques sécurisées	48
---	----



Plan catastrophe	49
------------------------	----



Droits et devoirs des patients

*Informons nos patients
sur leurs droits et devoirs*

**Informers les
patients sur
leurs droits
et devoirs
fait partie
des prérequis
d'une admis-
sion à l'hôpital**

Quand ? Que ce soit pour une hospitalisation ou une consultation en ambulatoire.

Quoi ? Cette information se retrouve sur plusieurs supports : le livret d'accueil pour tous les patients hospitalisés et le site internet contenant une page web dédiée.



Toutes les
informations
dans le livret
d'accueil



Identitovigilance

*Prévenons les erreurs
d'identité:
Sécurisons nos soins*

- En vérifiant le(s) nom(s), le(s) prénom(s) et la date de naissance du patient
 - En contrôlant par une question ouverte l'identité et l'exactitude des données du bracelet
 - En vérifiant l'identité correcte sur la documentation (dossier, étiquettes, ordonnance, courriers...)
-
- À l'admission
 - Avant tout acte, examen et chaque appel de patient (transport patient)
 - Lors des transferts aux points de transition (même par téléphone)



Consentement éclairé

*Incitons les patients
à participer aux décisions
sur leur santé* (1/2)

**L'obtention de
consentir à un
acte de soin
demande au
préalable
qu'une in-
formation
adéquate,
exacte et ex-
haustive doit
être donnée
en temps
opportun**

Il est nécessaire d'obtenir
le **consentement écrit**
pour les situations suivantes :

- Anesthésie : générale
et loco-régionale ;
- Chirurgie : tous les actes chirurgicaux
réalisés au bloc opératoire ;
- Gynécologie-obstétrique :
 - Césarienne, acte de chirurgie, hysté-
roscopie ambulatoire ;
 - IVG (consentement pour procédure
chirurgicale + document légal) ;
 - IMG (consentement pour foeticide) ;
 - Actes de médecine fœtale : am-
niocentèse - choriocentèse - cor-
docentèse ;
 - Déclenchement et version externe ;
- Biopsies d'organe profond ;
- Ponction lombaire chez les enfants ;
- Endoscopie à visée diagnostique ou
thérapeutique hors nasofibroscopie
diagnostique ORL ;



Consentement éclairé

*Incitons les patients
à participer aux décisions
sur leur santé (2/2)*



- Oncologie :
 - Traitement chimiothérapie ;
- Transfusion sanguine (PSL).

Une politique et une procédure interne encadrent ce processus.

- Le consentement verbal:
le patient ou s'il y a lieu son représentant légal accepte verbalement les soins/l'acte médical.
- Le consentement tacite:
il se dégage du comportement du patient qui collabore volontairement aux soins/ à l'acte



Check-list opératoire

En équipe, utilisons la check-list

Pour chaque intervention, utilisons la check-list :

Vérifions avec le patient le site à opérer (marquage opératoire par une flèche)

- Avant l'induction d'anesthésie
- Réaliser le time out : avant incision
- Réaliser le debriefing : avant la sortie de salle d'opération
- Mesurons par audit le respect de l'utilisation de la check-list afin d'améliorer nos pratiques.





Risques patients

Évaluons les facteurs de risques patients avec les échelles normalisées utilisées aux HRS (1/5)

Évaluation du risque de chute

En secteur ambulatoire : Évaluation selon l'**outil Steadi**
En secteur d'hospitalisation : Adulte (au-dessus de 16 ans) : **Echelle Morse**

Évaluation du risque de plaie de pression

Évaluation au moyen de l'**échelle de Braden**. Utilisation de l'**échelle Globiad** pour l'identification d'une dermatite

Évaluation de la douleur

Quand ?

- À l'admission
- Régulièrement en hospitalisation
- Aux soins douloureux
- Après traitement médicamenteux et / ou non médicamenteux
- À la sortie

Comment ?

Outils d'auto-évaluation

Adultes :

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

EVS : Echelle Verbale Simple

EV : Echelle des Visages



Risques patients

*Évaluons les facteurs
de risques patients avec
les échelles normalisées
utilisées aux HRS (2/5)*

Enfants de 4 à 10 ans :

EV : Echelle des Visages > 4 ans

EVA : Echelle Visuelle Analogique
verticale > 6 ans

EN : Echelle Numérique > 8 ans

EVS : Echelle Verbale Simple > 10 ans

Outils d'hétéro-évaluation

Adultes :

Echelle Algoplus : douleur aiguë

Echelle Doloplus 2 : douleur chronique

BPS : Behavioral Pain Scale, réanimation

FLACC : enfant ou adulte avec handicap
moteur et / ou cognitif.

ECPA : Echelle Comportementale de la
douleur chez la Personne Agée avant
et pendant les soins.

Enfants :

EVENDOL : 0 à 7 ans

EDIN : Echelle de la Douleur et d'Incon-
fort du Nouveau-né, 0 > 3 mois

DAN : Douleur Aigüe du Nouveau-né,
0 > 3 mois

rFLACC : enfant ou adulte avec handi-
cap moteur et / ou cognitif.



Risques patients

Évaluons les facteurs de risques patients avec les échelles normalisées utilisées aux HRS (3/5)

Évaluation du risque de suicide

Échelle Canadian Triage and Acuity Scale (au service des urgences)
Échelle RUD Risque Urgence Dangersité (en secteur de psychiatrie)
Entretiens médicaux structurés

Évaluation de risques de dénutrition

NRS: Nutrition Risk Score
NRI: Nutrition Risk Index
GNRI: Geriatric Nutrition Risk Index

Pour tout patient hospitalisé de plus de 14 ans : Renseigner au dossier patient informatisé (dans les 3 jours en hospitalisation soins normaux et dans les 7 jours en psychiatrie et UCC) :

- poids à l'entrée + taille
- poids habituel

Définition HRS du poids habituel : poids de référence des derniers 6 mois respectivement avant le début de la maladie

En fonction du parcours du patient, ce dépistage est complété par NRI ou GNRI si une albuminémie est générée

Des échelles d'évaluation cliniques spécifiques sont également utilisées dans les secteurs appropriés.



Risques patients

*Évaluons les facteurs
de risques patients avec
les échelles normalisées
utilisées aux HRS* (4/5)

Évaluation de risques de fugue

Phase de prévention du risque de fugue :

- Détection du risque
de fugue selon critères
- Mises en place de mesures
de prévention
- Evaluation des mesures
de prévention
- Documentation

Cf KIWI : Procédure « *Détection et pré-
vention de la fugue* » « *Risque de Fugue
d'un patient de + de 14 ans du service
d'Urgences* »

Phase de gestion de la fugue patient

- Constat
- 1^{ère} recherche
- Décision médicale
- Mesures post décision médicale
- Documentation

Cf KIWI : « *Procédure en cas
de disparition ou de fugue
d'un patient* »



Risques patients

Évaluons les facteurs de risques patients avec les échelles normalisées utilisées aux HRS (5/5)

Évaluation de risque de thrombose veineuse profonde (TVP)

Vigilance et coordination des soins

- Recherche et réévaluation systématiques tout au long de l'hospitalisation.
- Rôle clé du soignant dans l'identification des patients à risque / très haut risque et l'alerte du médecin.
- Évaluation médicale à l'aide des échelles validées :
 - Score de Caprini (chirurgie)
 - Score de Genève (médecine)
 - Score de Khorana (cancer actif)

Prévention fondée sur une vigilance quotidienne et une coordination soignant-médecin.

SAFE

Posez toujours ces trois questions avant de sortir de la chambre :



1. Avez-vous besoin d'aller aux toilettes ?
2. Ressentez-vous de la douleur ou êtes-vous incommodé ?
3. Avez-vous besoin de quoi que ce soit avant que je quitte la chambre ?



- » Réduit le risque de chute
- » Diminue l'utilisation de la sonnette
- » Augmente la satisfaction du patient

Un tour par heure est recommandé !

LES PRINCIPES DE PRÉCAUTION SUIVANTS S'APPLIQUENT POUR TOUT PATIENT : SOYONS SAFE !

Sécurité des lieux



- Barrières de lit baissées
- Aires de déplacement non encombrées
- Freins du lit et du fauteuil activés
- Appareils d'éclairage fonctionnels et allumés lorsque requis

Assistance à la mobilité



- Mobiliser le patient au moins 2 fois par jour à moins d'un avis contraire
- Lunettes, appareils auditifs et accessoires de marche à proximité du patient
- Mictions programmées en cas d'incontinence

Facteur de risque chute réduit



- Sonnette et objets personnels à proximité du patient
- Chaussures/pantoufles adéquats et accessibles
- Lit ajusté à la hauteur des genoux du patient

Enseignement du /de la patient/e et de sa famille



- Discutez des facteurs de risques de chutes et de blessures
- Discutez du plan de prévention des chutes/blessures

SAFE

1. Avant le passage en ambulatoire

Si le patient s'identifie comme à risque de chute, donnez toujours ces recommandations pour le rendez-vous :



- Vous faire accompagner par un membre de la famille ou un proche
- Vous garer au plus près
- Utiliser vos aides à la marche : canne, béquille, chaise roulante...
- Mettre des chaussures confortables
- Ne pas oublier vos lunettes si vous en avez
- Partir à temps pour ne pas avoir à courir

» Réduit le risque de chute

» Rassure et sécurise le patient



2. Pendant le passage en ambulatoire

Garder le patient sous surveillance visuelle directe (observation modérée) !

Transmettre l'information aux différents intervenants !

Temps d'attente minimal !

Les principes de précaution suivants s'appliquent lors de la prise en charge : soyons SAFE !

Sécurité des lieux



- Aires de déplacement non encombrées
- Freins du lit/brancard activés

Assistance à la mobilité



- Accompagnement lors des déplacements
- Accessoires de marche à proximité du patient
- Proposer accompagnement WC une fois par heure

Facteur de risque chute réduit



- Mise à disposition d'une sonnette / surveillance visuelle directe et régulière
- Chaussures/pantoufles adéquats et accessibles
- Brancard en position basse avant et après acte
- Barrières remontées si besoin de sécurisation
- Précautions supplémentaires liés aux soins ou actes reçus

Enseignement du /de la patient/e et de sa famille



- Information patient et/ou accompagnant + explication des consignes de sécurité



National Early Warning Score 2 (NEWS)

Répondons rapidement à la détérioration clinique d'un patient (1/2)

	Score		
	3	2	1
Respiration rate (per minute)	≤ 8		9-11
SpO2 Scale 1 (%)*	≤ 91	92-93	94-95
Air or oxygen		Oxygen	
Systolic blood pressure (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110
Pulse (per minute)	≤ 40		41-50
Consciousness			
Temperature (°C)	≤ 35.0		35.1 - 36.0

* Dès l'admission d'un patient : sur indication médicale: utiliser Scale 2 si la plage cible de SpO2 est de 88 à 93 %, selon la situation clinique du patient.
(exemple : en cas d'insuffisance respiratoire hypercapnique)

0	1	2	3
12-20		21-24	≥ 25
≥ 96			
Air			
111-219			≥ 220
51-90	91-110	111-130	≥ 131
Alert			CVPU
36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥ 39.1	

Le National Early Warning Score est un outil d'évaluation clinique permettant la prise en charge précoce d'une détérioration clinique d'un patient.



National Early Warning Score 2 (NEWS)

Répondons rapidement à la détérioration clinique d'un patient
(2/2)

News 2 Score Risque Clinique	Fréquence des contrôles
Score 0 Pas de risque potentiel	1 à 2x par jour
Score 1-4 Risque faible : (sans score 3 dans un paramètre unique)	Minimum 1x 4 à 6 heures
Score 3 (un paramètre unique score 3) Score 5 et 6 Risque moyen Penser sepsis*	Minimum 1x par heure > jusqu'à avis médical
Score 7 à 20 Risque élevé Penser sepsis*	Au minimum 1x 30 minutes
Arrêt cardio respiratoire	

Processus d'escalade de la réponse clinique

Poursuivre la surveillance de routine

Réponse clinique assurée par le service

Informer le médecin lors de la visite

Adapter surveillance et soins pour gérer le problème de santé identifié

Réponse clinique assurée par le service

Informer le médecin dès que possible qui avise et prescrit les soins et la surveillance requis

Seuil clé pour une réponse immédiate

Informer le médecin immédiatement afin de déclencher des actions de soins et de surveillance appropriées

Réponse urgente ou intervention urgente

Informer le médecin immédiatement afin de déclencher des actions dont éventuellement un transfert vers une IMC/ICU

CODE ARCA si nécessaire

Paramètres additionnels à considérer : glycémie capillaire / diurèse sur 4h / douleur

Procédure ARCA

NEWS2 concerne tous les patients de toutes les spécialités, à l'exception des enfants de moins de 16 ans et des femmes enceintes.

*Penser sepsis : à considérer chez un patient potentiellement à haut risque ou présentant des signes et symptômes d'infection.



ARCA

Que faire en cas d'arrêt cardio-respiratoire ?

Déclenchement procédure ARCA

- Si la victime est inconscient et ne respire pas (ou pas convenablement)

Mesures

- Appel interne pour avoir de l'aide
- Appel secours interne (**HK 26666 // ZK 36666**)
- Massage cardiaque **100 à 120** compressions thoraciques par minute

Un état critique du patient (engagement vitale) justifie un appel ARCA.

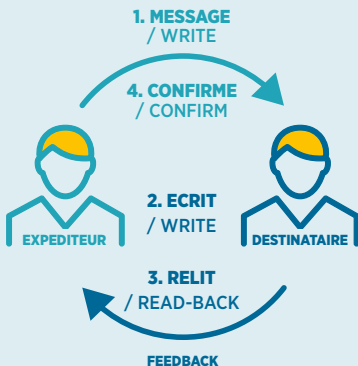


Read-back

Sécurisons la prescription orale

Comment ?

Quand les prescriptions médicales ou la transmission de résultats sont verbales ou téléphoniques, le destinataire la note, relit à haute voix ce qu'il écrit, et l'expéditeur confirme ou corrige.





Infarctus du myocarde : STEMI

Détections les signes d'un infarctus pour une prise en charge précoce

Comment ?

- Infarctus aigu du myocarde probable si douleur > 20 minutes
- Type de douleur : **derrière le sternum et/ou dans le bras gauche** (typique du syndrome coronarien aigu)
- **Irradiation de la douleur**, par exemple vers le(s) bras, l'épaule, le cou ou la mâchoire (typique du syndrome coronarien aigu)
- Présence de symptômes végétatifs ou d'un choc cardiogénique (diminution de la fonction de pompage du cœur) se traduisant par **un visage pâle ou grisâtre, une peau froide, une transpiration** (plus typiques de l'infarctus aigu du myocarde)
- Antécédents de maladies cardiovasculaires ischémiques
- Atténuation des symptômes en cas d'utilisation de vasodilatateurs ou de dérivés nitrés sublinguaux (typique de l'angine de poitrine instable)

**AVC***Agissez vite !***SYMPTÔMES**

F	FACE	DEMANDEZ À LA PERSONNE DE SOURIRE
		Le visage est-il affaissé? Le sourire est-il asymétrique? Existe t-il une perte du champ visuel ?
A	ARMS	DEMANDEZ À LA PERSONNE DE LEVER LES BRAS ET LES JAMBES
		Impossibilité de lever un bras/une jambe Engourdissement d'un bras/d'une jambe
S	SPEECH	FAITES REPETER UNE PHRASE SIMPLE
		Difficulté à parler, à articuler ou à comprendre ?
T	TIME	TIME IS BRAIN !!! TEMPS = CERVEAU

AU MOINS UN SIGNE POSITIF = URGENCE!! APPELEZ LE MÉDECIN**INFORMATIONS IMPORTANTES
POUR LES SECOURS :**

- Heure exacte du début de symptômes
- Antécédents médicaux et traitement actuel

ENTRE TEMPS :

- Dégagez les voies respiratoires!
- Évitez toute alimentation solide ou liquide



Transfert des informations

Sécurisons la communication orale entre les équipes professionnelles: utilisons SAED

Comment ?

- En structurant l'échange oral selon la méthode SAED
- En reformulant brièvement les informations pour s'assurer de leur bonne compréhension

Quand ? Lors de

- L'échange entre tous professionnels (détérioration clinique avec appel d'un médecin, transfert, transmissions d'information dans l'équipe...)
- La communication de résultats sanguins hors normes, ou résultats d'exams
- La prescription orale (situation exceptionnelle)



Méthode SAED : Ça aide à communiquer en urgence

S

SITUATION

Je décris la SITUATION actuelle concernant le patient :

Je suis : prénom, nom, fonction, service/unité

Je vous appelle au sujet de : M. /Mme, prénom, nom du patient, âge/date de naissance, service/unité

Car actuellement il présente : motif de l'appel

Ses constantes vitales/signes cliniques sont : fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, température, évaluation de la douleur (EVA), etc.

A

ANTÉCÉDENTS

J'indique les ANTÉCÉDENTS utiles, liés au contexte actuel :

Le patient a été admis : date et motif de l'admission

Ses antécédents médicaux sont : **Ses allergies sont :**

Il a eu pendant le séjour : opérations, investigations, etc.

Les traitements en cours sont : **Ses résultats d'exams sont :** labo, radio, etc.

La situation habituelle du patient est : confus, douloureux, etc.

La situation actuelle a évolué depuis : minutes, heures, jours

E

ÉVALUATION

Je donne mon ÉVALUATION de l'état actuel du patient :

Je pense que le problème est :

J'ai fait : donné de l'oxygène, posé une perfusion, etc.

Je ne suis pas sûr de ce qui provoque ce problème mais l'état du patient s'aggrave

Je ne sais pas ce qui se passe mais je suis réellement inquiet(e)

D

DEMANDE

Je formule ma DEMANDE (d'avis, de décision, etc.) :

Je souhaiterais que :

EXEMPLES :

Je souhaiterais que vous veniez voir le patient : quand ?

Pouvez-vous m'indiquer ce que je dois faire : quoi et quand ?

RÉPONSE DE VOTRE INTERLOCUTEUR :

il doit **REFORMULER** brièvement ces informations pour s'assurer de sa bonne compréhension de la situation puis **CONCLURE PAR SA PRISE DE DÉCISION**.



Transport patient

Sécurisons les déplacements internes des patients

Les points clé sécurité du transport patient sont :

continuité des soins (surveillance),
stabilité clinique (échelle NEWS2),
transmissions des informations (SAED),
respect de la dignité, information du patient.

Selon les profils patients, les points à considérer sont :

- patient autonome : évaluation de son niveau d'autonomie,
- patient enfant : validation de l'identité et transport avec les parents/tuteur/représentant légal
- patient vulnérable (patient âgé, avec comorbidité, désorienté, multi-chuteur, et/ou immunodépressif) : patient nécessitant un flux et une surveillance continue.

Les manières de **gérer le transport** selon le statut clinique :

- le patient stable ou instable (gestion soignante)



Transport patient

Sécurisons les déplacements internes des patients

- le patient présentant une atteinte aigue des fonctions vitales sous assistance circulatoire ou respiratoire (gestion médico-soignante)

Les étapes du transport d'un patient sont :

- Evaluation de la stabilité clinique pour définir le mode de transport et les compétences requises
- Demande de transport à documenter
- Préparation du patient : sécurisation des effets personnels - anticipation des besoins - confort, pudeur, dignité, identification des risques (vulnérabilité)
- Communication : méthode structurée et sécurisée SAED : lieu - mode - profil patient - besoin spécifique
- Réalisation du transport : vérification de l'identité - surveillance - consignes de circulation
- Réinstallation du patient
- Transmissions



MHR

Soyons vigilants sur l'utilisation des Médicaments à Haut Risque (MHR)

Il s'agit des médicaments entraînant un risque plus élevé de causer des préjudices graves aux patients quand ils sont mal utilisés

Une politique et une procédure de gestion des MHR reprennent les mesures de sécurité à respecter pour chaque étape du circuit du médicament (prescription, préparation administration, et surveillance).



Médicament à HAUT RISQUE

Aux HRS, les 5 classes de MHR sont :

- Les insulines
- Les anticoagulants
- Les électrolytes concentrés
- Les chimiothérapies
- Les stupéfiants

Attention lors de l'utilisation des médicaments :

- **Look-Alike** (dont l'étiquetage et/ou l'apparence sont semblables)
- **Sound-Alike** (dont la désignation commerciale et/ou la dénomination commune internationale (DCI) sont semblables).

Le signalement des erreurs médicamenteuses permet de revoir et d'améliorer les barrières de sécurité.





Sécurité transfusionnelle

Sécurisons la transfusion sanguine

La transfusion sanguine est un processus critique demandant le respect rigoureux de règles de sécurité

Les moyens techniques tels que la double détermination du groupe sanguin, les formations continues du personnel aux pratiques transfusionnelles ou encore le contrôle électronique de l'identité du patient avec la poche à transfuser sont des barrières de sécurité supplémentaires au contrôle humain.

Prescription Médicale de poche de sang		
Contrôle	Patient : - Stable, - Consentant, - Vole Veineuse perméable, - Existence du consentement éclairé	Poche de sang : - Intégrité de la poche, - Double check par la Banque de sang et le soignant.
Présence médicale dans l'établissement		
Acheminement	- Le délai maximal entre la délivrance et la fin de transfusion est de 6 heures Maxi - Ne pas stocker les PSL dans les services de soins.	
Administration en chambre	1) Identito-concordance > Identité du patient > Bon de délivrance > Poche de sang	
	2) Bed Side Test : dernier contrôle groupe. Début de la transfusion : - Branchement de la poche, - Effectuer une surveillance étroite pendant les 15 premières minutes. - Administration poche ; entre 1h30 et 2h (maxi 4 heures). - Au-delà, la poche doit être jetée. - Surveillance des paramètres toutes les 15 minutes.	 Max. 20 min.
Arrêt de la transfusion si réaction / incident transfusionnel(le) (fièvre, frissons, prurit, hypo ou hyper tension...) ou incident (poche percée, erreur identitovigilance,...) → Procédure de gestion d'une réaction / incident transfusionnel		
Fin Administration	- Documentation dans DPI ORBIS - Elimination poche selon procédure	 Max. 6h



Communication lors d'un transfert d'un patient

Sécurisons la communication entre les équipes: utilisons les macrocibles de transfert (1/2)



Les macrocibles de transfert sont un moyen de communication entre 2 équipes lors d'un transfert d'un patient. Les critères reprennent une synthèse des éléments clés de l'hospitalisation.



**Maladie
ou Motif**



Thérapie



Vécu

Motif d'admission

(diagnostic médical ou suspicion)

Motif du transfert

Date et heure prévues du transfert

État clinique / État cognitif

Antécédents

Allergies

Précautions spécifiques

Appareillage spécifique : VAC, redon, prothèse...

Médicaments du domicile

Traitements spécifiques : dialyse, chimio en cours...

Patient informé du transfert

Etat émotionnel :

- Description des gestes, le ressenti du patient en lien avec la maladie, le transfert et le séjour
- Expression verbale et non verbale



Communication lors d'un transfert d'un patient

Sécurisons la communication entre les équipes: utilisons les macrocibles de transfert (2/2)



Environnement

- **Moyen de transfert:** ambulance, taxi, position
- **Numéro enveloppe sécurisée intersites**
- **Proches avertis**
- **Structure d'accueil avertie**
- **Documents officiels** (directive anticipée...)



Développement

Objectifs de soins

Interventions, examens demandés:

Examens en attente, rééducation prévue...

Anticipation des besoins à la sortie:

Placement...

+ Bilan d'autonomie



Formation sur l'équipement médical. Matériel médico-technique

Sécurisons l'utilisation de nos pompes à perfusion

Les pompes à perfusion sont souvent les causes d'erreurs et d'incidents lors de l'administration de médicaments

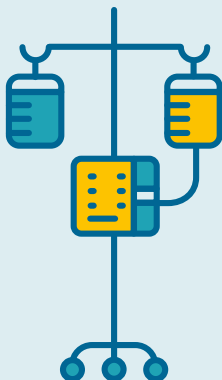
Évitons les erreurs en se formant régulièrement sur la bonne utilisation des pompes.

- Un doute? Je consulte le mode d'emploi de la pompe
- Je me forme auprès du service de Formation continue / biomédical y compris après un congé, longue maladie ou maternité
- Je signale tout incident en lien avec l'utilisation d'une pompe à perfusion



Formation sur l'équipement médical. Matériel médico-technique

Sécurisons l'utilisation de nos pompes à perfusion





Formation sur l'équipement médical. Matériel médico-technique

Sécurisons l'utilisation de nos pompes à perfusion

Points sécurité pour l'utilisation des pousse-seringues et pompes à perfusion

Avant utilisation	Lors de la mise en place	Pendant l'utilisation
Vérifier l'état de la pompe: batterie, autotest, étiquette de maintenance	Purger la tubulure et la seringue	Surveiller régulièrement le patient (constantes, tolérance)
Confirmer le bon modèle en fonction de la prescription et en fonction du secteur (par exemple pédiatrie)	Programmer la pompe avec précision (débit, volume, unités)	Vérifier le fonctionnement de la pompe et le volume restant.
Contrôler le matériel associé (tubulure, seringues, raccords, stérilité, compatibilité)	S'assurer du bon branchement (bonne voie, bon canal, site d'injection)	Répondre rapidement aux alarmes (occlusion, fin de seringue, batterie faible)
Relire la prescription médicale (médicament, dosage, débit, concentration, voie, durée)	Étiqueter les lignes de perfusion si plusieurs produits	S'assurer d'une alimentation électrique ou batterie chargée pendant les transferts
S'assurer que la molécule doit s'administrer en pompe à perfusion	Réaliser un double contrôle pour les MHR	Traçabilité de la surveillance
Préparer et étiqueter le médicament		



Formation sur l'équipement médical. Matériel médico-technique

Sécurisons l'utilisation de nos pompes à perfusion

	Après l'utilisation	Points transversaux
	Arrêter correctement la pompe	Participer aux formations
	Tracer l'administration du traitement et les observations	Appliquer les procédures et les guides d'utilisation
	Nettoyer et désinfecter la pompe selon le protocole	Respecter les protocoles institutionnels
	Ranger le matériel	Déclarer tout incident ou quasi-incident : déclaration EI et information NetProcess
	Isoler le matériel si défectueux ou problème rencontré	Assurer une communication claire lors des transmissions
		Mise en quarantaine d'un équipement défectueux. En cas de chute ou choc, ne pas utiliser la pompe



Prévention du risque infectieux

Gardons nos patients entre de bonnes mains

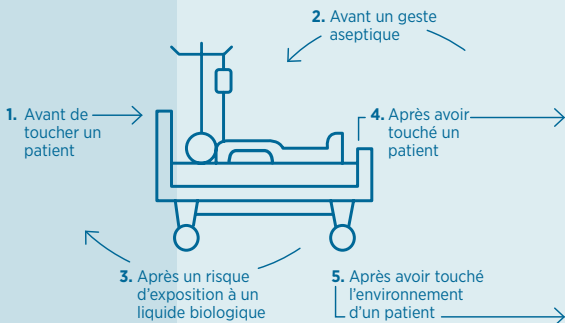
**Je suis
soignant,
médecin
ou bénévole**

- Je respecte les prérequis à l'hygiène des mains (ongles courts et non vernis, absence de faux ongles, absence de bijoux aux mains et poignets, avant-bras dégagés).
- Je connais les indications à l'hygiène des mains



Prévention du risque infectieux

Gardons nos patients entre de bonnes mains





Prévention du risque infectieux

Gardons nos patients entre de bonnes mains

- Je respecte les prérequis à l'hygiène des mains (ongles courts et non vernis, absence de faux ongles, absence de bijoux aux mains et poignets, avant-bras dégagés).
- Je connais les indications à l'hygiène des mains



Je me forme à la technique HRS de désinfection des mains à la solution hydro-alcoolique et l'applique :

- **Avant et après** le contact patient
- **Avant** tout acte propre/invasif
- **Après** exposition à des liquides biologiques
- **Après** contact de l'environnement du patient
- Si mes mains sont souillées, je les lave à l'eau et au savon avant de les désinfecter.
- Je participe aux audits relatifs à l'hygiène des mains et prend connaissance des résultats de mon service.



Prévention du risque infectieux

Gardons nos patients entre de bonnes mains

- Je connais et j'applique les précautions standard en toutes circonstances
- Je connais et j'applique les précautions additionnelles quand cela est nécessaire
- Je connais l'existence du tableau récapitulatif « Précautions par pathologie et pathogène » (disponible dans KIWI) et je sais m'y référer
- Je m'inscris et je participe aux formations (présentielles, ateliers et E-learning)
- Je connais la procédure « Gestion d'une épidémie aux HRS » (disponible dans KIWI)
- Je respecte les gestes barrière et porte un masque chirurgical si je présente des signes d'infections respiratoires



Pour contacter le Service Prévention et Contrôle de l'Infection (SPCI):

mail : spci.hrs@hopitauxschuman.lu

téléphone (8h-16h) : +352 286 93668



Événements indésirables (EI)

Apprenons de nos erreurs

Comment ?

En signalant dans le système de déclaration des événements indésirables (EI) tout événement survenu dans l'hôpital, quel qu'il soit (presqu'événement, événement indésirable avéré, événement indésirable grave, événement sentinelle).

Tout le personnel peut déclarer un événement indésirable. Les patients et leurs familles peuvent également signaler un événement indésirable en s'adressant auprès d'un membre du personnel afin qu'il soit déclaré.

Chaque événement signalé fait l'objet d'une analyse. La gravité, ainsi que la fréquence de survenue sont mesurées, et suivant l'impact, une analyse approfondie est menée par les responsables des services avec les professionnels impliqués, avec l'aide méthodologique du référent EI.

L'objectif est de tirer des leçons afin de réduire la survenue d'EI similaires, et de fiabiliser le système hospitalier.



5

Divulgarion des incidents

Soyons transparent afin de renforcer le partenariat patient

La divulgation est la communication vers un patient ou sa famille d'un événement indésirable grave survenu lors de sa prise en charge et ayant des effets dommageables

La divulgation est un processus structuré, encadré, qui est expliqué dans la politique interne sur la divulgation.

Il s'appuie sur 5 principes :

1

TRANSPARENCE

2

RESPECT

3

CONTINUITÉ

4

EMPATHIE

5

RESPONSABILITÉ



Gestion des réclamations et plaintes

Utilisons la voix du patient comme vecteur d'amélioration continue

Une réclamation correspond à une insatisfaction sans gravité.

Une plainte correspond à une situation critique, susceptible de mettre en cause la qualité ou la sécurité des soins.

Même s'il s'avère souvent délicat de gérer les réclamations et plaintes des patients ou de leurs proches, celles-ci doivent rester l'occasion d'améliorer la pratique professionnelle et de restaurer un climat de confiance.

Consultez la politique et la procédure de gestion des réclamations et plaintes qui rappellent les principes et le rôle de chacun dans cette gestion.

Pour contacter le Service Relation Patient :

E-mail : ecoute@hopitauxschuman.lu

Téléphone : du mardi au jeudi, de 9h à 12h au +352 286-93838

Courrier : service relation patient 9 rue Edward Steichen L-2540 Luxembourg





Comité d'éthique hospitalier

Soutenir pour mieux agir

La mission du comité d'éthique est d'émettre un avis consensuel pour toute question ou situation d'ordre éthique

Les enjeux prennent un caractère éthique lorsqu'ils comportent des valeurs contradictoires qui rendent difficiles de parvenir à une décision. Il peut s'agir d'enjeux très graves, de questions de vie ou de mort, ou de questions connexes et complexes liées aux activités quotidiennes.

Le comité d'éthique hospitalière peut être saisi pour émettre un avis et soutenir une prise de décision.

Contact:

E-mail: ceh@hopitauxschuman.lu

Tél.: +352 2869 2006

Tél.: +352 2869 5552

Tél.: +352 2862 100 (en dehors des heures et jours ouvrables)





Violence au travail

Adoptons le Code de Bonne Conduite

Ce code indique les règles applicables en matière de comportement professionnel ou éthique dans le respect des valeurs des HRS

Les employés et intervenants (médecins, prestataires de services...) auprès des HRS s'engagent à :

- Agir avec honnêteté, intégrité et transparence
- Créer un environnement de travail positif, harmonieux et sain en promouvant le respect des personnes et des différences
- Respecter la législation, les politiques, règlements et procédures (notamment en matière de sécurité)
- Respecter la confidentialité des informations.



Violence au travail

La violence, parlons-en !

Outils d'aide au quotidien :

- Besoin de parler / d'être écouté(e) ?
Deux psychologues externes disponibles grâce à l'espace d'écoute
- Menacé (e) / agressé(e) / violenté(e)
verbalement ou physiquement ?
Réalisez systématiquement une déclaration via les Événements indésirables
- Victime ou témoin d'un événement traumatisant ?
Procédure disponible sur Intranet : Prévention Sécurité et Santé- Deutsch/Français- Arbeitsumgebung / Conditions de travail
- Vivez-vous une situation conflictuelle ou vous sentez-vous harcelé (e) ? :
Contactez le Comité de gestion de la violence (conflit / harcèlement) :
 - Service RH : 92331 / 92315
 - Délégation HRS : 92397



Prévention des coupures d'électricité

Utilisons les prises électriques sécurisées

Respecter le branchement des appareils électriques selon la couleur des prises



Si coupure électrique, prises alimentées en continu sans interruption

Tous les appareils ayant une incidence sur la prise en charge et les activités primordiales HRS (centrale téléphonique lors d'une situation de crise, respirateurs, pompes, centrale de surveillance, ordinateurs critiques...)



Si coupure électrique, prises alimentées +/- 15 s après interruption

Utilisation d'appareils pouvant être arrêtés momentanément et remis en marche sans conséquence (écrans, certains ordinateurs, imprimantes...)



Si coupure électrique, prises non alimentées

Appareils sans conséquence pour les activités principales (chargeurs GSM, deck, laptop...)



Plan catastrophe



Types de situations :

Feu, attentat, prise d'otages, cyberattaque, **Plan Afflux** Nombreuses Victimes, accident nucléaire, pandémie, reprise activité d'un autre établissement, dysfonctionnement majeur interne.

Les phases :

Phase
verte

Représente une mise en éveil des disponibilités des HRS à l'occasion d'événements annoncés d'avance par les autorités et **ayant une faible probabilité d'incidents.**

Phase
orange

Succède à la phase verte suite à l'estimation sérieux du risque d'incident. Elle est déclenchée sur demande du CGDIS CTSU 112. Cette phase correspond à la **mise en alerte des moyens nécessaires pour accueillir de nombreuses victimes** (mise en place des instances et préparation à l'afflux)

Phase
rouge

Succède à la phase orange ou situation confrontant l'hôpital la nécessité de prise en charge de patients tel que les moyens habituels risquent d'être limités.

Le système d'alerte HRS informe les professionnels par SMS ou message vocal du déclenchement plan catastrophe > Plan de catastrophe : # {Type – pandémie} – confirmez votre disponibilité.



Hôpitaux Robert Schuman
9, rue Edward Steichen
L-2540 Luxembourg
T +352 2468-1

www.hopitauxschuman.lu
www.acteurdemasante.lu



Service	Numéro	Service	Numéro
Sécurité HK	-92424	Sécurité ZK	-93900
Service technique HK	-92525	Service technique ZK	-93810
Accueil HK	-21000	Accueil HK	-31000
Permanence Soins	-95375	Service Desk IT	-95151

