



# CRIS

## 22 mai 2026



# ODJ

- Actualités
  - Formation
  - Rapport d'activité triennal
  - Gestion des médecins en retard
  - Déclaration des EIAS
  - SIAM3
  - Articulation Accréditation / CPPS
- La parole est aux OA
  - MAJ guide EIAS et grille Alarm
  - Retour d'expériences (EIAS, Bilans)



# Actualités



# Agenda des CRIS / CRS journée des GOA

**BCRIS** : 24 septembre 2026

**CRIS** : 27 novembre 2026

**CRS** :

- Plastirisq : 24 juin 2026
- Afu : 25 juin 2026
- ODPCRIM : 19 novembre 2026
- Orthorisq : à définir
- ORL : septembre 2026 à programmer
- SFCTCV et DPC réa : à programmer dernier trimestre 2026
  
- **Journée des GOA** : 28 janvier 2027



# Collèges ( 1 )

Plage des listes	Date limite pour émettre des avis	Date du Collège de la HAS
du 04 mai 2026 au 07 juin 2026 minuit	Dimanche 7 juin minuit	Jeudi 25 juin 2026
du 08 juin 2026 au 05 juillet 2026 minuit	Dimanche 5 juillet minuit	Jeudi 23 juillet 2026
du 06 juillet 2026 au 30 août 2026 minuit	Dimanche 30 août minuit	Jeudi 17 septembre 2026
du 31 août 2026 au 04 octobre 2026 minuit	Dimanche 4 octobre minuit	Jeudi 22 octobre 2026
Du 05 octobre 2026 au 08 novembre 2026 minuit	Dimanche 8 novembre minuit	Jeudi 26 novembre 2026

## Collèges ( 2)

Plage des listes	Date limite pour émettre des avis	Date du Collège de la HAS
Du 9 novembre 2026 au 30 novembre 2026 minuit (avis favorables) Du 9 novembre 2026 au 30 novembre 2026 minuit (avis défavorables)	Dimanche 30 novembre minuit (avis favorables) Dimanche 30 novembre minuit (avis défavorables)	Jeudi 17 décembre 2026
Avis favorables : du 1er décembre 2026 au 14 décembre 2026 inclus	Dimanche 14 décembre 2026 minuit	Jeudi 17 décembre 2026

# Agréments

- Prolongation pour 3 ans pour DPC-Réa : avant le 27 juin 2026 . Passage au collège pour examen le 11 juin 2026/ validation le 18 juin.
- 10 renouvellements en 2027 !

→ Pièces à fournir pour ces renouvellements : pièces habituelles plus attestation de la CNIL relative à la désignation d'un DPO. Attention aux pièces administratives +++ . Dossier de renouvellement d'agrément actualisé téléchargeable sur le site HAS. Éléments à nous fournir environ 3 mois avant la date de passage en Collège.

OA	Dead Line de passage en collège
SFCTCV	27 avril 2027
PLASTIRISQ	16 juin 2027
CFAR	16 juin 2027
CEFA-HGE	15 septembre 2027
ODPC-RIM	15 décembre 2027
ORTHORISQ	27 avril 2027
GYNERISQ	27 avril 2027
FCVD	22 juin 2027
ORL DPC	22 septembre 2027
VASCURISQ	13 octobre 2027

# Actualité sur les chiffres (au 12 mai 2026)

□ **12 315** médecins actifs

➤ **3153** engagés

➤ **9162** accrédités

dont **6 002** en équipe soit **48,7%** des médecins

□ **801** équipes sont actives :

➤ **544** accréditées

➤ **257** engagées

□ **178 542** EIAS sont acceptés dont **12 208** en équipe.

OA	Nombre d'équipes
AFU	125
Cardiorisq - ODP2C	24
CEFA-HGE	59
CFAR	290
Collège de Neurochirurgie	16
DPC-Réa	29
FCVD	26
GYNERISQ	56
MAXILLORISQ	9
OA CHIRPED	11
ODPC-RIM	84
ORL-DPC	14
ORTHORISQ	9
PLASTIRISQ	1
SFCTCV	42
VASCURISQ	6
Total	801

**Tous les OA ont désormais des équipes créées dans le Siam.**

# Point sur la désignation des DPO

- Sensibilisation des OA à la nécessaire désignation d'un DPO.
- Désignation en cours .
- Mutualisation du DPO pour certains OA.

6 OA ont confirmé la mutualisation, 8 sont en discussion,  
Gynerisq et ODP2C vont avoir recours à leur propre DPO.

# Financement des OA

- Dialogue de gestion avec la CNAM le 16 avril 2026 : exigences de la CNAM
- Financement additionnel : Arrêté du 20 novembre 2025 publié le 19 décembre 2025 : prolongation du financement additionnel pour 2 ans
- OA concernés : Maxillorisq et OA-chirped ( ORL DPC a atteint le seuil des 100 médecins au 31 décembre 2025.

# Toilettage des textes réglementaires

- Évolution des pratiques de travail, de la législation, disparition de certaines instances
- Une révision et une mise en cohérence des textes sont indispensables
- Travail en cours avec le service juridique et la DGOS
- Lien avec le rapport de la Cour des comptes



# FORMATION



# Miniconférences

- Une seconde Miniconférence a eu lieu le 5 février 2026 sur le thème : Burn out : quelles pistes de prévention pour les soignants? Avec le dr Ségolène Arzalier-Daret. Une quarantaine de participants.
- Une troisième miniconférence est prévue au second semestre sur la gestion des bilans
- Conférences ouvertes aux OA et à l'ensemble des experts de manière à mettre à jour ses connaissances.

# Formation initiale des experts

- 5 participants et 2 observateurs les 15 et 16 janvier 2026
- 6 participants et 3 observateurs les 26 et 27 mars 2026

## Prochaines sessions les :

18 et 19 juin 2026

15 et 16 octobre 2026

- 3 sessions de formation 2027 sont fixées pour le moment :

4 et 5 février 2027

17 et 18 juin 2027

14 et 15 octobre 2027

- Atelier à la demande toujours possible. Formation des nouveaux engagés : Vascurisq prévue les 12 novembre et 10 décembre 2026.

# Accompagnement digitalisé des référents d'équipe

Au11/05

- Nombre d'apprenants en statut "validé" : 160
- Nombre d'apprenants en statut "en cours" : 63
- Nombre d'apprenants en statut "pas commencé" : 295

**Satisfaction de 8,6 /10 pour 120 répondants**

**> De nouveaux référents sont ajoutés au fil de l'eau pour à la demande de l'OA (en désactivant les statuts validés des 1ers inscrits)**

**Projections :**

**Fin 2026/2027 : nouvelle cible médecins accrédités/engagés > parcours de formation digitale**



# RAPPORT D'ACTIVITÉ TRIENNAL



# Rapport d'activité triennal

2023 – 2025

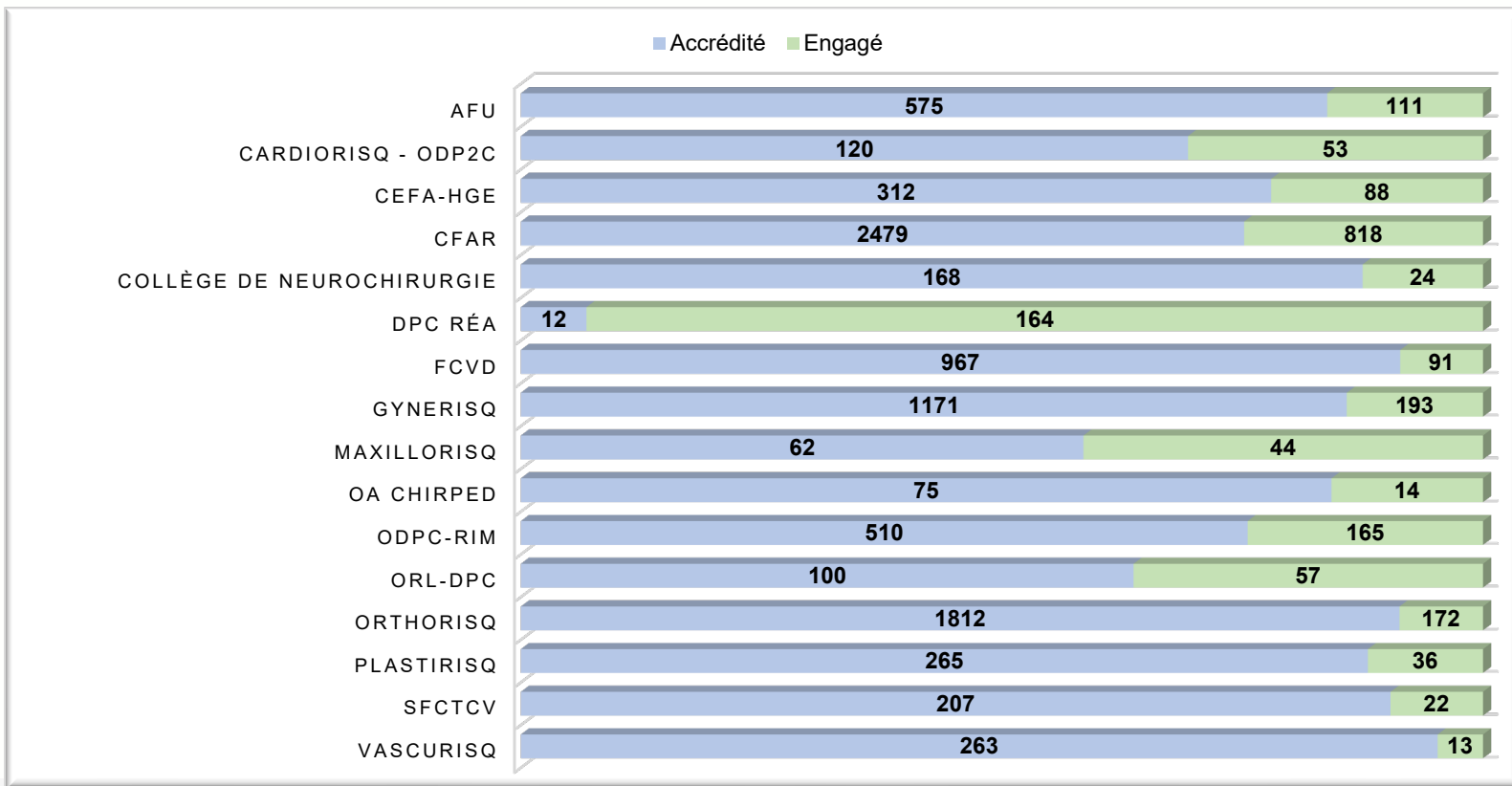
- Merci pour vos contributions !
- Passage en COI en juillet ou septembre
- Des chiffres encourageants : 11137 médecins actifs, 740 équipes actives, plus de 175 000 EIAS !
- Une forte dynamique de croissance : + 14 % de médecins accrédités en 2025

# Des tendances positives

## Évolution du nombre de médecins et équipes dans l'accréditation entre 2023 et 2025

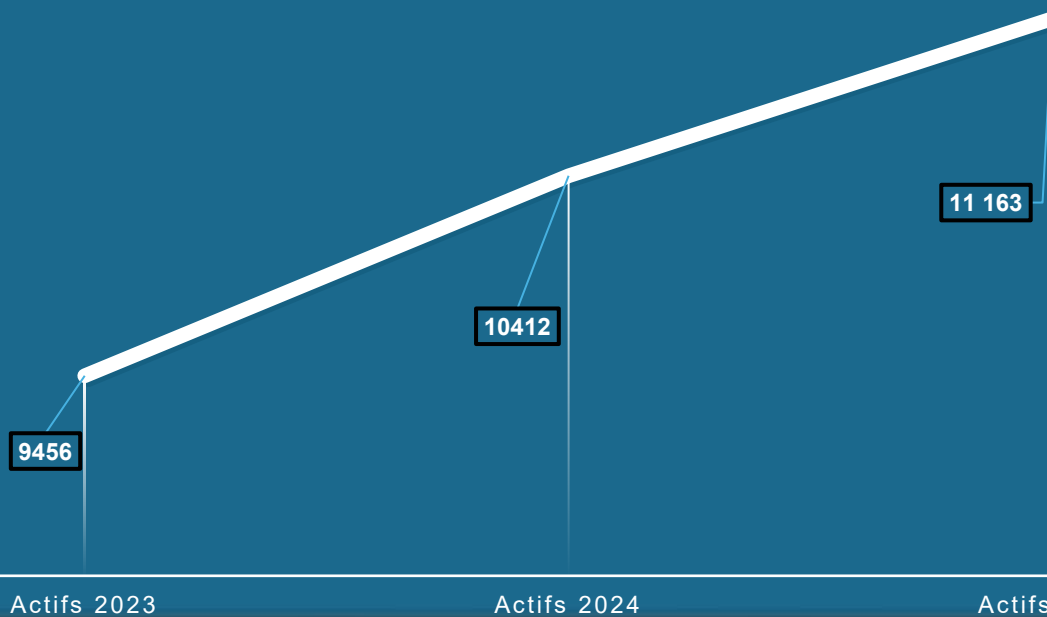
	2023 (n)	2024 (n)	2025 (n)	Écart 2024/2025 (n)	Tendance
Nombre de médecins accrédités	7 998	8 729	9 098	+ 369	😊
Nombre de médecins engagés	1 458	1 813	2 201	+ 388	😊
Nombre d'équipes accréditées	318	401	509	+ 108	😊
Nombre d'équipes engagées	84	128	231	+ 103	😊
Nombre de médecins en équipe	3 258	4 157	5 796	+ 1 639	😊
Nombre de renoncements	421	454	904	+ 450	
Nombre de sorties	675	676	1 068	+ 392	

# Médecins actifs /OA (N= 11 163)

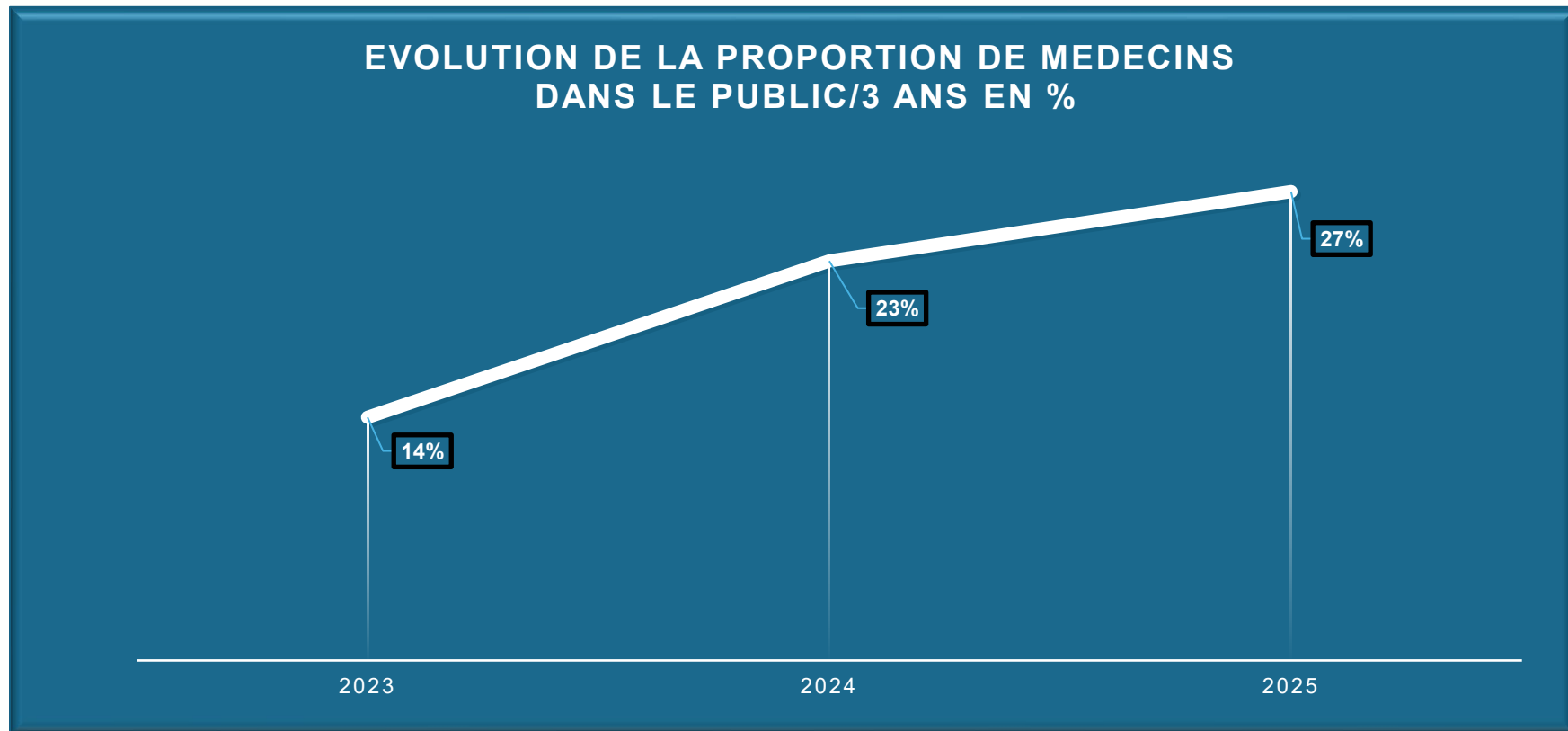


# Une forte évolution du nombre de médecins actifs sur 3 ans

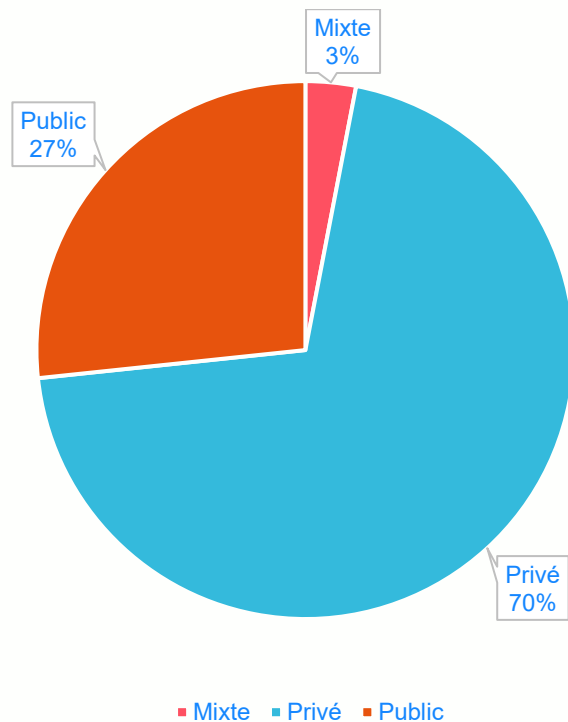
## EVOLUTION DU NOMBRE DE MÉDECINS ACTIFS /3 ANS



# Des médecins actifs dans le public de plus en plus nombreux



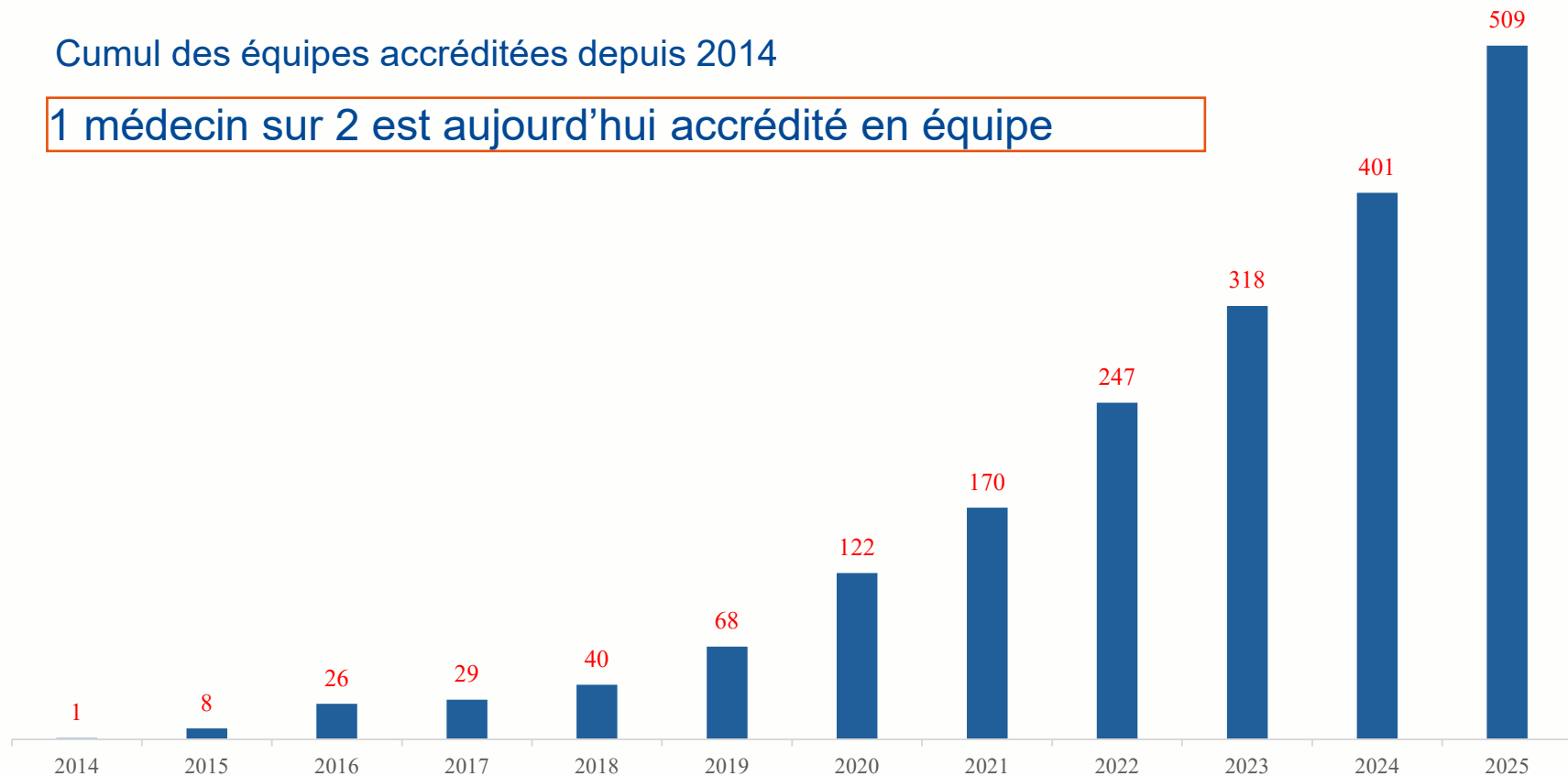
# Répartition Médecins actifs Public\_Privé (N= 11 163)



# L'accréditation en équipe, le moteur actuel du développement de l'accréditation

Cumul des équipes accréditées depuis 2014

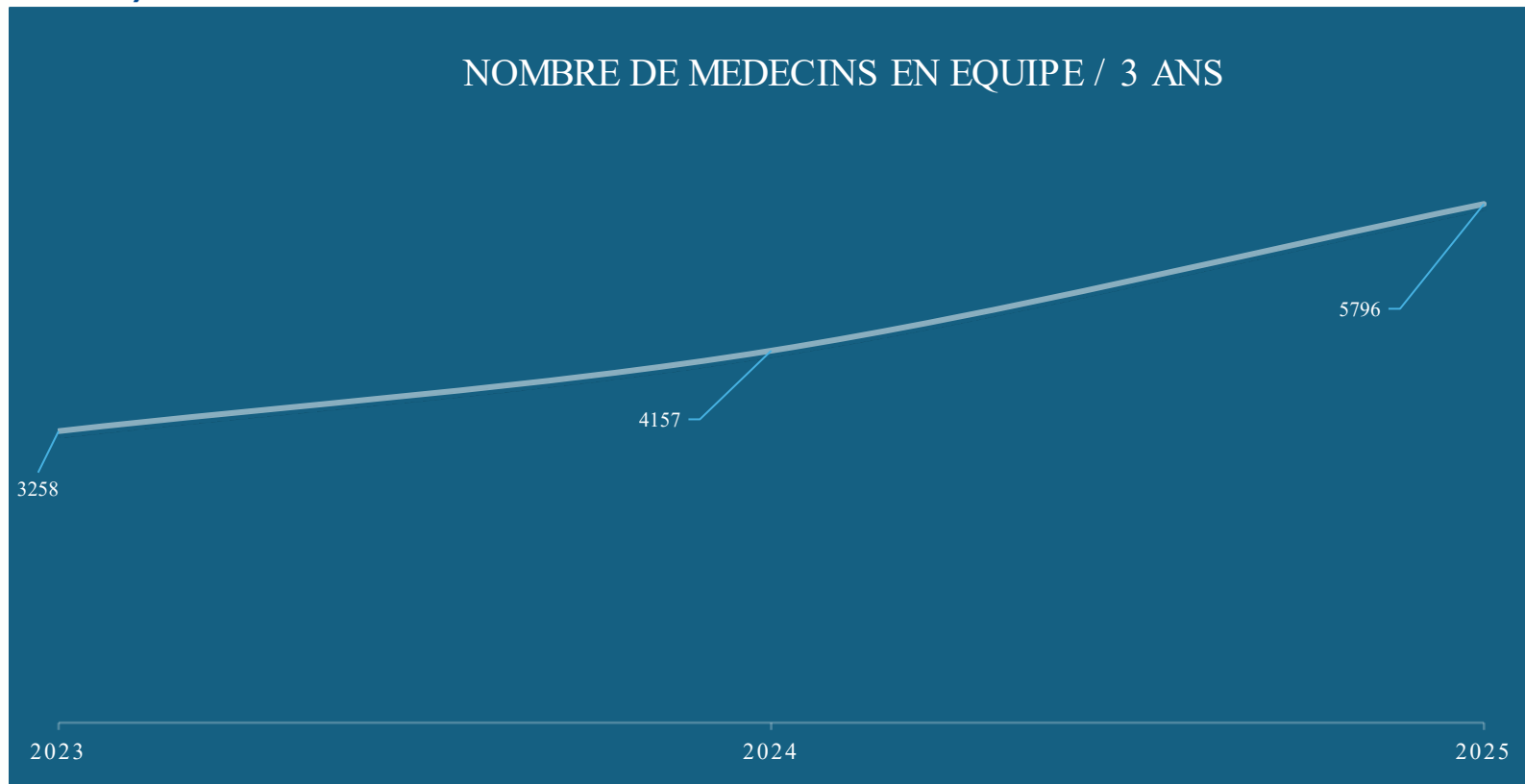
1 médecin sur 2 est aujourd'hui accrédité en équipe



# Répartition des équipes actives par spécialité au 31/12/2025

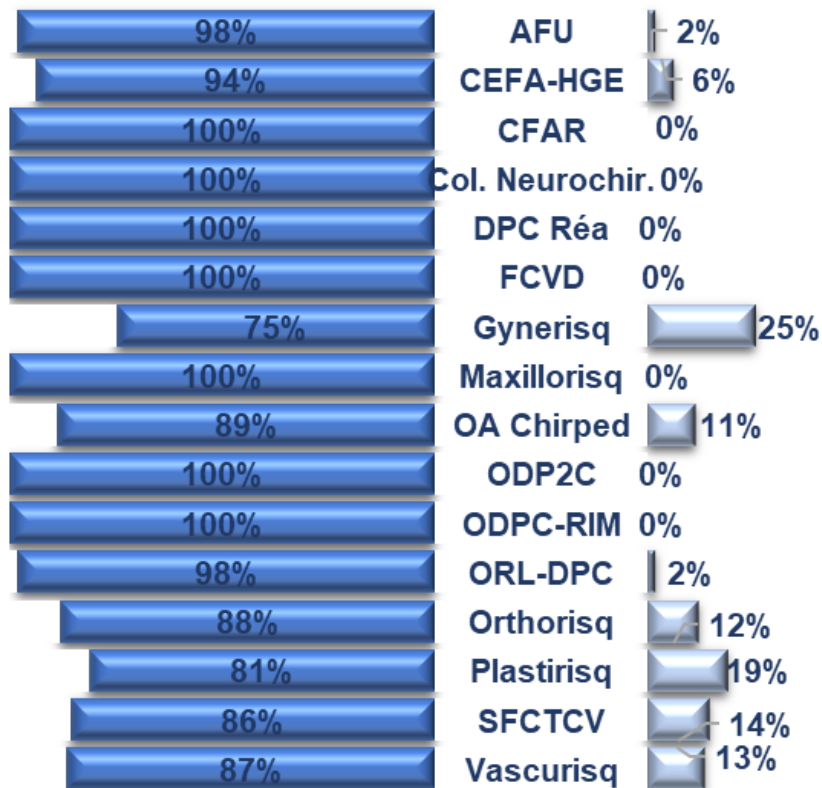
Spécialité	Nb équipes
Anesthésie-réanimation	284
Chir. urologique	119
Radiologie	81
Hépatogastro-entérologie interventionnelle	53
Gynécologie-obstétrique	45
Chir. thoracique et cardio-vasculaire	39
Cardiologie interventionnelle	23
Neurochirurgie	15
Chir. ORL	13
FCVD	20
Chir Infantile	11
Chirurgie orthopédique	3
Chirurgie maxillofaciale	9
Médecine intensive réanimation	21
Chir. Vasculaire	4

## Une forte évolution du nombre de médecins engagés et accrédités en équipe (3 ans)

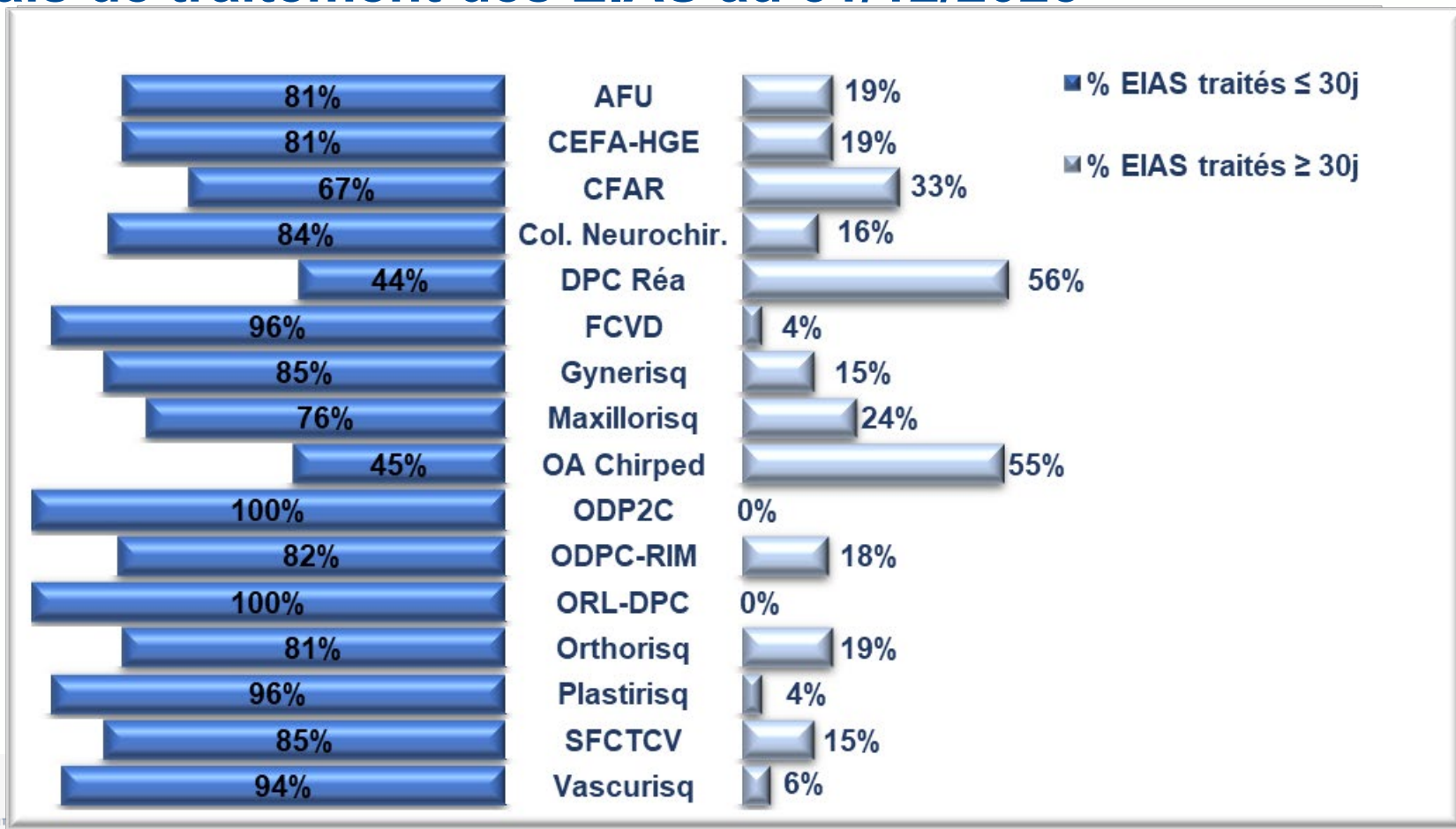


# Délais de traitement des engagements au 31/12/2025

■ % engagements traités ≤ 30j    ■ % engagements traités ≥ 30j



# Délais de traitement des EIAS au 31/12/2025





# GESTION DES MÉDECINS EN RETARD



# Médecins en retard : des efforts à poursuivre

**783 Médecins actifs sont en retard**

De 3 mois à 1 an → **583**

+ 1 an → **200**

**Si accréditation**

**échue** (> 4 ans ou engagés)



**Clôturer le dossier  
SIAM**

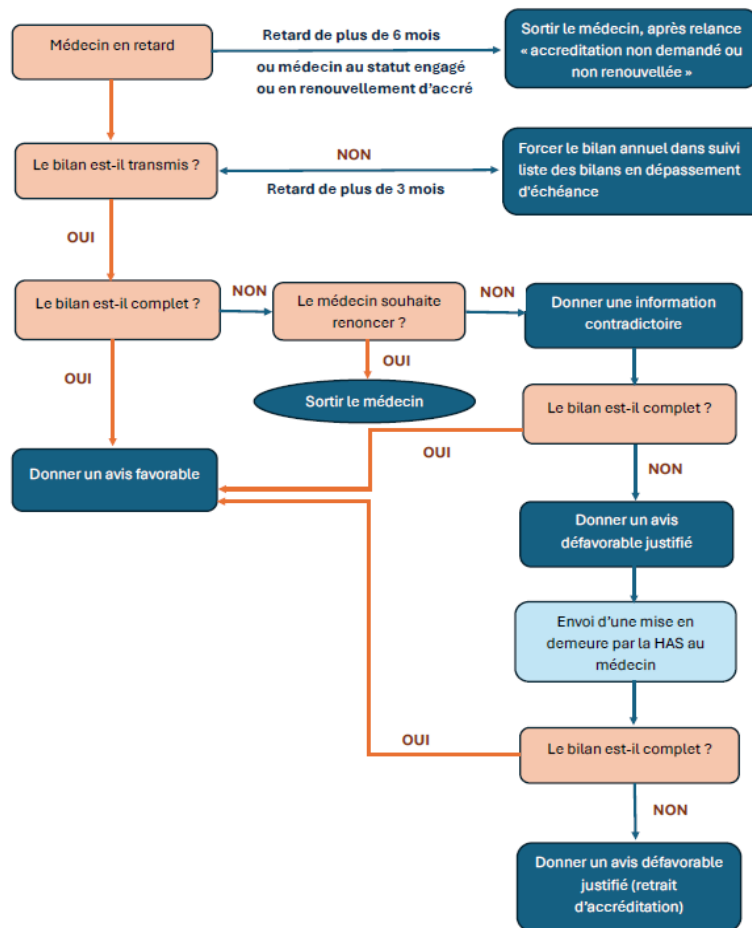
# Process des retards

- Sujet validé en CRIS :

« Tout médecin en retard de plus de 18 mois à compter de sa date d'engagement ou de sa date de dernier bilan peut être sorti d'office du SIAM par la HAS ou l'OA, tant que celui-ci a déjà été relancé par l'OA ».

- Présentation du process de gestion des retards, ci-après.

### Process de gestion des bilans en retard dans le Siam



# Contrôle des bilans d'équipe

Chaque bilan d'accréditation en équipe est relu.

Contrôle du nombre d'EIAS acceptés, du résumé du référent, de l'avis motivé de l'expert, de la synthèse complémentaire de l'expert quand elle existe.

- Une amélioration constatée.
- Des efforts à poursuivre...

# Contrôle des bilans individuels

## Contrôle des bilans d'accréditation

- 100% bilans équipe (modèle disponible)
- Echantillon bilans individuels

## Synthèse de l'expert & bilans individuels

*Objectif : consensus inter-OA des attendus*

- Attendu 1 : activités dans chaque pilier
- Attendu 2 : nombre d'EIAS réalisés et acceptés
- Attendu 3 : appréciation sur l'implication du médecin , activités réalisées, originalité des actions

Note : le SIAM 3 facilitera la rédaction des synthèses.

# Contrôle des bilans individuels

Contrôle aléatoire du SEvOQSS depuis novembre 2025 sur les bilans individuels d'accréditation présentés pour décision au Collège. 20 dossiers par séance

Certains dossiers sont incomplets ( piliers vides)

Attendus de la HAS :

activités dans chaque pilier en fonctions des exigences du programme de l'OA

Synthèse factuelle de l'expert

avis favorable motivé



**DÉCLARATION DES EIAS :**  
**RAPPEL DES OBLIGATIONS ET DIFFÉRENTS CIRCUITS DE**  
**DÉCLARATION**



## Rappel des définitions réglementaires et scientifiques des EIAS et EIGS



Il existe de nombreuses définitions d'un EIAS et d'un EIGS dans la littérature internationale.



En France, il existe des définitions réglementaires ([art. R.1413-66](#) du code de la santé publique pour les EIAS; [art. R.1413-67](#) pour les EIGS, qui régit les obligations de déclaration), ainsi que des définitions scientifiques.



Les définitions scientifiques promues par la HAS sont basées sur celles de l'Organisation Mondiale de la Santé et couvrent les champs sanitaire et médico-social. Elles sont utilisées dans ses travaux sur la gestion des risques et le retour d'expérience.

### Définitions scientifiques utilisées par la HAS :

- un **EIAS** est un évènement défavorable survenant chez un patient (désigne le bénéficiaire des soins ou de l'accompagnement) :
  - associé aux actes de soins et d'accompagnement,
  - qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient,
  - qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin,
  - qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un évènement inattendu ;
- un **EIGS** est un EIAS grave. En d'autres termes, lorsque les EIAS entraînent des conséquences graves, telles que le décès, la mise en jeu du pronostic vital, ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale, ils sont alors qualifiés d'EIGS.

## Un EIAS en établissement arrive → où le déclarer ?

**1** Il faut le déclarer dans le circuit interne de l'établissement!

Après l'EIAS peut servir aussi à l'accréditation, ou au dispositif obligatoire EIGS....

Sans oublier l'information au patient et les vigilances :

- la matériovigilance (ANSM)
- la pharmacovigilance (CRPV)
- l'hémovigilance (EFS)
- la radioprotection (ASN)....



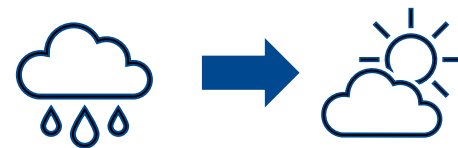
Déclaration Complète dans les **3 Mois** : Analyse et Plan d'Actions



## SIAM 2 / SIAM 3



## SIAM 2



Le changement de prestataire est complexe, avec beaucoup de retard dans le traitement des demandes et des régressions qui sont apparues.

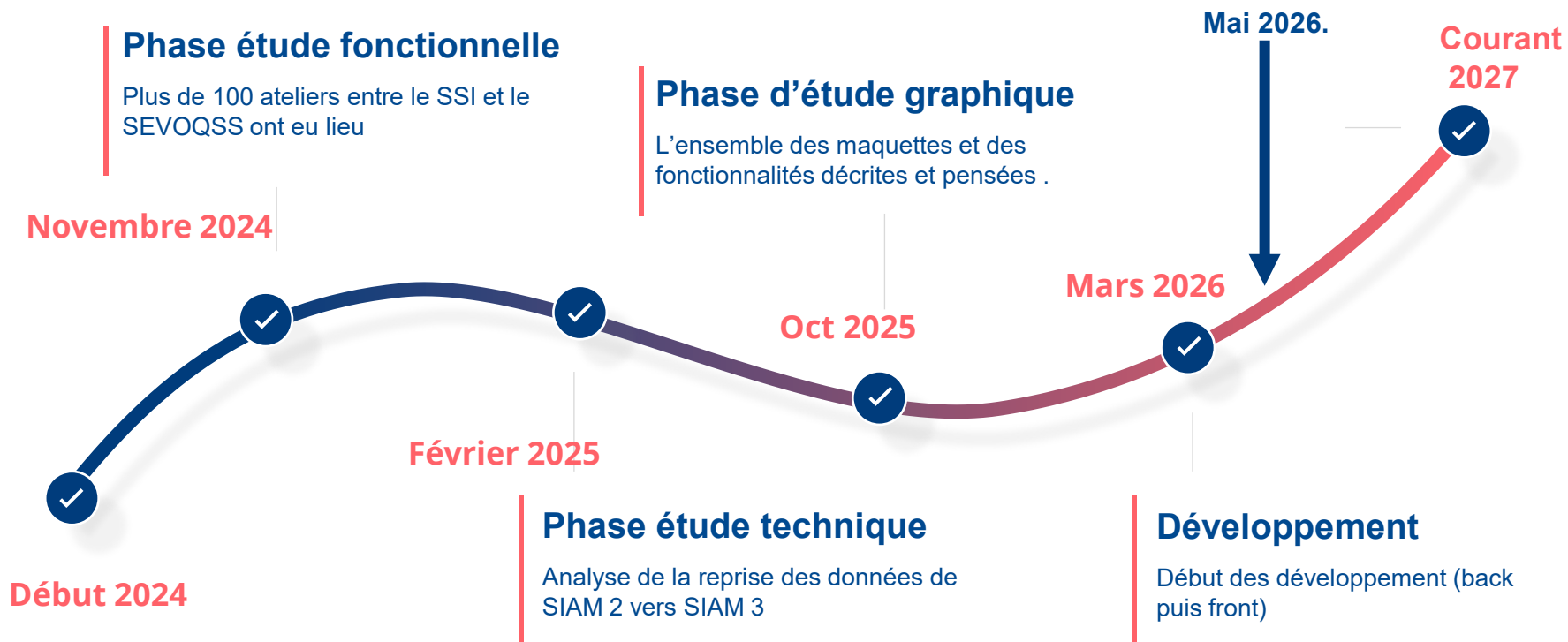
La situation a fait l'objet d'évolution, et la situation s'améliore enfin depuis un mois.

Nous mettons tout en place pour que la situation s'améliore encore dans les prochains mois.

Au niveau de l'hébergement nous avons amélioré la sécurité de SIAM 2. Nous avons augmenté les ressources sur SIAM 2 pour améliorer les performances.

Vous devez sans doute observer beaucoup moins de lenteurs et plus de stabilité depuis quelques mois.

# SIAM 3 : une refonte qui suit son cours



## SIAM 3

- Présentation par le SSI des maquettes pour la nouvelle fonctionnalité « notes pour les Bilans ».
- Nous allons vous solliciter courant Juin – Juillet sur le renouvellement des mots de passe pour améliorer la sécurité de SIAM 2.
- L'accompagnement au changement sera le prochain grand chantier à mener vers la fin de l'année. Nous allons vous solliciter pour réussir ce changement. Elle sera discutée avec les GOA lors de la journée annuelle (28 janvier 2027) .



# ARTICULATION ACCREDITATION / CPPS



# CPPS : pas mal d'actualités !

- Parution des 2 décrets CPPS : 26 décembre 2025 : posent le cadre du contrôle et du suivi de la CPPS.
- Arrêté du 27 février 2026 : liste des 52 référentiels
- Congrès de Maxillorisq en mars 2026 (vidéos dans leur intégralité )
- [La Certification périodique : où en est on sur le plan réglementaire ? - Pr Serge UZAN](#)
- [Comment les spécialités dites à risques ont intégré la démarche d'accréditation - Pr Philippe Orcel](#)
- [Q &R Certification périodique en Chirurgie Maxillo-Faciale : Pr Uzan, Pr Orcel et Dr Dujarric - YouTube](#)

# CPPS : congrès de maxillorisq

- Congrès de Maxillorisq en mars 2026 ( extraits passés en séance )
  - [Pr Serge Uzan : La certification périodique où en est-on sur le plan réglementaire?](#)
  - [Comment les spécialités dites à risques ont intégré la démarche d'accréditation - Pr Philippe Orce!](#)

# Place de l'accréditation dans les référentiels de CPPS

Bloc	Présence explicite	Présence implicite
Bloc 1 – Actualisation des connaissances	69 %	100 %
Bloc 2 – Qualité / Sécurité des pratiques	88 %	100 %
Bloc 3 – Relation patient	50 %	100 %
Bloc 4 – Santé du professionnel	44 %	100 %

Equivalence Accréditation CP opérationnelle  
en attendant équivalence réglementaire

# Identification de l'Accréditation dans les référentiels de CP

CNP	OAA	Bloc 1	Bloc 2	Bloc 3	Bloc 4
Anesthésie réanimation (p. 41)	<b>CFAR</b>	1	1	1	1
Chirurgie maxillo faciale et stomatologie (p. 88)	<b>Maxillorisq</b>	1	1	1	1
Chirurgie orthopédique et traumatologie (p. 108)	<b>Orthorisq</b>	1	0	0	0
Chirurgie infantile / pédiatrique (p. 130)	<b>OA Chir Ped</b>	0	1	0	0
Chirurgie plastique reconstructrice (p. 147)	<b>Plastirisq</b>	0	1	0	0
Chirurgie thoracique et cardio vasculaire (p. 160)	<b>SFCTCV</b>	0	1	0	0
Chirurgie vasculaire (p. 185)	<b>Vascurisdq</b>	1	1	1	0
Chirurgie viscérale et digestive (p. 199)	<b>FCVD</b>	1	1	1	1
Gynécologie obstétrique (p. 287)	<b>Gynerisdq</b>	1	1	1	1
Gastro entérologie (p. 337)	<b>CEFA-HGE</b>	1	1	1	1
Cardiologie interventionnelle (p. 365)	<b>ODP2C</b>	0	1	1	1
Réanimation médicale (p. 460)	<b>DPC Réa</b>	0	0	0	0
Neurochirurgie (p. 627)	<b>Collège de neurochirurgie</b>	1	1	0	0
Chirurgie de la face et du cou / ORL (p. 710)	<b>ORL DPC</b>	1	1	1	1
Radiologie interventionnelle (p. 760)	<b>ODPC RIM</b>	1	1	0	0
Chirurgie urologique (p. 822)	<b>AFU</b>	1	1	0	0

# CPPS : pas mal d'actualités !

- Parution des 2 décrets CPPS : 26 décembre 2025 : posent le cadre du contrôle et du suivi de la CPPS.
- Arrêté du 27 février 2026 : liste des 52 référentiels
- Congrès de Maxillorisq en mars 2026
  - Pr Serge Uzan : La certification périodique où en est-on sur le plan réglementaire?
  - Comment les spécialités dites à risques ont intégré la démarche d'accréditation - Pr Philippe Orcel

# Chantiers à poursuivre

- Communiquer auprès des professionnels
- Soutenir l'équivalence Accréditation / Certification



**Déjeuner  
reprise à 14 H**





# LA PAROLE EST AUX OA





# Grille de maturité *check-list*

## CFAR



# Outil d'aide aux experts et aux équipes

Dr David Gouraud

# Grille de maturité CLSBO





## État des lieux: Le cas du CFAR

 Pilier : Travail en équipe


 Activité obligatoire

 Comment évaluer l'activité CL ?

 avec les outils promus par la HAS (CL adaptées/personnalisées, outils de communication, NoGo...)

 sur le temps long (cycle quadriennal)

Nécessité d'un accompagnement

 d'experts pour proposer ou rechercher comment l'équipe multi-professionnelle s'est organisée :

Soit pour **évaluer** la CL

Soit pour **adapter** la CL

# La grille

Critères	Niveau de maturité			
	Initial	Intermédiaire	Avancé	Expert
<b>Vérification croisée des items (IDE, MAR, opérateur)</b>	Utilisation individuelle ou informelle.	Vérification croisée occasionnelle, mais pas systématique.	Vérification croisée systématique avec l'équipe.	Vérification croisée systématique s'appuyant sur des techniques de communication éprouvées (reformulation, oser dire).
<b>Check-list en 3 temps (ou 2 temps si T1 et T2 fusionnés)</b>	Non réalisée ou réalisée de manière incomplète.	Réalisée partiellement (1 ou 2 temps non réalisés).	Vérification systématique de tous les items en 2 ou 3 temps (avant induction / avant incision, avant sortie).	Check-list exhaustive réalisée en 2 ou 3 temps, avec identification des écarts, No Go...
<b>Check-list spécialisée / personnalisée</b>	Utilisation d'une <i>check-list</i> générique.	Adaptations ponctuelles pour certains services ou types d'interventions.	Check-lists spécialisées par type d'intervention ou service. validées par l'équipe.	Check-lists personnalisées régulièrement adaptées selon les retours terrain et les données.
<b>Evaluation (avec l'aide du service qualité)</b>	Aucune évaluation réalisée, autre que le taux de remplissage et d'exhaustivité.	Evaluation des pratiques non structurée, sans politique d'amélioration, questionnement informel sur l'utilisation de la <i>check-list</i> .	Audits réguliers avec analyse des écarts et plans d'action, questionnaires individuels d'opinion sur l'utilisation de la <i>check-list</i> .	Audits systématiques, intégrés dans une démarche d'amélioration continue. Analyse des No Go. Suivi d'indicateurs (never events, complications postopératoires dont ISO)
<b>Communication (soutien institutionnel, sur le terrain)</b>	Aucune action de promotion, pas de leadership.	Actions ponctuelles (affichage, rappels oraux), peu de professionnels impliqués	Campagnes de sensibilisation, formations, supports visuels, implication des professionnels	Stratégie de promotion intégrée (feedbacks, reconnaissance des bonnes pratiques). Implication des leaders du blocs, du conseil de bloc, de la CME.



# CRITERE

## Vérification croisée des items (IDE, MAR, opérateur)

### Initial

Utilisation individuelle ou informelle.

### Intermédiaire

Vérification croisée occasionnelle, mais pas systématique.

### Avancé

Vérification croisée systématique avec l'équipe.

### Expert

Vérification croisée systématique s'appuyant sur des techniques de communication éprouvées (reformulation, boucle fermée, oser dire...).



# CRITERE

## Check-list en 3 temps (ou 2 temps si T1 et T2 fusionnés)



### **Initial**

Non réalisée ou réalisée de manière incomplète.



### **Intermédiaire**

Réalisée partiellement (1 ou 2 temps non réalisés).



### **Avancé**

Vérification systématique de tous les items en 2 ou 3 temps (avant induction / avant incision, avant sortie).



### **Expert**

Check-list exhaustive réalisée en 2 ou 3 temps, avec identification des écarts, No Go...

# CRITERE

## Check-list spécialisée / personnalisée



### Initial

Utilisation d'une check-list générique.



### Intermédiaire

Adaptations ponctuelles pour certains services ou types d'interventions.



### Avancé

Check-lists spécialisées par type d'intervention ou service, validées par l'équipe.



### Expert

Check-lists personnalisées régulièrement adaptées selon les retours terrain et les données.



# CRITERE Évaluation (avec l'aide du service qualité)

## **Initial**

Aucune évaluation réalisée, autre que le taux de remplissage et d'exhaustivité.

## **Intermédiaire**

Evaluation des pratiques non structurée, sans politique d'amélioration, questionnaire informel sur l'utilisation de la check-list.

## **Avancé**

Audits réguliers avec analyse des écarts et plans d'action, questionnaires individuels d'opinion sur l'utilisation de la check-list.

## **Expert**

Audits systématiques, intégrés dans une démarche d'amélioration continue. Analyse des No Go. Suivi d'indicateurs (never events, complications postopératoires dont ISO)



# CRITERE Communication (soutien institutionnel, sur le terrain)

## Initial

Aucune action de promotion, pas de leadership.

## Intermédiaire

Actions ponctuelles (affichage, rappels oraux), peu de professionnels impliqués

## Avancé

Campagnes de sensibilisation, formations, supports visuels, implication des professionnels

## Expert

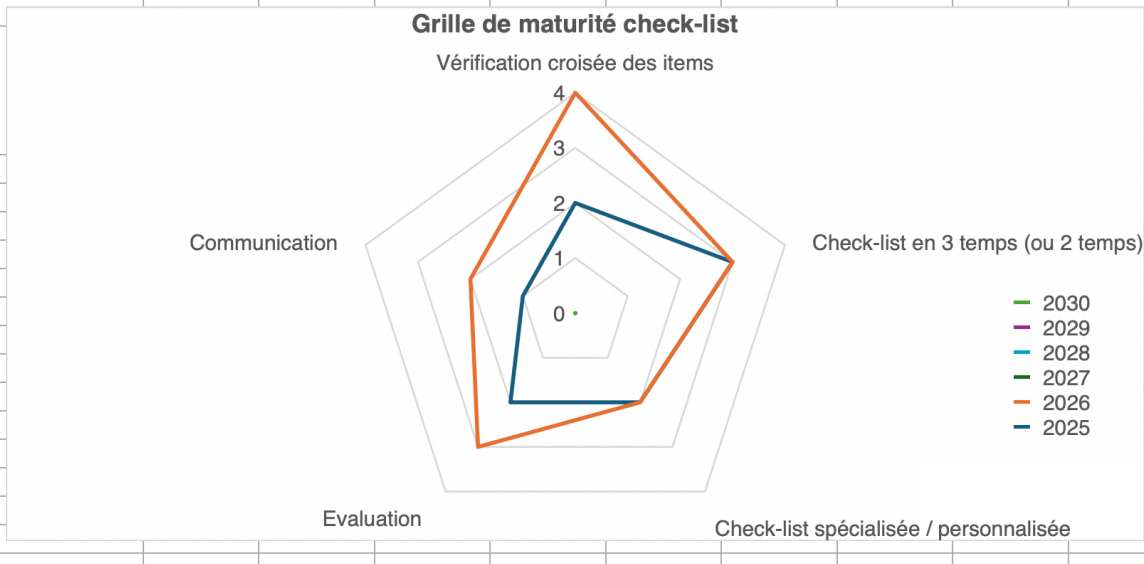
Stratégie de promotion intégrée (feedbacks, reconnaissance des bonnes pratiques). Implication des leaders du blocs, du conseil de bloc, de la CME.

Critères	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Vérification croisée des items		2	4			
Check-list en 3 temps (ou 2 temps)		3	3			
Check-list spécialisée / personnalisée		2	2			
Evaluation		2	3			
Communication		1	2			

**Grille de notation :**

- Initial = 1
- Intermédiaire = 2
- Avancé = 3
- Expert = 4

Diagramme radar évolutif dans le SIAM?





# Questions





**Partenariat**  
**Soins aux Professionnels de Santé**  
**Maxillo-risq**



l'institut  
pour la santé  
des soignants



axillorisq

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Pilier « Santé du Professionnel »**

**Comment pouvons-nous agir ?**



l'institut  
pour la santé  
des soignants

## Association dédiée à la santé des soignants

- Association de loi 1901 reconnue d'intérêt général
- Créée en 2015 par des professionnels de santé
- **3 missions :**
  - **Accompagner**
  - **Prévenir**
  - Défendre la cause

Venir en aide aux professionnels de santé avec le parcours d'accompagnement psychologique

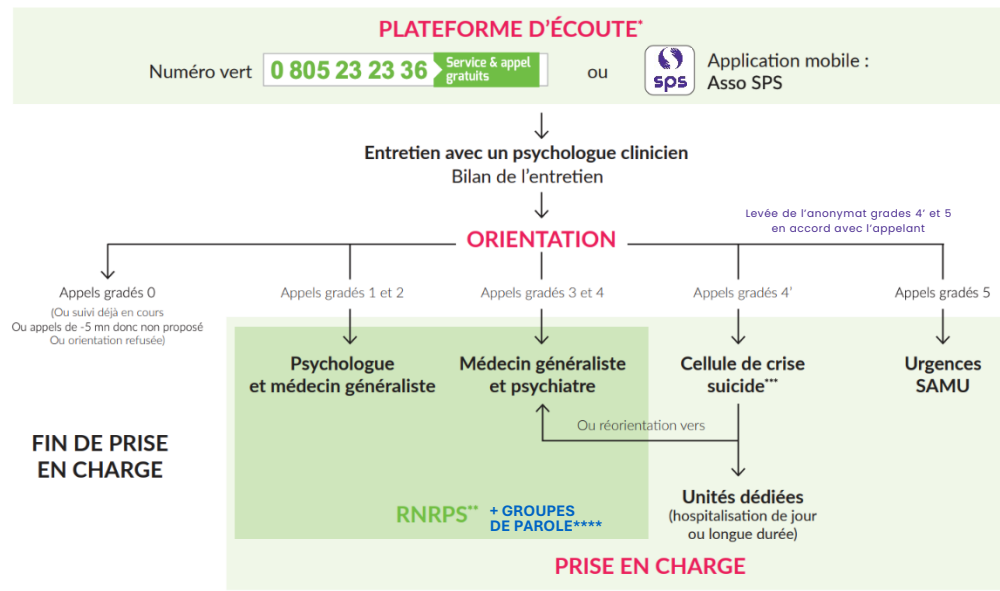
Plateforme de 120 psychologues



Anonymat et 100% décrochés  
Levée si gradés 4 ou 5

Depuis 2016 **40 480 appels**  
**En 2025, 5 560 appels**  
**(dont 13 % médecins)**

**24h/24 et 7j/7, 100 % d'appels décrochés, confidentiel, anonyme et gratuit**



\* La plateforme d'écoute (numéro vert et appli SPS) composée de 100 psychologues formés aux risques psycho-sociaux. 100% décrochés, confidentiel, anonyme, gratuite, ouverte 24/24h et 7j/7.  
 \*\* Réseau National du Risque Psycho-Social composé de médecins généralistes, psychiatres et psychologues formés.  
 \*\*\* Cellule de crise composée d'un médecin généraliste, d'un psychiatre et de deux psychologues formés à la crise suicidaire 24h/24h 7j/7, ainsi qu'une équipe de deux personnes pour la coordination sur whatsapp.  
 \*\*\*\*Groupes de parole mensuel en visioconférence de 2h, animés par une docteure en psychologie, spécialisée en trouble du stress post-traumatique

## Ateliers de prévention



### Objectifs :

- Agir sur les déterminants de la santé

### 6 parcours construits avec des experts :

- Alimentation
- Sommeil
- Activité physique
- Conciliation vie professionnelle et personnelle
- Santé de la femme soignante
- Gestion du stress par la respiration



## Formations



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'action suivante : Actions de formation

### Objectifs :

- Comprendre l'épuisement professionnel chez les professionnels de santé, aider au repérage et à la prise en charge des risques

### Thématiques abordées :

- Repérage et prise en charge des soignants vulnérables
- Détection et gestion du syndrome post-traumatique
- Prise en charge des crises suicidaires

## Autres ressources

### • Fiches pratiques

### • Auto-tests



### • Modules elearning, serious game....



## 2 espaces physiques

île-de-france

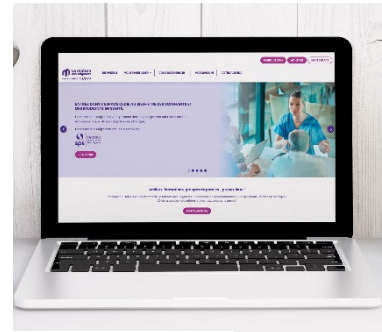


grand est



## 1 espace digital

[lamaisondessoignants.fr](http://lamaisondessoignants.fr)



**SE SOIGNER**

Permanences  
psychologiques

**SE FORMER**

Formations  
Qualiopi

**SE RESSOURCER**

Ateliers  
prévention

**ÉCHANGER**

Moments  
conviviaux

- 1) Contactez-nous à l'adresse suivante : [c.cornibert@sps-institut.fr](mailto:c.cornibert@sps-institut.fr)
- 2) Rédaction et signature d'une convention de partenariat
- 3) Ouverture des services lamaisondessoignants.fr par SPS pour votre OA
- 4) Envoi par SPS d'un **code partenaire** et d'un lien d'inscription pour la création d'un espace personnel lamaisondessoignants.fr par les engagés
- 5) Communication du code et du lien par votre OA auprès des engagés

## Partenariat : 5€/an/engagé

### Contenu de la convention de partenariat

#### Des avantages en accès libre pour tous

- Des consultations psychologiques :
    - > Via la plateforme d'écoute 24h/24 et 7j/7
- 0 805 23 23 36**  
120 psychologues de la plateforme

Service & appel gratuits

Application Asso SPS

App Store

Google Play
- > Ou en présentiel
  - Des Parcours Santé de sensibilisation, avec des ateliers en visioconférence et en présentiel
  - Des groupes de parole mensuels
  - 4 fiches pratiques
  - Des autotests

#### Des avantages spécifiques réservés aux adhérents / partenaires

- Tous les replays des Parcours Santé en visioconférence
- 10 formations Qualiopi chaque année
- L'intégralité des fiches pratiques
- Des sessions de e-learning et un serious game
- Un délégué régional en local dédié pour :
  - > Présenter les services aux bénéficiaires de votre structure
  - > Construire des actions en présentiel
- Du conseil en gestion de crise
- Une communication via notre site internet et la newsletter de SPS



**l'institut**  
pour la santé  
des soignants

**Catherine Cornibert**  
**Directrice générale de SPS**  
**[c.cornibert@sps-institut.fr](mailto:c.cornibert@sps-institut.fr)**  
**06 12 55 00 72**



# Prise en charge des sujets âgés

## FCVD

# Gestion des risques liés à la prise en charge des cancers coliques du sujet âgé

A red sphere is positioned in the center of the slide, resting on a dark blue, multi-faceted geometric base that resembles a stylized pyramid or a cluster of blocks. The background is a solid dark blue.

Enquête FCVD 2026

# Pourquoi une enquête

- Enquête annuelle dans le cadre de la JN de la FCVD
  - Informations sur les connaissances
  - Informations sur les pratiques
  - Informations sur les difficultés rencontrées
- Disponibilité sur le site de la FCVD
  - Enquête en ligne ( 25 – 30 questions, 3 mois)
  - Certificat d'EPP
  - Résultats
    - communiqués lors de la JN
    - Interprétés et commentés par les intervenants

# Pourquoi ce thème

- Près de 48 000 nouveaux cas par an (INCA 2023)
- 2eme cause de cancer chez la femme (après sein) et 3eme chez l'homme (après poumon et prostate)
- Age médian de survenue; 71 ans chez l'homme; 72 ans chez la femme
- 60 % des cancers colorectaux surviennent après 70 ans
- Aucun âge seuil validé scientifiquement au-delà duquel la chirurgie serait contre-indiquée
- La chirurgie colique est **faisable et bénéfique** chez le sujet âgé sélectionné

# Définitions du sujet âgé: pas de consensus

- **Oncogériatrie, SIOG: 70 ans :**
- Référentiel de certification **HAS : 75 ans :**
- **OMS:** « personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance »
  - Espérance de vie d'une femme : 85 ans
  - Espérance de vie d'un homme : 80 ans
- En France en 2025 (INSEE)
  - 15 millions de personnes > 65 ans
  - 10,6% de la population a plus de 75 ans
    - 40 % des hospitalisation en chirurgie

# PROGRAMME

9h00

## ÉTAT DES LIEUX

Introduction et résultats de l'enquête - Pr Jean-Michel FABRE  
Données de la base REX - Pr Jean-Michel FABRE

9h40

L'évaluation gériatrique pour le chirurgien digestif : futile, utile ou indispensable ?

Modérateurs : Dr Denis BLAZQUEZ - Dr Sophie MIOSEC

ETIAS emblématiques  
Pr Joséphine MASSIAS

ETIAS

10h30

Optimisation pré opératoire, anesthésie, analgésie

Modérateurs : Dr Jean-Pierre COSSA - Pr Muriel MATHONNET

ETIAS emblématiques  
Pr Serge MOLLIEUX

ETIAS

11h20

La préhabilitation du sujet âgé : pour qui ?  
Pourquoi ?

Modérateurs : Dr Eric MAGNE - Dr Jean DELABY

ETIAS emblématiques  
Pr Charles SABBAGH - Dr Christine DENET

ETIAS

12h10

## CONFÉRENCE

Dr Djamel GHEBRIOU

12h40

## Déjeuner sur place

14h00

Chirurgie colorectale "régulée" et sujet âgé

Modérateurs : Dr Constantine ZADANIS - Pr Yann PARC

ETIAS emblématiques  
Dr Jérémie LEFEVRE

ETIAS

14h50

Réhabilitation améliorée après chirurgie

Modérateurs : Dr Timothée DUGUÉ - Dr Christine DENET

ETIAS emblématiques  
Pr Karem SLIM

ETIAS

15h40

Les traitements néoadjuvants : oncologie et traitement périopératoire

Modérateurs : Membres du bureau de la FCVD

Dr Soraya MEBARKI

ETIAS

16h10

## CONCLUSION

L'évaluation gériatrique pour le chirurgien digestif : futile, utile ou indispensable ?

Avez-vous un accès rapide à une consultation d'onco-gériatrie ?

- Oui
- Non

D'après vous, pour un patient âgé de plus de 75 ans atteint d'un cancer colique, l'avis de l'onco-gériatre est nécessaire surtout pour (une seule réponse) :

- contre indiquer l'intervention chirurgicale
- « adapter » votre geste opératoire
- améliorer la préparation du patient à l'intervention
- anticiper les risques post opératoires

Lorsque l'onco-gériatre émet un avis réservé sur l'opérabilité d'un patient âgé, la décision finale (une seule réponse) :

- respecte systématiquement l'avis de l'oncogériatre
- dépend de l'avis du patient et de sa volonté à se faire opérer
- dépend de l'avis de la famille
- dépend que de vous

La préhabilitation du sujet âgé : pour qui, pourquoi ?

A votre avis parmi ces 4 propositions quelle est celle qui définit au mieux le concept de fragilité d'une personne âgée

- Comme la diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante
- Comme le risque de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé
- Comme le risque de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de dépendance
- Comme le risque de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état cognitif

Évaluez-vous la fragilité d'un patient âgé par un score validé ?

- Oui
- Non

Optimisation pré opératoire, anesthésie, analgésie

Dans votre pratique qui évalue en priorité la fragilité d'un patient âgé avant chirurgie colique ?

- Le chirurgien
- L'anesthésiste
- Le gériatre
- L'infirmière de consultation
- Personne

A votre avis quel est, parmi ces éléments, celui que vous retenir comme le plus aggravant du risque de complications post opératoire

- La sarcopénie
- L'amalgrissement
- L'anémie
- Les troubles cognitifs

Chirurgie colorectale « réglée » et sujet âgé

Pensez-vous que l'approche mini-invasive apporte un réel bénéfice au patient âgé

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Considérez-vous que la chirurgie colique coelioscopique du sujet âgé modifie principalement (une seule réponse) :

- Le taux de morbidité globale
- Le taux de morbidité chirurgicale
- Le taux de mortalité globale
- Le taux de reprise opératoire
- Ne modifie rien

Réhabilitation améliorée après chirurgie

Pensez-vous que la RAAC a plus d'intérêt chez le sujet âgé ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Quel est le principal intérêt de la RAAC chez un patient âgé (une seule réponse) :

- Diminution de la mortalité post opératoire
- Diminution des complications post opératoires
- Diminution de la durée de séjour
- Diminution du taux de réadmission

# Problématiques

- Le patient âgé va-t-il décéder avec son cancer ou à cause de son cancer?

**Survie globale vs. survie spécifique au cancer**

- Le patient âgé va-t-il tolérer le traitement chirurgical de son cancer?

**Prédiction du risque opératoire, évaluation fragilité des patients**

**Morbi-mortalité postopératoire à court et à moyen terme**

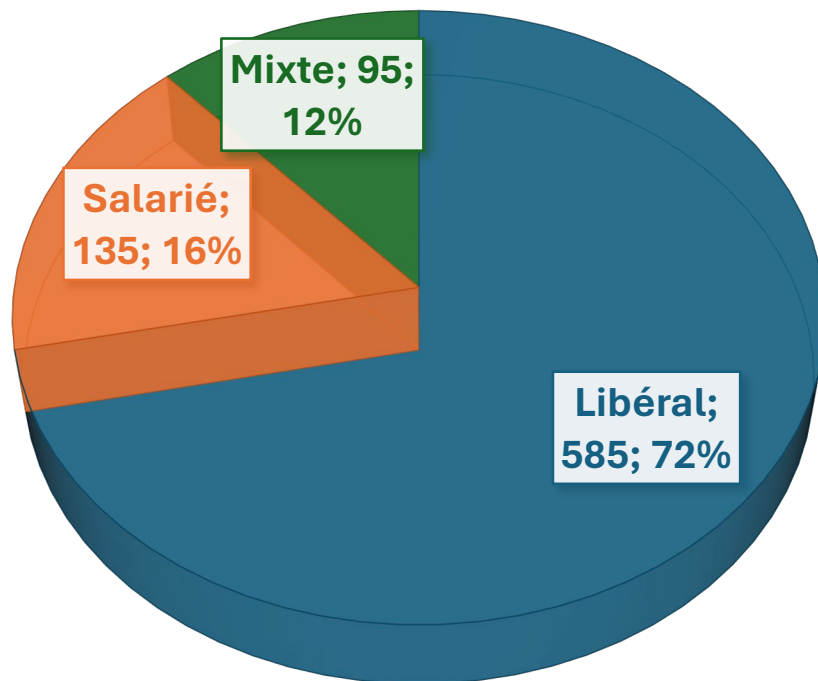
- Le traitement chirurgical du cancer va-t-il entraîner des bénéfices?

**Perte d'autonomie, maintien d'une qualité de vie acceptable**

**Demandes et attentes des patients**

# MODE D'EXERCICE

- Réponses enregistrées au 17/03/2026 : 815

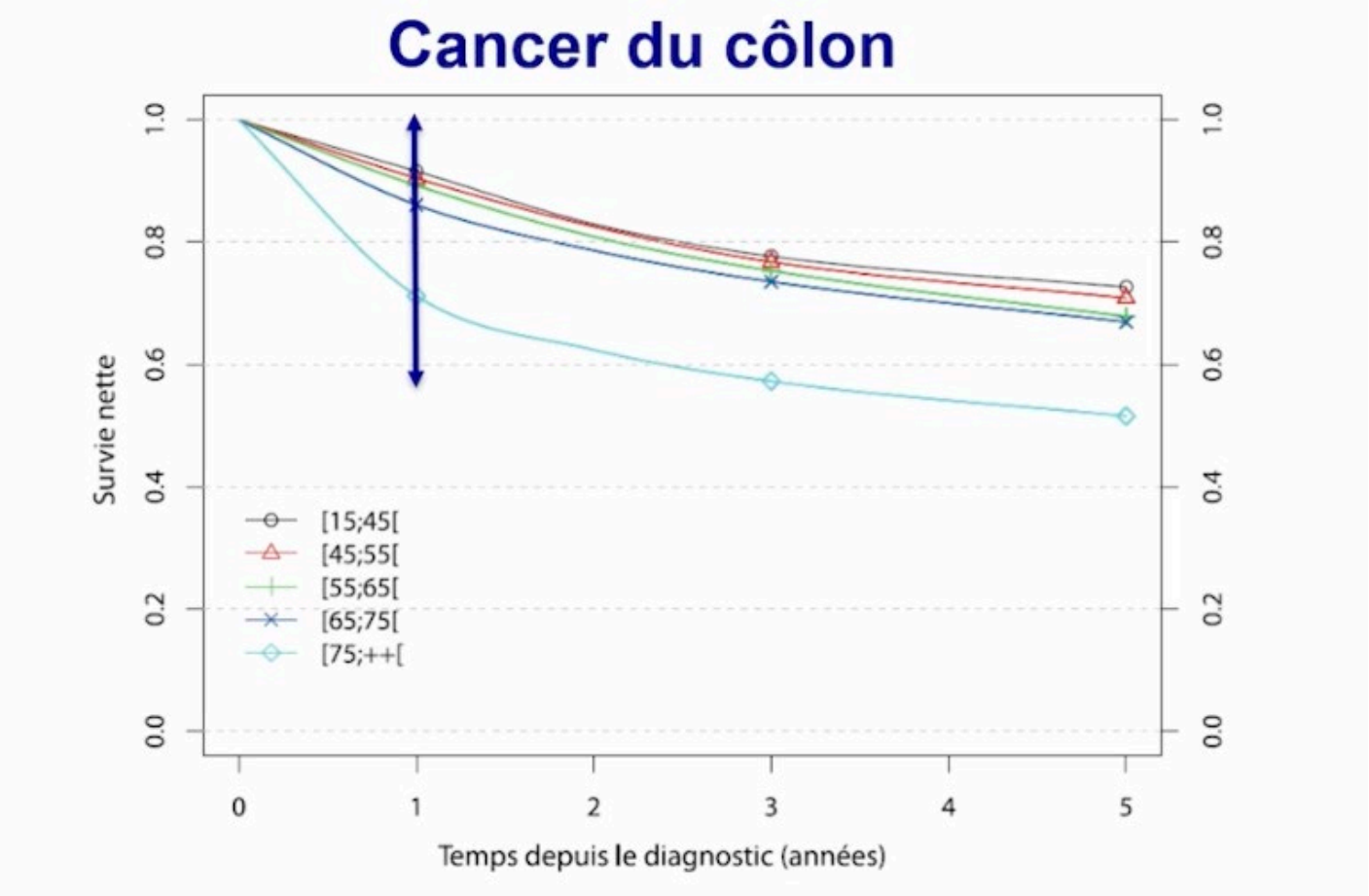


# Problématiques

- 1. Trop « vieux » pour être opéré?
  - Espérance de vie (Données INSEE 2024)

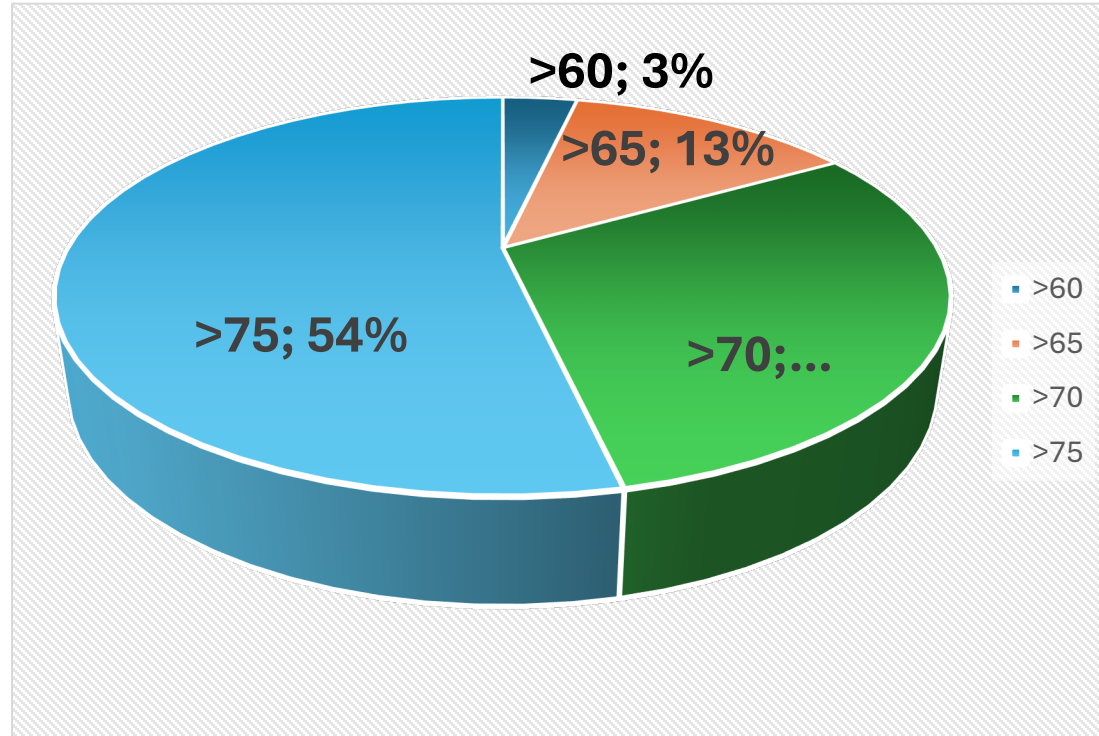
	<b>FEMMES</b>	<b>HOMMES</b>
<b>A la naissance</b>	<b>85,6 ans</b>	<b>80,0 ans</b>
A 65 ans	23,4 ans	19,7 ans
A 70 ans	19,2 ans	16,1 ans
<b>A 80 ans</b>	<b>11,3 ans</b>	<b>9,4 ans</b>
A 85 ans	7,9 ans	6,5 ans
A 90 ans	5,2 ans	4,3 ans
A 95 ans	3,3 ans	2,7 ans
A 100 ans	2,3 ans	2,2 ans

# Courbe de survie au delà de la première année



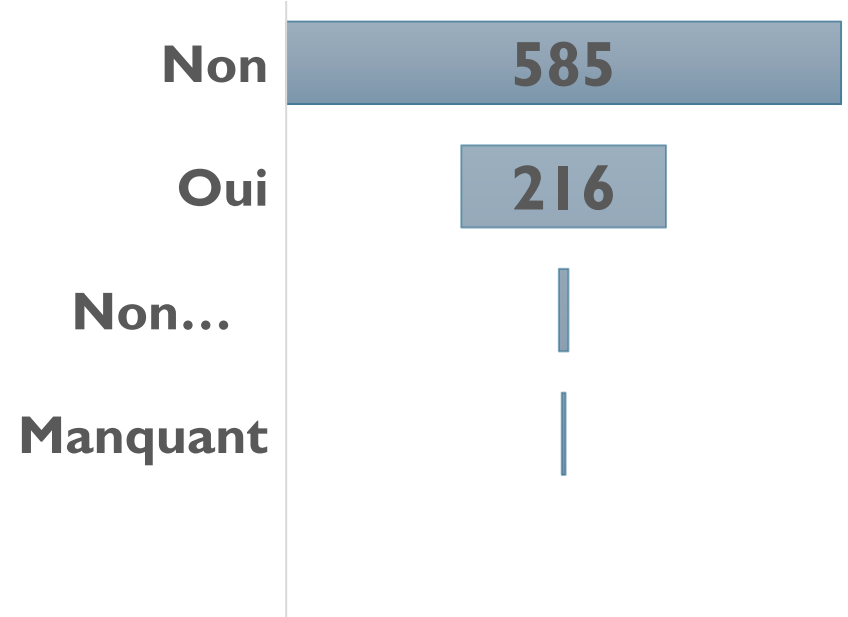
# A votre avis, à partir de quel âge, on dit d'une personne qu'elle est âgée ?

Age	Nombre
> 60 ans	26
> 65 ans	107
> 70 ans	245
> 75 ans	435
<b>Total</b>	<b>815</b>



# Connaissez-vous le pourcentage des patients âgés que vous opérez dans une année ?

	Pourcentage
Non	71,8%
Oui	26,5%
Non applicable	1.2%
Manquant	0.5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>



# Problématiques

- 2. Trop « fragile » pour être opéré?
  - Evaluation du « vrai âge clinique »

## • Piliers

- Fonction
- Cognition
- Nutrition
- Réserves physiologiques
- Autonomie
- Médications

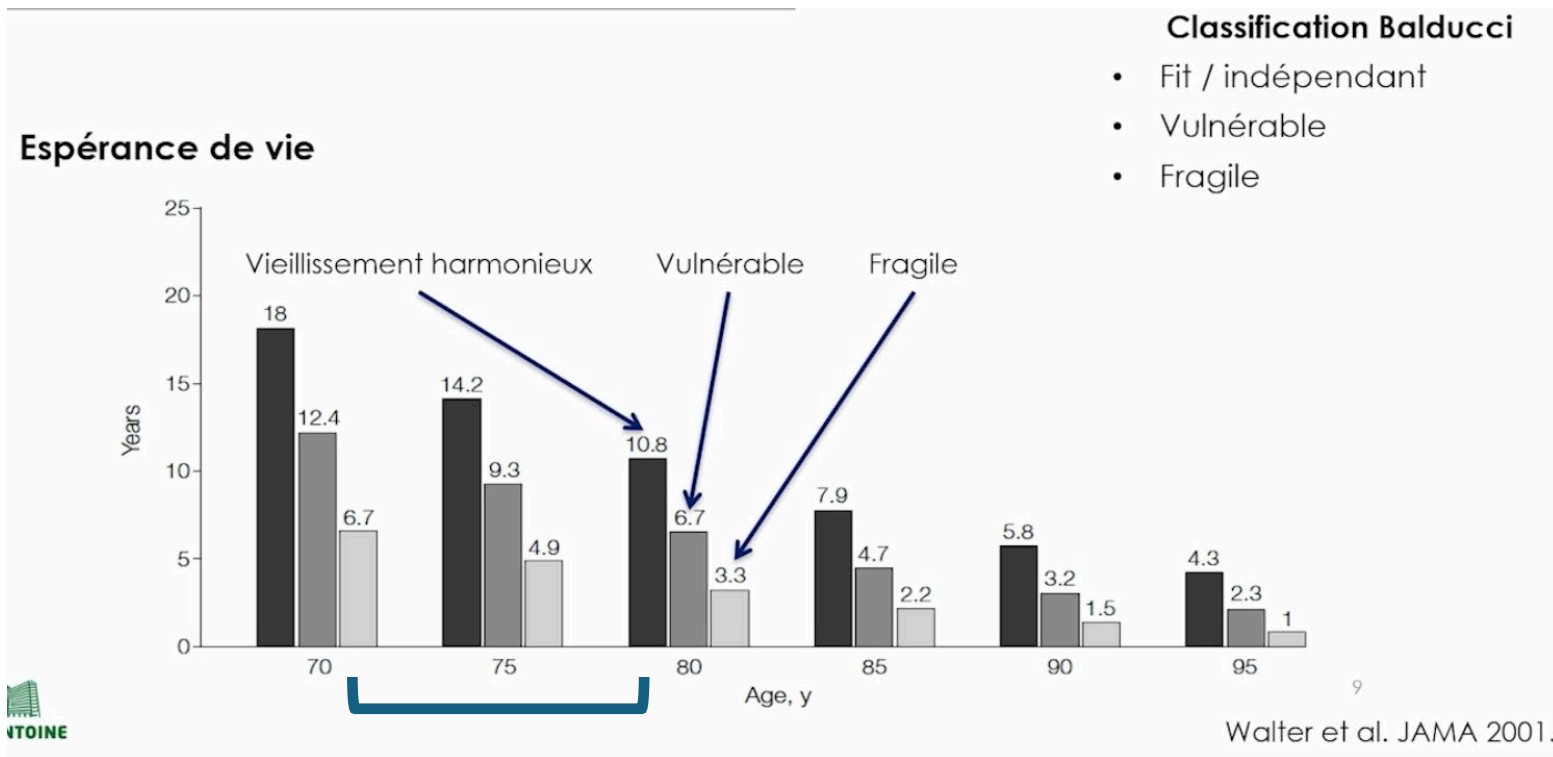
## • Profils

- Robuste (Traitement standard)
- Vulnérable (Traitement adapté)
- Fragile (Balance bénéfice/risque)

Questions (temps médian de remplissage = 4,4 minutes)	Réponses	Cotations
Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?	Anorexie sévère Anorexie modérée Pas d'anorexie	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Perte de poids dans les 3 derniers mois	>3 Kg Ne sait pas Entre 1 et 3 Kg Pas de perte de poids	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Motricité	Lit – Fautueil Autonome à l'intérieur Sort du domicile	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Troubles neuro-psychiatriques	Démence ou dépression sévère Démence ou dépression modérée Pas de trouble psychiatrique	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Indice de Masse Corporelle = Poids/(Taille) <sup>2</sup>	< 19 19 – 21 21 – 23 > 23	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Plus de 3 médicaments	Oui Non	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?	Moins bonne Ne sais pas Aussi bonne Meilleure	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Age	> 85 ans 80 – 85 ans < 80 ans	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Score total		/ 18
Interprétation	≥ 14 = Prise en charge standard < 14 = Evaluation gériatrique spécialisée	

G8 < 14 = plus de mortalité, de compl postop ,de perte d'autonomie  
 G8 < 14 = Evaluation onco-gériatrique  
 G8 < 14 = 30-5% de changements de stratégie

# Population hétérogène



# En matière de cancérologie colique chez un sujet âgé, demandez-vous une consultation oncogériatrique ?

	Nombre	Pourcentage
A la demande	502	61,6%
Systématiquement	273	33,5%
Jamais	40	4,9%
Total	815	100%

Question No 1 : Avez-vous un accès rapide à une consultation d'onco-gériatrie ?



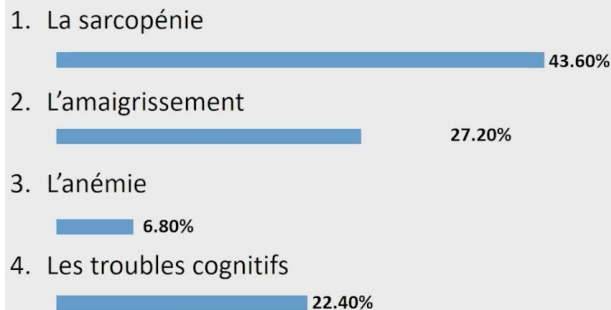
Journée Nationale 2026

**24 Unités de Coordination en Onco Gériatrie (UCOG)**  
**3500 gériatres en France**  
**Inégalité de répartition géographique**  
**Demande croissante dans un secteur d'activité en pénurie**

# Problématiques

- **2. Trop « fragile » pour être opéré?**
  - **Prévention / Préparation**

Question No 5 : A votre avis quel est parmi ces éléments celui que vous retenir comme le plus aggravant du risque de complications post opératoire



- Sarcopénie : 57% chez les plus de 70 ans

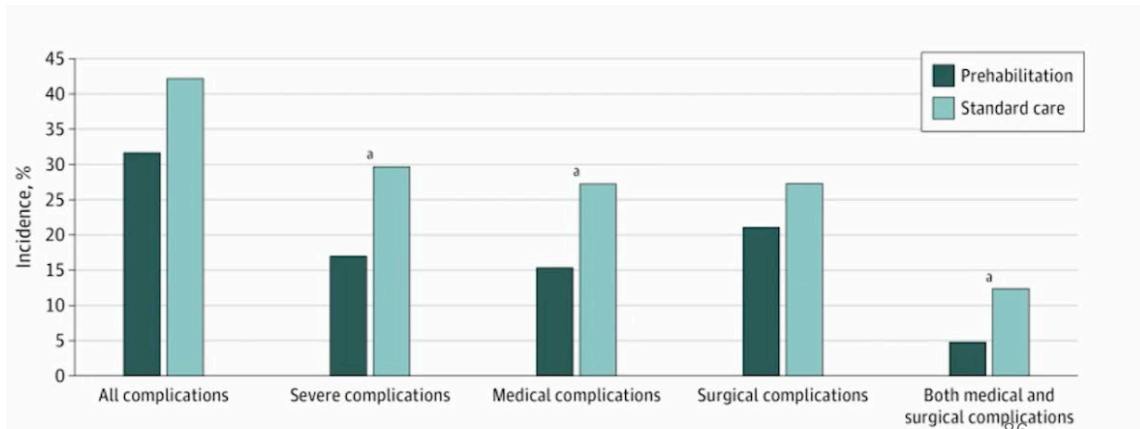
## • Barrières

- **Préhabilitation**
  - Structures, ressources, temps
  - Faisabilité (7% programme complet: Prehab trial)
- **Anesthésie / analgésie**
  - Prévention délirium
- **RAAC**
- **Modalités de sortie**

# En matière de chirurgie réglée pour cancer colique chez un sujet âgé proposez-vous une phase de pré-habilitation?

	Nombre	Pourcentage
A la demande	396	48,6%
Systématiquement	334	41%
Jamais	85	10,4%
Total	790	100%

Molenaar et al. PreHab trial JAMA Surg 2023



# Dans votre expérience quel est le principal frein à la mise en place d'un programme de pré-habilitation?

	Nombre	Pourcentage
Manque de structures adaptées	351	43,1%
Délai pour obtenir une place	188	23,1%
Impératif de programmation opératoire	181	22,2%
Adhésion du patient	92	11,3%
Manquant	3	0,4%
Total	815	100%

**Recommandation Grade 1 ESPEN:**  
La préhabilitation est recommandée chez les patients en  
dénutrition sévère même si cela retarde la chirurgie ( 14 j)

# Quel est dans votre expérience l'item post opératoires de la RAAC, le plus difficile à effectuer en matière de chirurgie réglée pour cancer colique chez un sujet âgé ?

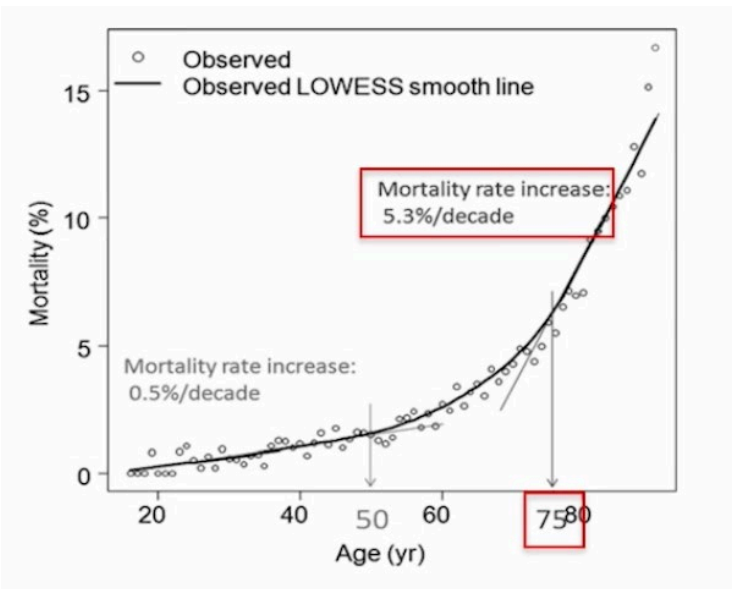
	N	%
Mobilisation précoce	406	49,8%
Arrêt de la perfusion	200	24,5%
Ablation de la sonde vésicale	173	21,2%
Ablation de la SNG et reprise alimentaire	36	4,4%
Total	815	100%

Feroci et al. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2013

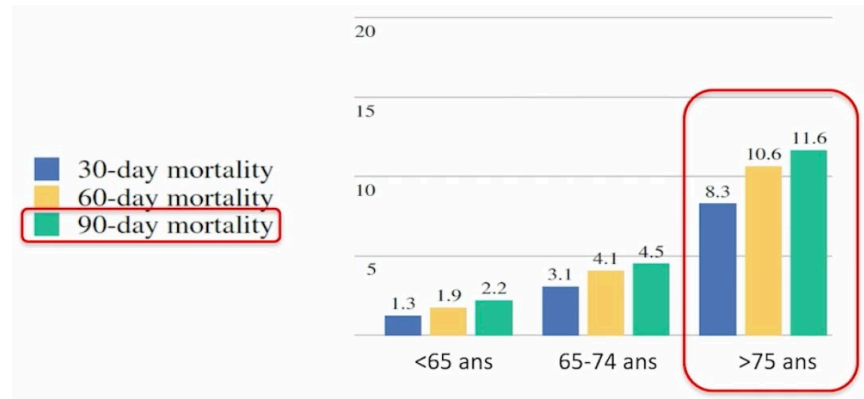
	Day 1 Liquid Diet Tolerance	Day 2 Solid Diet Tolerance	Target Mobilization
Sex			
M	215 (60.2)	189 (52.9)	245 (68.6)
F	157 (63.1)	133 (53.4)	171 (68.6)
<i>P</i>	0.482	0.909	0.990
BMI (kg/m <sup>2</sup> )			
18.5-24.9	339 (85.1)	323 (81.1)	355 (89.1)
< 18.5; > 24.9	153 (74.0)	137 (66.2)	164 (79.2)
<i>P</i>	0.073	0.086	0.032
Age (y)			
< 74	279 (69.4)	243 (60.4)	293 (72.9)
> 75	93 (45.6)	79 (38.7)	123 (60.3)
<i>P</i>	0.0001	0.0001	0.0002

# Problématiques

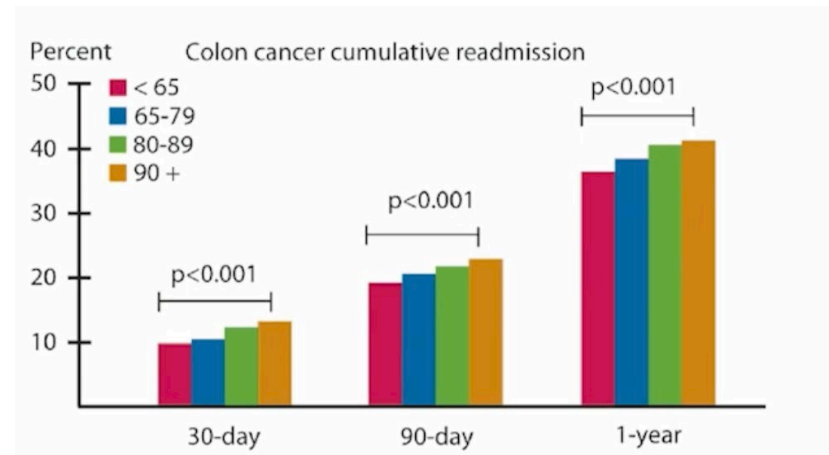
- 3. Chirurgie plus risquée
  - Mortalité



Kurian et al Ann Surg 2013



Yvette et al Ann Surg Oncol 2013



Kunitake et al. Dis Colon Rectum 2013

# En matière de chirurgie réglée pour cancer colique chez un sujet âgé, considérez-vous que le taux de fistule est plus important que dans une population jeune?

	Nombre	Pourcentage
Non	425	52.1%
Oui	311	38,2%
Ne sais pas	79	9,7%
Total	815	100%

Morbidity postopératoire	Groupes d'âge				P-value
	<65 ans	65 – 74 ans	75 – 84 ans	≥85 ans	
Pneumopathie / Insuffisance respi	5%	10%	12%	15%	<0,0001
Complications cardiovasculaires	0,8%	2%	4%	4%	<0,0001
Morbidity neurologique	0,2%	0,6%	1%	1%	<0,0001
<b>Fistule anastomotique</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>0,26</b>

35 000 patients  
Cancer colorectal  
Lancet Oncol 2010

# Problématiques

- 3. Chirurgie plus risquée
  - Morbidité

Retentissement à moyen terme des complications postopératoires

	Prévalence postopératoire			Mortalité à 6 mois			p
	<75 ans	75-84 ans	≥85 ans	<75 ans	75-84 ans	≥85 ans	
Fistule anastomotique	11%	13%	12%	20%	36%	43%	0,035
Réintervention	12%	11%	11%	18%	35%	44%	0,0039
Hémorragie	3%	4%	4%	14%	26%	80%	0,0006
Morbidité cardiaque	3%	9%	10%	28%	49%	76%	<0,0001
Morbidité pulmonaire	10%	16%	18%	21%	43%	76%	0,0007
Complication post-op	46%	58%	58%	16%	31%	52%	<0,0001

**Incidence de la morbidité post-opératoire sur la mortalité à 6 mois**  
**A prévalence identique, l'impact de la morbidité**  
**sur la mortalité à 6 mois augmente avec l'âge**

# Dans votre expérience, limitez-vous l'étendue de l'exérèse carcinologique (curage ganglionnaire) chez un patient âgé?

	N	%
J'effectue une résection identique à celle d'un patient « jeune »	690	84,7%
J'effectue une résection plus limitée pour diminuer la morbidité postop	100	12,3%
J'effectue une résection plus limitée pour diminuer le temps opératoire	25	3,1%
<b>Total</b>	<b>815</b>	<b>100%</b>

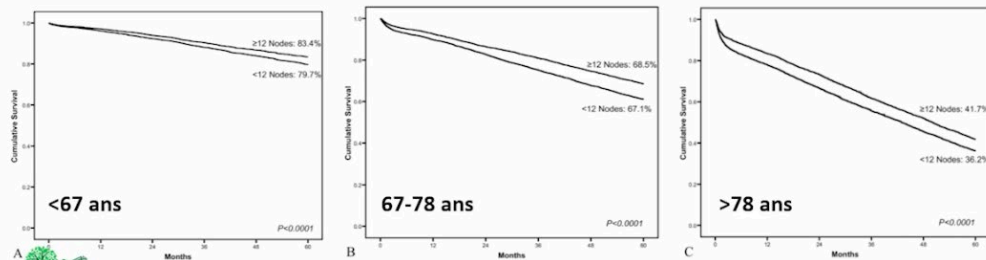
Etude de cohorte

142 009 patients opérés cancer côlon N0M0

**Table 2.** Differences in Nodal Examination by Age

Variable	< 67 y	67-78 y	> 78 y
Nodes examined, n median (interquartile range)	11 (6-17)*	10 (6-16)	10 (6-16)
Patients with ≥ 12 nodes examined, n (%)	21,368 (47.7%)*	19,496 (42.9%)	19,930 (43.4%)

Survie globale:



Bilmaria et al. j Am Coll Surg 2008

**Dans votre expérience, envisagez-vous dès la consultation pré opératoire, les modalités de sortie d'un patient âgé que vous devez opérer d'un cancer colique**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Oui	698	85,6%
Non	101	12,4%
Ne sais pas	16	2%
Total	815	100%

**Dans votre expérience, le transfert d'une personne âgée vers un SSR après chirurgie colique réglée**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Retarde la sortie du patient	680	83,4%
Ne modifie pas le délai de sortie	135	17%
Total	815	100%

**Merci pour votre  
attention**



# **Guide « Analyse des évènements indésirables associés aux soins – Mode d’emploi » et Grille ALARM**

**Mise à jour - Mars 2026**



**Anne BATTUT**

# Pour rappel

## Guide « Analyse des EIAS »

Outil simple et didactique

Publié en septembre 2021

Issu d'une collaboration HAS – FORAP

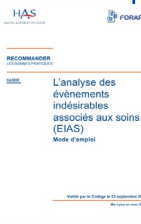


**Objectifs** : améliorer la qualité des analyses des EIAS et développer la culture sécurité des professionnels

**Avec des outils et des fiches**



**Cible** : tous les professionnels de santé quel que soit le secteur (sanitaire, médico-social, soins de ville)



## Grille ALARM

Outil d'analyse des EIAS, comme d'autres méthodes : les 5 pourquoi, Tempo, Orion, etc.

Issu du Protocole de Londres

Publié en 2000 puis actualisée en 2016 puis 2026



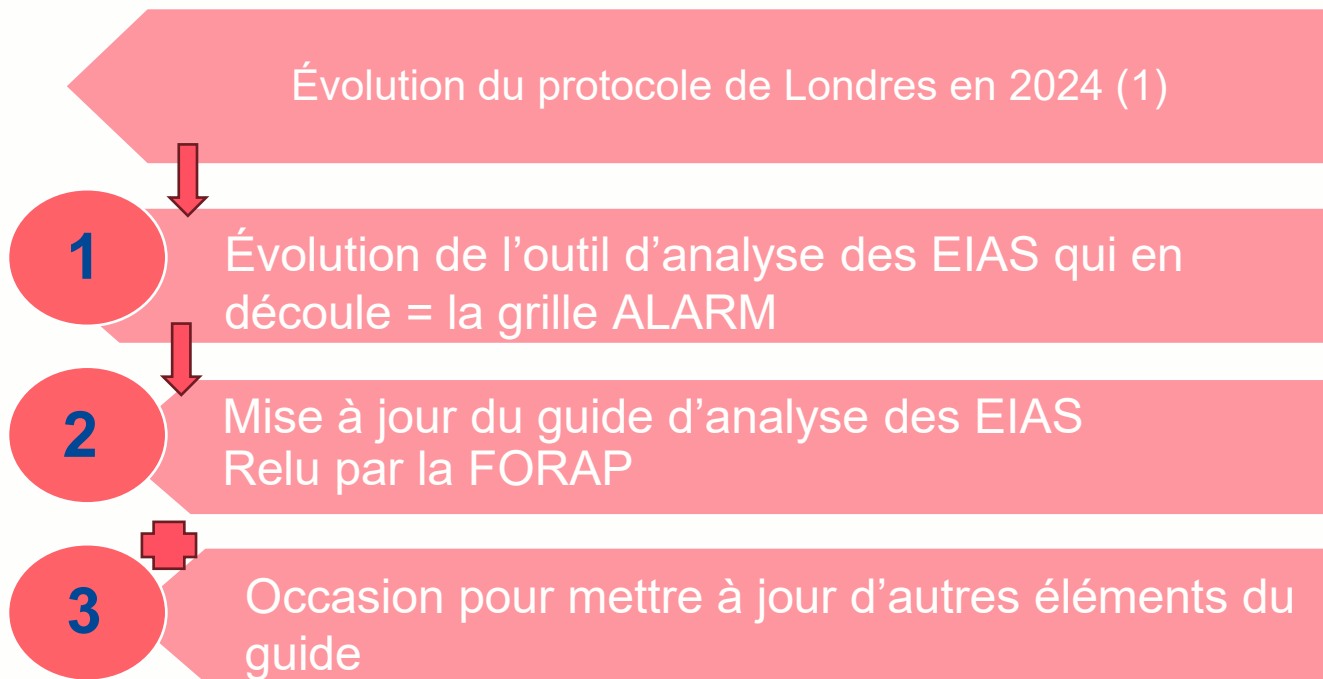
**Objectifs** : identifier les causes profondes d'un EIAS (approche systémique)



**Cible** : tous les professionnels de santé quel que soit le secteur (sanitaire, médico-social, soins de ville)

ALARM	ALARM	ALARM	ALARM	ALARM
1. Contexte	2. Description de l'événement	3. Analyse des causes	4. Mesures correctives	5. Suivi
6. Conclusion	7. Synthèse	8. Recommandations	9. Commentaires	10. Date de mise à jour

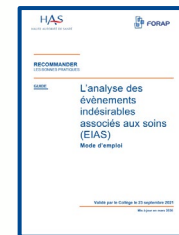
# Pourquoi une mise à jour de ces 2 outils?



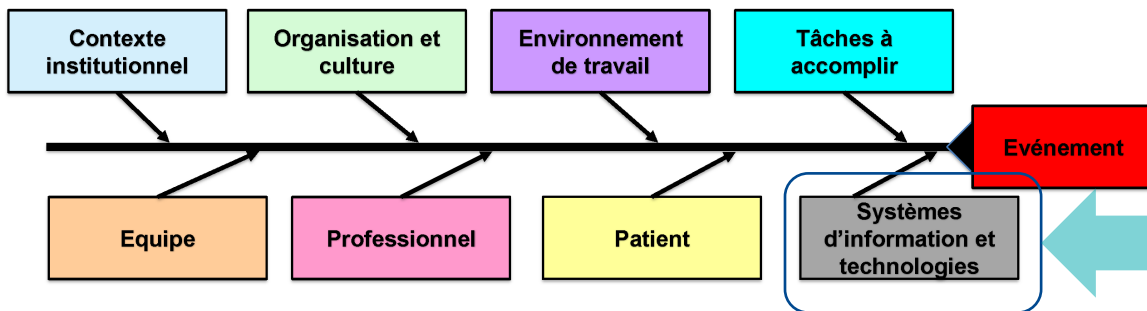
(1) : Vincent C, Adams S, Bellandi T, Higham H, Michel P, Staines A. Analyse systémique d'incidents cliniques: Le Protocole de Londres 2024.  
Accessible ici : [The London Protocol September 2024 FR VF](#)

# Guide « Analyse des EIAS » : ce qui change

- Mention des définitions réglementaire ET scientifique des EIAS/EIGS
- Nouvel outil pour aider les professionnels à qualifier les EIAS (dont EIGS/EPR) (outil n°1)
- Évolution du protocole de Londres 2024 + actualisation de la grille ALARM
- Mention de la méthode d'analyse des EIAS « Orion » : accès libre et gratuit depuis janvier 2026
- Actualisation de la partie « aspects juridiques » avec :
  - pseudonymisation des données
  - caractère communicable des documents administratifs (déclarations EIGS, comptes-rendus de RMM, etc.)



# Grille ALARM : ce qui change



1/Ajout d'une 8ème catégorie spécifique aux systèmes d'information et aux technologies

2/Classification des 8 facteurs contributifs selon un ordre du plus proche vers le plus éloigné de l'acte de soin :

1. Patient
2. Professionnel
3. Équipe
4. Tâches à accomplir

5. Environnement de travail
6. SI et technologies
7. Organisation et culture
8. Contexte institutionnel

A small thumbnail of the ALARM grid table, showing a structured layout with columns and rows for each factor.

# Grille ALARM : – Focus sur les facteurs SI-Technologie

Catégorie des facteurs liés aux SI-technologies ajoutée

## ALARM V2010- V2

2 - Facteurs liés aux tâches à accomplir  
•2.3 - Equipements spécifiques, logiciels

5 - Facteurs liés à l'environnement de travail  
•5.4 Fournitures ou équipements  
(non disponibles, inadaptés ou défectueux)  
•5.5 Informatique (disponibilité,  
fonctionnement, maintenance)



## ALARM V2026- V3

6 - Facteurs liés aux SI et à la technologie

- Equipement informatique
- Systèmes d'information et logiciels
- Dossier Patient informatisé
- Aide à la décision (dont l'intelligence artificielle)
- Accès et protection des données, sécurité informatique

# Pour en savoir plus

The screenshot shows the HAS website interface. At the top, the HAS logo and the tagline 'Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social' are visible. A search bar contains the text 'Ex : diabète, arthralgique, alzheimer, prothèse de h'. Below the navigation menu, the breadcrumb trail reads 'Professionnels > Sécurité du patient > Comprendre la sécurité du patient > L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi'. The main content area features a red box with 'Date de validation : avril 2026' and 'Documents : 2', and a 'TÉLÉCHARGER LE GUIDE' button. The title 'L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi' is prominently displayed, followed by 'GUIDE MÉTHODOLOGIQUE - Mis en ligne le 16 avr. 2026'. A blue box labeled 'Actualité : En 2026, le guide « Analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) : mode d'emploi » a fait l'objet d'une mise à jour, à la suite de la publication du protocole de Londres en 2024 et à l'actualisation de la grille ALARM qui en découle.' is present. On the left, a sidebar lists 'Deux constats' and 'En réponse'. At the bottom, a section titled 'Deux constats' includes the point '1. Une forte proportion de déclarations d'EIGS peu ou pas exploitables' and a paragraph explaining that many declarations are not exploitable due to insufficient analysis.

Guide « Analyse des EIAS –Mode d'emploi »- mars 2026 : [Haute Autorité de Santé - L'analyse des événements indésirables associés aux soins \(EIAS\) : mode d'emploi](#)

The screenshot shows the HAS website interface for the 'Grille ALARM' document. The breadcrumb trail reads 'Professionnels > Sécurité du patient > Soutiller > Grille ALARM'. The main content area features a blue box with 'Actualité : À la suite de l'évolution du protocole de Londres en 2024, la HAS a souhaité mettre à jour la grille ALARM. Le changement principal consiste en l'ajout d'une huitième catégorie de causes profondes spécifiques aux systèmes d'information et à la technologie (ces causes étaient auparavant mentionnées dans plusieurs autres catégories). Cela permettra une meilleure identification de ces facteurs, et donc facilitera leur analyse citée et la mise en place de mesures correctives adaptées.' Below this, a paragraph explains that the London protocol is the foundation of the 'méthode ALARM-E' and that the document is a formalized version of this method.

Grille ALARM – mars 2026 : [Haute Autorité de Santé - Grille ALARM](#)

- Version commentée : [Grille ALARM Commentée](#)
- Version non commentée : [Grille ALARM Non Commentée](#)





# RETOUR D'EXPERIENCE

## EIAS, BILANS



# Retour d'expérience – projets en cours - SSP

- SSP2 « Check-list sécurité du patient en chirurgie urologique » (AFU) : fin juin.
- SSP3 « Gestion périopératoire des antithrombotiques » : fin juillet.
- SSP2 « Difficulté d'accouchement d'un 2<sup>ème</sup> jumeau » (Gynerisq) : fin 2026.
- SSP3 « Injection accidentelle d'un antiseptique » : fin 2026.
- SSP2 « Mésusage de la noradrénaline diluée » (CFAR) : printemps 2027.
- SSP2 « Chirurgie robotique » (AFU) : automne 2027.
- SSP2 « Réhospitalisation » (FCVD) : ?
- SSP2 « Segmentectomie » (SFCTCV) : recueil des EIAS en cours

# Retour d'expérience – projets en cours - FSP

## FSP publiés :

- Rupture de la rate après une coloscopie. Un diagnostic à ne pas rater ! (CEFA-HGE)
- Fatigue des professionnels de santé. Préserver les soignants pour mieux soigner les patients
- Fausses routes. Lorsqu'une petite boulette devient un très gros pépin
- Reprogrammation au bloc opératoire. Reporter sans jamais improviser
- (Re)transcription des prescriptions médicamenteuses. Copier une prescription, c'est risquer de coller des erreurs

- Peau à peau et allaitement du nouveau-né à la maternité. La douceur n'exclut pas la vigilance

## FSP en cours :

- Instillation endovésicales (AFU)
- Barrières linguistiques
- Systèmes d'information
- Infections associées aux soins en lien avec la chirurgie digestive
- Erreurs de prise en charge des polytraumatisés (label)
- Défauts d'évaluation somatique en psychiatrie (label)

# Retour d'expérience – programme de travail 2027

## Propositions 2026 :

- Analyse des risques en **chirurgie ambulatoire** (Cour des Comptes)
- Retards de prise en charge (FCVD)
- Gérotochirurgie (FCVD)
- Problèmes positionnels et chutes du patient en périopératoire (CFAR)
- Optimisation périopératoire du parcours patient – Médecine périopératoire (MPO) (CFAR)
- Dimension humaine au bloc opératoire (Plastirisq)

- Utilisation des anesthésiques locaux par infiltration (Plastirisq)

## Propositions 2025 :

- Prévention et prise en charge des douleurs chroniques post-opératoires (Gynerisq)
- Information et outils informatiques au bloc opératoire (Orthorisq)

## Candidatures labellisation de FSP:

- Prise en charge en urgence d'une colique néphrétique fébrile (AFU)
- Incident de repérage en chirurgie mammaire (Gynerisq, ODPC-RIM, FCVD)

# Retour d'expérience – Activités des bilans

- Auto-questionnaire « santé du professionnel »
- Activités « autre » dans « santé du professionnel »
- Activités « autre » dans « relation patient »
- Activités « écoconception des soins »
- ...

# Activité / SAR à développer

## En cours d'élaboration :

- Intelligence artificielle → questionnaire (prochainement atelier)
- Egalité homme/femme, Violences sexistes & sexuelles, Diversité/inclusion
- Charge cognitive
- Prise en compte des émotions des patients
- Seconde victime
- Développement de la culture juste / culture de l'erreur

## Autres sujets envisagés :

- Bientraitance/Maltraitance
- Littératie en santé
- Promotion du DMP
- Compétences non techniques
- ...