



SEMAINE SÉCURITÉ DES PATIENTS

« FAIRE DES PATIENTS LES ACTEURS DE LEUR PROPRE SÉCURITÉ »

Semaine du 9 octobre au 13 octobre 2023

Les micros, caméras et tchats sont coupés dès le début du webinaire.

Des temps d'échanges seront prévus ponctuellement tout au long de la présentation.

Le webinaire (replay) et les outils seront mis à disposition sur nos sites internet



Un jour = un outil

Le RSQR lance un nouveau format « **Un jour = un outil** » mis à disposition des établissements en octobre, en amont de l'**action nationale SSP** de novembre.

Chaque jour, le RSQR présente une thématique et son outil d'évaluation portant sur la sécurité des soins

A la suite de chaque présentation, le webinaire (replay) et les outils seront mis à disposition vous permettant leur déploiement au sein de votre établissement.

Toutes les thématiques proposées portent sur les **impératifs** de la HAS concernant le parcours du patient

Préparer la **Semaine Sécurité Patient Nationale 2023**

La SRA vous propose un rendez-vous quotidien (**webinaire**)

UN JOUR, UN OUTIL

**IMPLICATION DES RU DANS
LA SSP**

26 SEPT 

09 OCT

**LES INCONTOURNABLES DU
CREX**

**POURQUOI LE MAR* EST-IL
AUSSI MÉCHANT ?**

10 OCT

11 OCT

**IDENTITOVIGILANCE
LE BON SOIN, AU BON PATIENT**

ÉTHIQUE ET CERTIFICATION

12 OCT

13 OCT

**MALTRAITANCE
TÉMOIGNAGES DE PRATIQUES
PROFESSIONNELLES**

**GÉRER LE CHARIOT D'URGENCE
ET LES URGENCES VITALES**

16 OCT 

*Médicaments à risque

INSCRIVEZ-VOUS ICI 





« LES INCONTURNABLES DU CREX »

Le 9 octobre 2023



- Définitions
- Le retour d'expérience (= REX / RETEX)
 - L'organisation
 - L'analyse / Les mesures de protection
 - La communication
- La boîte à outils

DÉFINITIONS

UN PEU DE TERMINOLOGIE ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS AUX SOINS

EPR - PRESQU'ACCIDENT

Évènement n'ayant pas engendré de conséquence grave pour le patient

Porteur
de
risques

Évènement
indésirable

Grave

EIAS

EVÈNEMENT INDÉSIRABLE :

« Accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables qui révèle un état de risques, d'insécurité ou de non-qualité pour les résidents, les professionnels, les visiteurs ou les biens.

Situation qui s'écarte des procédures ou des résultats attendus dans une situation habituelle. »

EVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS :

« Art.R. 6111-1.-Constitue un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement ».

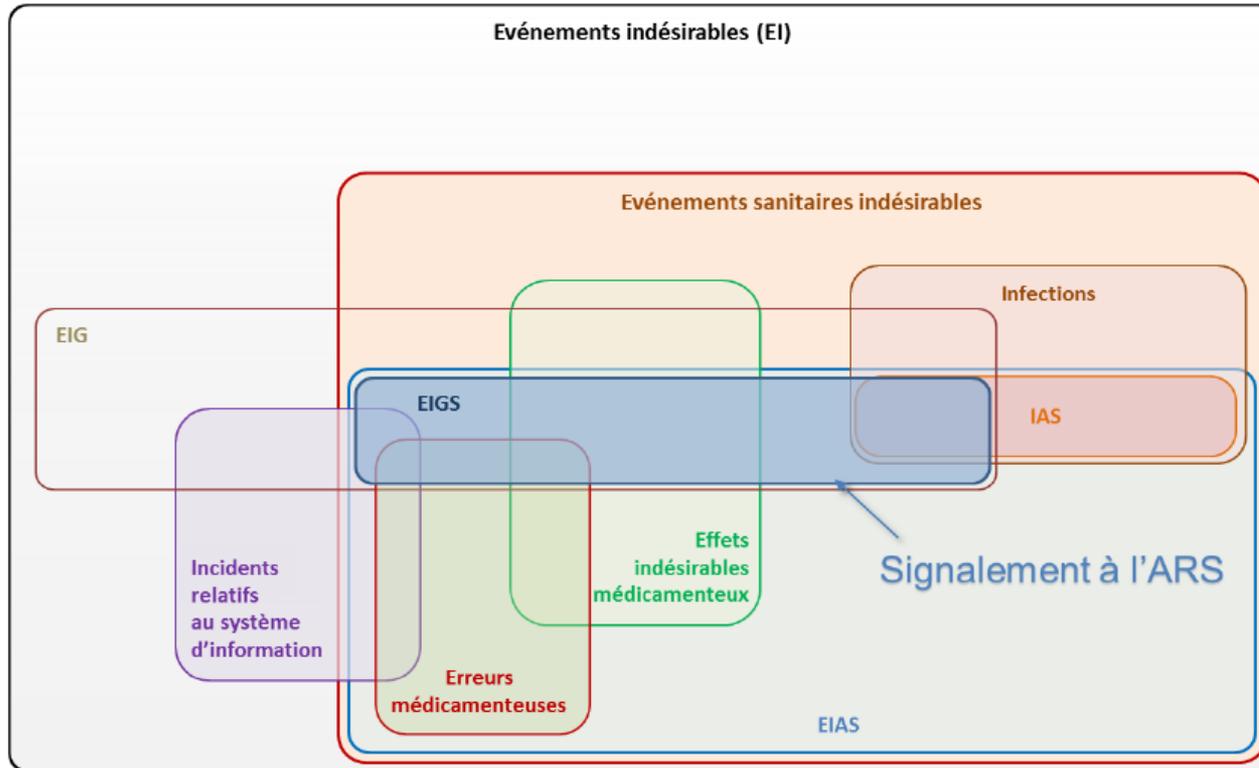
ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE

art. R. 1413-67 du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016

« Un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) est un **évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie** de la personne et dont les **conséquences** sont le **décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale** »

Obligation de déclaration : Loi 25/11/2016 <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

« L'erreur médicamenteuse est **l'omission ou la réalisation non intentionnelle** d'un acte survenu au cours du processus de soin, **impliquant un médicament**, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un EI pour le patients »



Un EIGS peut devoir être déclaré plusieurs fois
 Au point focal
 En pharmacovigilance
 En matériovigilance

Pour les vigilances : pas besoin d'être EIG pour déclarer sur le portail



Diffusion des MARS .

Bilan 2020 de la HAS :

Les EIG

- proviennent à 83% des établissements de santé, 11% des structures médico-sociales et 4% des professionnels en ville.
- surviennent à 80% lors d'un acte thérapeutique et 12% lors d'un acte diagnostique
- 58% au cours d'une période de vulnérabilité (nuit, week-end et jours fériés).
- 56% d'EIGS évitables.

Selon Etude ENEIS 3 (enquête sur les établissements sanitaires) :

- 4,4 EIG pour 1 000 journées d'hospitalisation (6,2 en 2009)
= 4 EIGS par service de 30 lits et par mois

- Sur le patient :
 - Augmentation du temps d'hospitalisation
 - Séquelles réversibles ou irréversibles
 - Décès
 - (probable) déficit fonctionnel
- Professionnels de santé : seconde victime, départ
- Plaintes / réclamations
- Assurantiel
- Image de marque

OÙ IRIEZ-VOUS VOUS FAIRE SOIGNER ?

- Un ES qui déclare ne pas avoir d'EI
- Un ES connu de l'ARS pour avoir de nombreux EI déclarés
- Un ES qui a des EI et sait les rattraper
- Un ES qui a des EI mais ne les déclare pas
- Un ES qui a des activités de recours
- Un ES qui est reconnu pour avoir les meilleurs spécialistes
- Un ES qui a une bonne culture qualité et sécurité des soins
- Dans votre ES ...

DÉCLARATION EN INTERNE

Il appartient à l'établissement de :

- prévoir une organisation interne connue et validée
 - Logiciel interne
 - Selon la procédure interne établie
 - De tout évènement : sentinelle, précurseur, **presqu'accident**
- favorisant le signalement :
 - Par tous professionnels paramédicaux, médicaux, technique ...

Anonymat
Confidentialité
Respect / bienveillance
Information du patient

Rappel des impératifs :

Ce n'est pas de la délation
Ce n'est pas sanctionnant
C'est analysé par des pairs objectifs
Ça profite à tout l'établissement



Charte d'incitation
à la déclaration
validée par
la direction, la CME
et la Direction des
Soins

L'OBJECTIF DE LA DÉCLARATION EN INTERNE

- Identifier les risques (déclaration d'évènements indésirables ou presque-accident)
- Mettre en place des actions de prévention
- Eviter que ça se reproduise ou limiter les conséquences

LE RETOUR D'EXPÉRIENCE

Quel que soit la gravité de l'évènement

si G5 (décès, déficit fonctionnel, ...) – déclaration sur le portail des signalements (ARS) après validation de la gouvernance ES:

Evènement indésirable:

- Déclaration interne
- Qualification de l'EI
- Traitement de l'EI selon procédure interne

CREX = Comité des retours d'expérience :
charte de fonctionnement : Composition / calendrier / critères de sélection / participants / rôles de chacun / fonctionnement / traçabilité et archivage

Sélection de(s) EI à analyser

Analyse de l'EI

- Avec les acteurs concernés et les experts
 - choix de la méthode
 - Plan d'action

Exemple de méthode:

- RMM (revue Morbi-mortalité)
- REMED (revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés)
- Analyse approfondie et grille ALARM
 - ORION
 - Arbre des causes
 - Les 5 pourquoi...

RETEX ou REX (retour d'expérience = suite de l'analyse de l'EI):

- Communication interne (équipe et établissement)
- Communication externe (si déclaration obligatoire, GHT, challenge, presse...)
- Suivi du PAQSS

Bilan annuel QGdR

bilan EIG rapport
annuel de la CDU

L'information du patient, de la personne de confiance si désignée

- Annonce du dommage : par qui, comment, ce qu'il ne faut pas dire
- Information sur les droits

Ne pas oublier :

- De tracer dans le dossier patient les informations délivrées
- Demander le blocage de la facturation
- De proposer un RDV à J8 et J30 (suivi à moyen et long terme)

La parole du patient :

- Recueillir son consentement :
- Les éléments relatés par le patient sont croisés, lors de la réunion d'analyse, à ceux apportés par les professionnels.
- Regard croisé renforce la compréhension de la situation, car chaque acteur ne peut visualiser qu'une partie du processus de prise en charge

LES ACTEURS CLÉS DU RETEX

Direction et Encadrement



Piliers de la démarche
Doivent valoriser la culture RETEX
au sein de l'organisation

- Proposent et/ou valident la réalisation d'un RETEX.
- Identifient le pilote RETEX (+/- lettre de mission).
- Valident la composition de l'équipe RETEX.
- Communiquent sur le RETEX.
- Arbitrent sur les recommandations à retenir à l'issue de l'analyse.
- Valident et suivent le plan d'actions issu du RETEX.

Pilote



Est garant de la conduite du RETEX

Connaissance de la démarche RETEX

Objectivité / Neutralité

LÉGITIMITÉ DU PILOTE

Acteur interne à la situation donnée

Désignation officielle par la hiérarchie

- Pose le retroplanning.
- Sensibilise les membres du groupe sur la méthodologie.
- Coordonne les travaux de l'équipe pour la collecte de l'information.
- Organise et anime les réunions.
- Rédige le rapport de synthèse RETEX.

Equipe RETEX



Contribue aux travaux du RETEX

Il est nécessaire d'être pragmatique et flexible pour la constitution de ce groupe de travail

- Constituée d'acteurs concernés, internes ou externes à la structure (max 10 personnes en règle générale).
- Assure le recueil des informations sur ce qui s'est passé durant la crise.
- Apporte des connaissances opérationnelles, techniques, théoriques, scientifiques....
- Participe à l'analyse des données.

Professionnels



**Permettent le recueil des données,
apportent leur point de vue et leur analyse**

- Professionnels de tous les secteurs impliqués.
- Ex : direction, encadrement, médicaux, paramédicaux, médico-techniques, agents techniques et logistiques, informatiques, sociaux, financiers, administratifs, instances, ...

Partenaires contributeurs externes



**Apportent leur point de vue
et leur analyse**

- Prestataires externes, professionnels d'autres structures, usagers, familles,....

- Le RETEX ou REX, pourquoi?



- Salle pour assurer la confidentialité
- Salle permettant l'accès facile à la réunion (ex: au sein du service)
- Salle permettant le confort technique (accès réseau, wifi, vidéoprojecteur...)
- Jour et horaire permettant la participation d'un maximum d'acteurs concernés par la situation
- Communication (et rappel) de l'invitation à l'analyse
- Inviter des experts le cas échéant

- Devant la survenue d'un évènement indésirable, avant de se lancer dans une analyse, il est nécessaire de :
 - s'assurer que les actions immédiates ou de sauvegarde face à cet évènement indésirable ont bien été prises ;
 - s'assurer que le patient / résident / personne accompagnée a été informé (annonce du dommage associé aux soins) ;
 - vérifier qu'il s'agit bien d'un EIAS en se référant à la définition (vu précédemment)
 - s'assurer de la gestion des professionnels « secondes victimes » avec accompagnement si besoin
- Préparation des éléments factuels avant la réunion :
 - Recueil des données du dossier de soin
 - Recueil de témoignage en cas d'absence d'une personne concernée

RAPPEL DES RÈGLES DU RETEX LE JOUR DE L'ANALYSE

- Avant de commencer le RETEX, rappeler les éléments importants
 - Orientation du débat vers la recherche d'un « fautif » et non vers l'analyse du problème
 - Ne pas rechercher une culpabilité, ni les erreurs d'un individu mais comprendre le mécanisme de l'accident
 - Identifier causes favorisantes
 - Mettre en place des actions de prévention.
- L'ambiance conflictuelle n'est jamais propice à une démarche constructive

- **Recueillir les informations :**

- Le déroulement des faits
- Le contexte
- Les conséquences immédiates, différées ou potentielles
- Les actions résultantes

>> **Établir la chronologie des faits la plus exacte possible par le témoignage de chaque acteur présent lors de l'EI et du dossier patient (traçabilité).**

- **Analyser :**

- Les causes immédiates
- Les causes profondes : analyse des causes (grille ALARM, ORION, REMED, ...)

Les faits, rien que les faits.

Les référentiels : réglementation, bonnes pratiques, état de l'art.

FACTEURS CONTRIBUTIFS – CAUSES LATENTES

Le contexte institutionnel

L'organisation et le management

L'environnement de travail

L'équipe

L'individu

Les tâches à accomplir

Le patient

Politique de santé publique nationale, politique de santé publique régionale, système de signalement

Structure hiérarchique, gestion des ressources humaines, politique de formation continue, gestion de la sous-traitance, politique d'achat, management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement, ressources financières

Administration, locaux, transfert de patient, fournitures ou équipement, informatique, effectifs, charge de travail, retard délais

Communication entre professionnels, communication avec les usagers, informations écrites, transmissions et alertes, répartition des tâches, encadrement supervision, demande de soutien ou comportement face aux incidents

Qualifications, compétences, stress

Protocoles, résultats d'examen complémentaires, aides à la décision, définitions des tâches, programmation planification

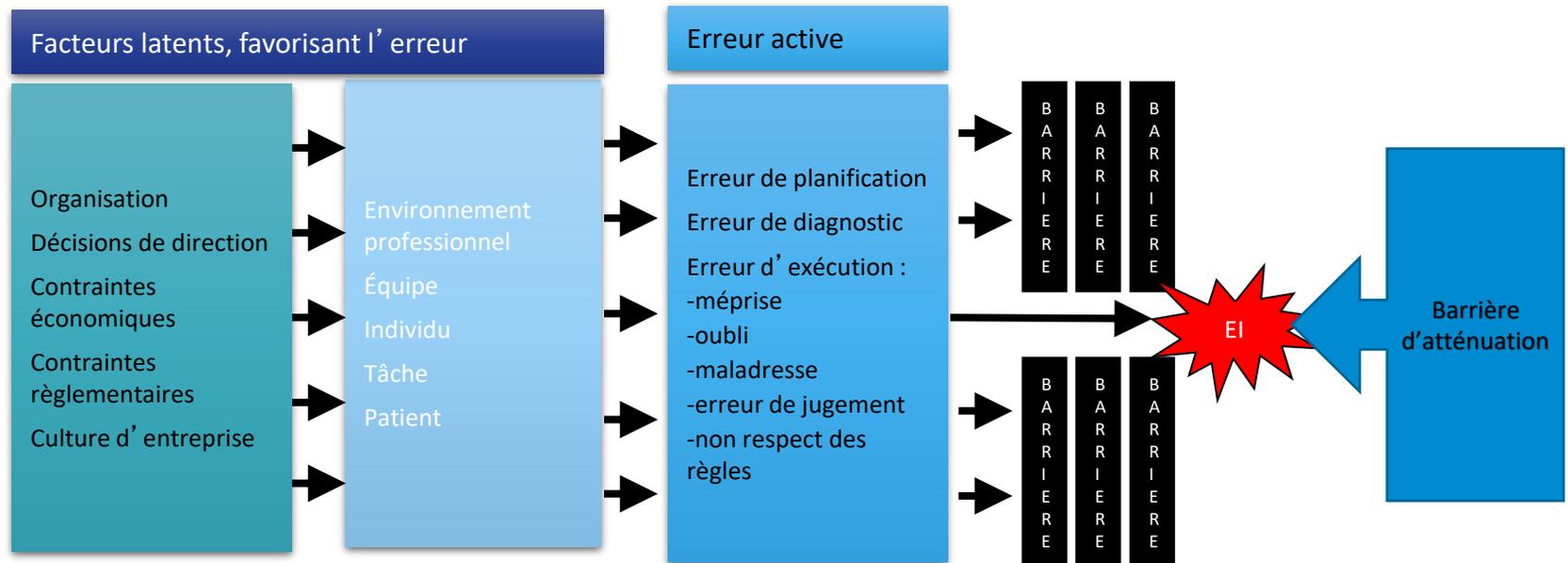
Antécédents, état de santé, traitements, personnalité facteurs sociaux ou familiaux, relations conflictuelles.

GRILLE ALARM	
Facteurs contributifs par catégorie	
1. Facteurs liés au patient	1.1 Antécédents 1.2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités) 1.3 Traitements 1.4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux 1.5 Reactions conflictuelles
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	2.1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) 2.2 Résultats d'examen complémentaires (non disponibles ou non pertinents) 2.3 Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations) 2.4 Diffusion des tâches 2.5 Programmation, planification
3. Facteurs liés à l'environnement de travail	3.1 Qualifications, compétences 3.2 Facteurs de stress physique ou psychologique
4. Facteurs liés à l'équipe	4.1 Communication entre professionnels 4.2 Communication vers le patient et son entourage 4.3 Informations écrites (écrits patients, etc.) 4.4 Transmissions et alertes 4.5 Répartition des tâches 4.6 Encadrement, supervision 4.7 Demande de soutien ou comportement face aux incidents
5. Facteurs liés à l'organisation et au management	5.1 Administration 5.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.) 5.3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou étas 5.4 Fournitures ou équipements (non disponibles, malades ou défectueux) 5.5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance) 5.6 Effectifs (adaptés au nombre ou en compétence) 5.7 Charge de travail, temps de travail 5.8 Retards, délais
6. Facteurs liés à la structure institutionnelle	6.1 Structure hiérarchique (organisation, répartition des décisions) 6.2 Gestion des ressources humaines (médière, remplissage) 6.3 Politique de formation continue 6.4 Gestion de la sous-traitance 6.5 Politique d'achat 6.6 Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement 6.7 Ressources financières
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	7.1 Politique de santé publique nationale 7.2 Politique de santé publique régionale 7.3 Systèmes de signalement

- La méthode des 5 pourquoi ?

↳ Pourquoi ?

MODÈLE D'APPARITION D'UNE ERREUR ABOUTISSANT À UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE



Reason J. Safety in the operating theatre –
Part 2 : Human error and organisational
failure. Qual Saf Health Care 2005;14:56-60)

LES BARRIÈRES DE PROTECTION

Analyser si les barrières ont fonctionné :

- Valoriser ce qui a été bien fait
- Revoir ce qui n'a pas fonctionné

• Barrières de récupération :

↳ Evite que l'évènement se produise : détection / identification / Correction

- Le patient est somnolent et la saO2 baisse (détection). Il est sous morphine (identification effet secondaire). La posologie est baissée, de la naloxone est injectée.

• Barrières d'atténuation

↳ L'évènement a eu lieu, des mesures permettent de limiter les conséquences

- Appel d'un spécialiste
- PEC de l'urgence vitale
- Transfert au bloc opératoire

Rien ne sert d'ajouter systématiquement des mesures barrières, souvent, elles sont simplement à consolider.

DÉFINIR UN PLAN D' ACTIONS

Mettre en œuvre les futures barrières de protection :

- Définition des axes d'amélioration.
- Partager les enseignements (communication interne).

- Définir l'objectif à atteindre
- Définir le ou les pilotes, les acteurs
- Définir le planning
- Définir les modalités de suivi
- Ne pas oublier les moyens d'évaluer l'efficacité des mesures prises

Transformer un évènement indésirable en une expérience positive d'amélioration de la sécurité de la prise en charge.



LEVIERS POUR LE SUCCÈS

(SOURCE QUALIREL SANTÉ)

- **Coordination par un professionnel formé** à l'analyse approfondie des causes ;
- **Répartition des rôles** (responsable, sélection des cas, pilote d'analyse, secrétaire de séance, ...) ;
- Information et implication de l'**encadrement** ;
- Démarche inscrite dans les **principes de culture juste** ;
- **Climat d'apprentissage** et **objectifs clairs** ;
- Recueil des faits réalisé « à chaud », analyse à distance « à froid » si besoin ;
- **Combinaison des sources de données** : récits des professionnels et des usagers, dossier de la personne accompagnée, recommandations de bonnes pratiques ;
- Mise en avant et **valorisation** de bonnes pratiques et mises en évidence des **actions de prévention ou de récupération**
- **Mise en place et suivi d'un plan d'actions**

ARCHIVAGE ET TRAÇABILITÉ

- Toutes les analyses font l'objet d'un compte-rendu (cf trame) à archiver avec la feuille d'émargement.
- Les documents issus des analyses sont anonymes (compte-rendu d'analyse et fiche de communication). L'identité ou toute information permettant d'identifier le patient, ne doivent pas être diffusée.

Ces documents ne font pas partie du dossier du patient et doivent être conservés au sein des archives du service

COMMUNICATION

L'analyse fait ensuite l'objet d'une communication :

- au sein de l'équipe
- Institutionnelle
 - apprendre de ces erreurs,
 - améliorer ses PEC.

FICHE RETEX

DATE

Titre



SECTEUR DE SONS



MOTS-CLÉS

CAUSES immédiates

Motif du signalement

DESCRIPTION DES FAITS

Chronologique
Factuel
Sans jugement de valeur

CAUSES IMMEDIATES

et

CAUSES PROFONDES IDENTIFIEES

=> Ne pas rester sur la partie visible de l'iceberg

BARRIERES EFFICACES

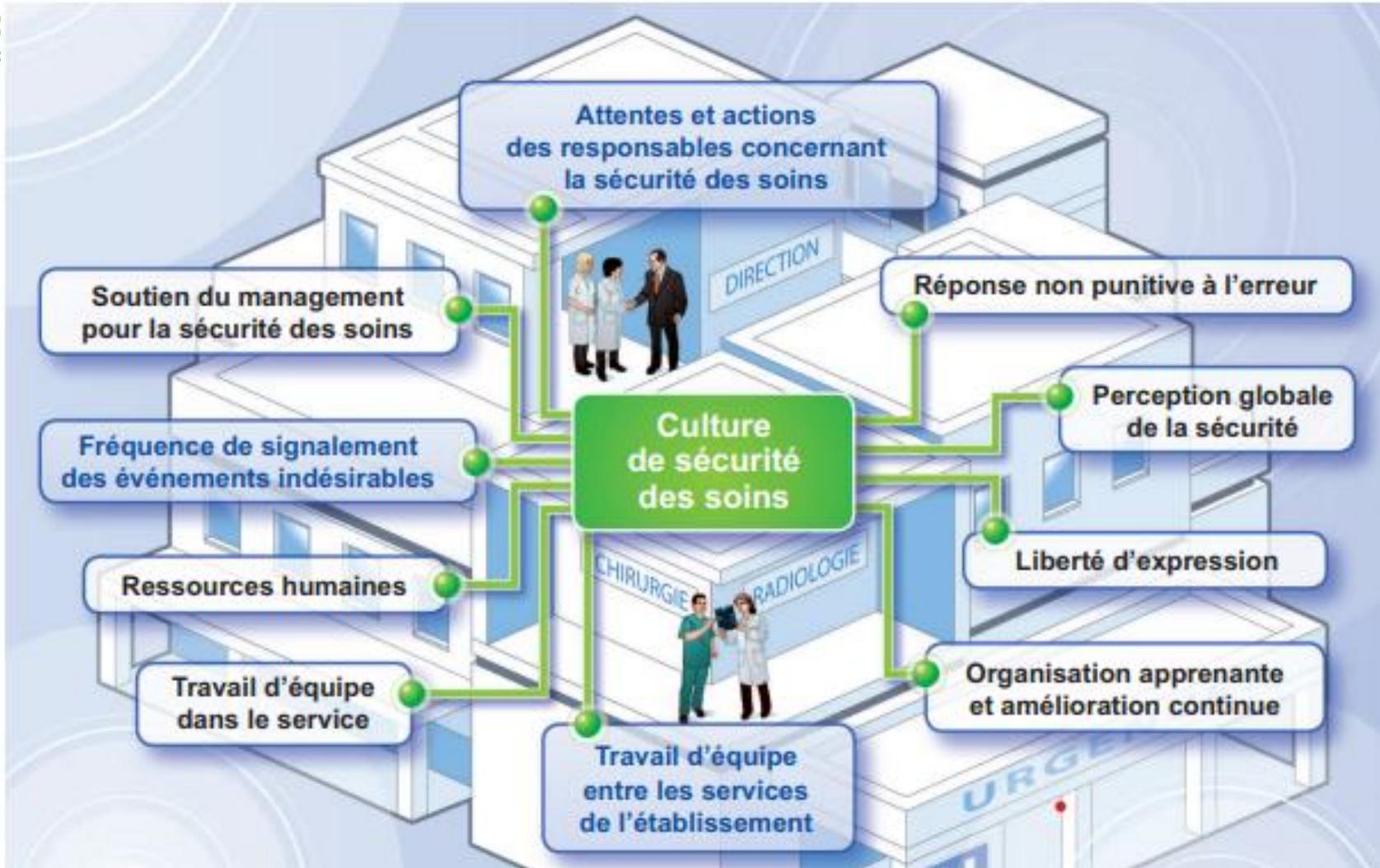
•De prévention :
barrières servant à éviter l'EI.

•De protection :
barrières de récupération et d'atténuation servant à diminuer la gravité de l'EI.

=> Valoriser ce qui a été bien géré.

REtenir
POUR
TOUS

ENSEIGNEMENTS :
Actions d'amélioration



LA BOITE À OUTILS

- [Amélioration des pratiques et sécurité des soins La sécurité des patients Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé Des concepts à la pratique](#)
- [L'analyse des évènements indésirables associés aux soins \(EIAS\) \(HAS- FORAP\)](#)
- [Haute Autorité de Santé - Flash Sécurité Patient \(has-sante.fr\)](#)
- [Les fiches REX et les fiches REFLEXE des Structures Régionales d'Appui. \(forap.fr\)](#)
- Fiche mémo critères impératifs de la FORAP : sur demande aux RSQR
 - 2.4-04 Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins - V2023
 - 3.3-01 La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins – V2023
- [KIT genial-ly EIG](#)
- [KIT genial-ly Quid des EI](#)
- [KIT genial-ly est-ce un EIGAS](#)
- [Fiche RETEX région HDF](#)
- [Pour les adhérents : le Kit qualité GDR en médico-social | Réseau Santé Qualité Risques \(rsqr-hdf.com\)](#)

OUTILS :

- Replay HAS du 21 juin 2022 EIAS : les analyser, c'est progresser: [Evénements indésirables associés aux soins \(EIAS\) : les analyser, c'est progresser ! | Haute Autorité de santé \(livestorm.co\)](#)
- [Replay du webinaire national de partage d'expérience « Challenge : Ensemble, agissons pour la sécurité des patients » : HAS / FORAP du 19 septembre 2023](#)
- Le challenge FORAP : inscription via [ce lien](#)

CHALLENGE

Ensemble, agissons pour la sécurité des patients

📅 à partir du 19 septembre

- 1 Communiquer sur le challenge à vos équipes pour les inciter à déclarer
- 2 Sélectionner un EIAS déclaré entre le 1er septembre et le 22 décembre 2023
- 3 Avant le 11 mars 2024 : L'équipe qualité et sécurité des soins s'engage à analyser cet événement indésirable associé aux soins
(la Structure Régionale d'Appui peut accompagner si les ressources internes sont insuffisantes).
- 4 Mai 2024 : Résultats du challenge



ACTUALITÉS

FORMATIONS INTER

DATES

Analyser collectivement les événements indésirables via l'utilisation d'outils d'analyse des causes (ALARM, RMM, CREX, ...).

Formation en simulation



13/11/2023 = AMIENS

05/12/2023 = LILLE (complet)

et sur demande

Connaitre et maitriser les risques en établissement médico-social



17/10/2023 = EPSM Armentières

28/11/2023 = EPSM de la somme

12/12/2023 = EPSM Armentières

et sur demande

Maitriser les bonnes pratiques d'identification du patient tout au long de sa prise en charge – Identitovigilance.

En webinaire



7/12/2023

et sur demande

Mettre en œuvre la démarche de gestion des risques médicamenteux pour les personnes âgées



19/10/2023 = Dunkerque (14h – 17h) avec l'OMÉDIT (complet)

Autres dates à venir

Mettre en œuvre la démarche de gestion des risques médicamenteux pour les personnes handicapées



16/11/2023 = MAS Clé des Dunes à Berck (14h – 17h)

S'approprier le dispositif d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)



23/11/2023 = Boves

et sur demande

CONTACT



Mélanie CHATRI, Responsable formation :
formation@rsqr-hdf.com



Toutes les formations disponibles sur :
<https://rsqr-hdf.com/les-formations/>



Journée régionale de sensibilisation au nouveau manuel d'évaluation ESSMS – avec la participation de l'ARS, la HAS et du CREAI

En WEBINAIRE
Jeudi 07 décembre après midi

Lancement du prix Qualité par l'ARS 1^{er} prix 5000 euros

[Prix qualité 2023 de l'ARS Hauts-de-France : les candidatures sont ouvertes](#) | Agence régionale de santé Hauts-de-France (sante.fr)



**PRIX QUALITÉ
Hauts-de-France 2023**

Dans les traces du centre hospitalier de Soissons,
de l'EHPAD la mèche d'argent à Coucy-le-Château-Auffrique,
ou encore de la maison de santé pluri professionnelle de Templeuve...
Devenez l'un des prochains lauréats du prix qualité 2023 de l'ARS Hauts-de-France !

Vous avez mené un projet innovant concernant l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ? Vous veillez à impliquer les usagers et professionnels de santé ?

L'ARS VOUS DONNE UN COUP DE POUCE EN RÉCOMPENSANT VOS INITIATIVES ET MET EN LUMIÈRE VOTRE TRAVAIL

Les lauréats recevront un soutien financier s'élevant jusqu'à 5 000 € et bénéficieront d'une campagne de communication (communiqué presse, annonce web et réseaux sociaux) via l'ARS Hauts-de-France pour valoriser leurs initiatives et leurs équipes

Pour déposer votre candidature, c'est facile et rapide !
Il vous suffit de remplir un formulaire en ligne avant le 13 novembre
en cliquant ici

La remise des prix aura lieu au début de l'année 2024 par le Directeur Général de l'ARS Hauts-de-France lors d'une journée consacrée à la qualité et la sécurité des soins



Où nous trouver ?



Sur le site de l'EPSM Lille Métropole :
Rue du Général Leclerc - BP 10
59487 Armentières Cedex



03 28 55 90 80



Sur le site du CHU d'Amiens :



03 22 08 82 88



contact@rsqr-hdf.com



www.rsqr-hdf.com



@RSQualite



Réseau Santé Qualité Risques

Hauts-de-France

Nord Pas-de-Calais Picardie



Contacts

- **Cédric CORVOISIER**, Responsable de l'équipe

ccorvoisier@rsqr-hdf.com

tél. 03 28 55 90 84

- **Camille DALLERY**, Assistante de Direction

cdallery@rsqr-hdf.com

tél. 03 28 55 90 80

- **Sarah MEJEDDAR**, Chargée de communication

smejeddar@rsqr-hdf.com

tél. 03 59 61 17 27

- **Mélanie CHATRI**, Ingénieure Qualité et en charge de la formation mchatri@rsqr-hdf.com

tél. 03 28 55 90 82

- **Dr Coordonnateur médical**

@rsqr-hdf.com

tél. 03 59 61 17 28

- **Noëlle VIDAL**, Chargée de mission Paramédicale

nvidal@rsqr-hdf.com

tél. 03 22 08 82 78

- **Laurine DUTOIT**, Ingénieure Qualité et Gestion des risques

ldutoit@rsqr-hdf.com

tél. 03 59 61 17 25

- **Elodie DUCROCQ**, Ingénieure Qualité et Gestion des risques

educrocq@rsqr-hdf.com

tél. 03 22 08 82 88