



# WEBINAIRE

## RETOUR D'EXPÉRIENCE VISITE DE CERTIFICATION D'UN ÉTABLISSEMENT DE LA RÉGION

Mardi 22 Février 2022





# DÉROULEMENT DU WEBINAIRE

---

- Merci de couper vos caméras et micros
- Une question ? merci d'utiliser le tchat
- Le webinaire sera disponible en replay



# POUR ALLER PLUS LOIN

- Fiches flash sécurité formalisées par la HAS disponibles sur le site internet de la HAS (issues des analyses des EIG).



## Médicaments à risque

Sous-estimer le risque c'est risqué

10 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

### **SURDOSAGE DE TRAMADOL CHEZ UN ENFANT, ENTRAÎNANT UNE DÉTRESSE RESPIRATOIRE**

Un enfant de 8 ans est hospitalisé, en urgence, en service de chirurgie réparatrice adulte après ostéosynthèse sur fracture simple de la main. Face à la persistance de la douleur malgré des analgésiques de palier 1, et des parents inquiets, l'interne de garde prescrit du TRAMADOL. Son administration par une infirmière (IDE) entraîne une détresse respiratoire et un transfert en réanimation pédiatrique.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'interna a prescrit 152 gouttes de TRAMADOL soit 5 à 10 fois la dose autorisée chez un enfant.

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

- L'enfant a été hospitalisé en service de chirurgie adulte, service qui n'a donc pas été organisé pour une prise en charge pédiatrique, ce qui a pour conséquence :
  - de ne pas disposer de dotations pédiatriques ni de conditionnement pédiatrique ;
  - d'avoir des professionnels peu habitués à prescrire et à administrer des médicaments à une posologie ou une forme galénique pédiatrique.
- L'interna de garde a prescrit par oral le TRAMADOL et n'a pas vérifié sa posologie.
- La confirmation écrite de la prescription n'a pas été demandée par l'IDE.
- L'IDE n'a pas réalisé la double vérification de la posologie concernant une prise en charge inhabituelle dans le service.
- Le service n'a pas rédigé de protocole pour la prise en charge de la douleur par prescription d'analgésiques en post-opératoire dans les 24 h après intervention.
- L'IDE a interrompu l'interna lors de ses transmissions, dans un contexte de week-end avec une garde difficile et chargée, et en présence des parents dans la chambre de l'enfant, particulièrement inquiets face à leur enfant hyperalgique.



## Dispositifs médicaux

Bien s'en servir... pour éviter le pire

18 novembre 2021

Ça peut aussi vous arriver

### **INTRODUCTION AU FLUOROURACIL ENTRAÎNANT UN TRANSFERT DU PATIENT EN RÉANIMATION**

Un patient de plus de 60 ans est hospitalisé en service EMS (hospitalisation de semaine) pour un traitement de chimiothérapie par FLUOROURACIL. Lors de son transfert de ce service au service de soins oncologiques et par conséquent le transfert du patient en service d'hémodialyse et d'urgence oncologique de l'hôpital.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de la notice de son traitement de FLUOROURACIL, en 3 ou 5 ou 10 mg de 48h.

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

- L'IDE en charge du patient, auparavant au poste de médicament et en relais par du service IDE, n'a pas été formée aux caractéristiques et à la programmation de ce nouveau dispositif.
- L'IDE n'a pas vérifié la programmation de l'IDE de son IDE (IDE de nuit) pour l'administration de ce médicament, mais son format a été corrigé.
- Le PSE utilisé dans le service IDE pour l'administration est programmé en mL/h, alors que le dispositif utilisé en chimiothérapie est en mg/200ml ou mg/h.

La programmation de l'IDE de son IDE de nuit n'a pas été vérifiée par l'IDE EMS.

La notice a été trouvée sur la programmation de son pompe, n'a pas été mise à disposition des utilisateurs, seule la notice de l'IDE en mode manuel, concernant les modalités de programmation de son PSE spécifique.

Le réglage de l'IDE n'a pas fait l'objet d'une double vérification indépendante.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a administré 62 (3 fois supposées) mg de FLUOROURACIL, au lieu de la dose de 1,375 mg/ml.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a administré 62 (3 fois supposées) mg de FLUOROURACIL, au lieu de la dose de 1,375 mg/ml.



## Accidents liés à un médicament à risque

Qui dit potassium (KCl) dit vigilance maximale

24 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

### **PERFUSION DE KCl TROP RAPIDE ENTRAÎNANT LE TRANSFERT EN SOINS INTENSIFS**

Une perfusion de 62 de potassium pour une correction d'hypokaliémie, correctement préparée, est programmée par une infirmière (IDE). Le patient est transféré en soins intensifs pour surveillance étroite du fait de la toxicité cardiaque de l'absence de potassium.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

La durée de perfusion de KCl a été programmée sur 1 h au lieu de 24 h.

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

L'IDE intervenant a été intervenant sur le double contrôle de la programmation de la pompe par l'infirmière (IDE).

Le dosage d'infusé était correcte de potassium et l'infusé en solution de fort électrolyte, d'une concentration de 100 mg de KCl par 100 ml de solution.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE intervenant a été intervenant sur le double contrôle de la programmation de la pompe par l'infirmière (IDE).

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

La programmation de KCl dans le matériel de KCl n'a pas été contrôlée comme recommandé.

L'IDE a administré une perfusion de KCl à 62 mg de potassium, n'a pas contrôlé le nom du médicament et a préparé la perfusion manuellement.

Le patient a été transféré en soins intensifs pour surveillance étroite du fait de la toxicité cardiaque de l'absence de potassium.

Une panne informatique a interrompu le gestionnaire de médicaments.

Le patient a été transféré en soins intensifs pour surveillance étroite du fait de la toxicité cardiaque de l'absence de potassium.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a administré 62 (3 fois supposées) mg de FLUOROURACIL, au lieu de la dose de 1,375 mg/ml.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a administré 62 (3 fois supposées) mg de FLUOROURACIL, au lieu de la dose de 1,375 mg/ml.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a administré 62 (3 fois supposées) mg de FLUOROURACIL, au lieu de la dose de 1,375 mg/ml.



## Sécurité au bloc opératoire

Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !

8 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

### **INTERRUPTION DE TÂCHE AU BLOC OPÉRATOIRE, RESPONSABLE D'UNE ERREUR DE CÔTÉ OPÉRATOIRE**

Un patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

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

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.

Le patient orthopédique, postopératoire, est opéré d'une ostéotomie de la ceinture pelvienne. Le chirurgien réalise à côté, au lieu de contrôler que le matériel est prêt à utiliser et efficace. L'absence de vérification de la qualité du matériel a entraîné le patient. Les suites sont graves d'un relâchement hémiacromioclaviculaire droit, nécessitant une reprise chirurgicale.





# RESSOURCES


---

- Les supports mis en ligne par la [HAS](#):
  - Diaporama HAS
  - Documents : Manuel de certification, référentiel, support de présentation, infographies sur les méthodes, guide d'entretien des EV avec les RU, affiches
  - 24 fiches pédagogiques
  - FAQ HAS
- Nos échanges issus de...
  - Groupe de travail « Certification » de la FORAP et ses échanges avec la HAS
  - Expériences et travaux précédents



# LES FICHES PÉDAGOGIQUES

---

- Par thématique
- S'appropriier le référentiel : les enjeux, les principales données, en quoi la certification répond aux enjeux de la thématique, points clés nécessitant une attention particulière lors des évaluations  Experts-visiteurs
- 24 fiches disponibles



# LES FICHES PÉDAGOGIQUES

---

- [Évaluation de la culture de la pertinence et du résultat](#)
- [Évaluation de la prévention des infections associées aux soins](#)
- [Évaluation de la gestion des droits des patients](#)
- [Évaluation de l'engagement patients et usagers](#)
- [Évaluation de la gestion des parcours patients intra et extra hospitalier](#)
- [Évaluation de la gestion des risques et des vigilances](#)
- [Évaluation du système d'information hospitalier \(SIH\) et du dossier patient](#)
- [Évaluation de la fonction transport intra hospitalier](#)
- [Évaluation de l'hospitalisation à domicile](#)
- [Évaluation de la médecine et de la chirurgie ambulatoire](#)
- [Évaluation de la prise en charge soins de suite et de réadaptation \(SSR\)](#)
- [Évaluation de la prise en charge des personnes vivant avec un handicap](#)
- [Évaluation de la prise en charge des personnes âgées](#)
- [L'accréditation des médecins et équipes médicales](#)
- [Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques](#)
- [Évaluation des secteurs interventionnels](#)
- [Évaluation de l'activité de psychiatrie & santé mentale](#)
- [Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement](#)
- [Évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents](#)
- [Évaluation de la prise en charge médicamenteuse](#)
- [Évaluation de la douleur et des soins palliatifs](#)
- [Évaluation de l'activité Greffe par prélèvement d'organes et de tissus sur donneur décédé](#)
- [Evaluation de la précarité sociale](#)
- [Evaluation de la gestion du leadership, des équipes et de la qualité de vie au travail](#)



# GRILLES PATIENT TRACEUR ADAPTÉES

---

- Par la HAS : Chirurgie ambulatoire  
([https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2020011/fr/prise-en-charge-en-chirurgie-ambulatoire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2020011/fr/prise-en-charge-en-chirurgie-ambulatoire))
- Par la FNEHAD : Hospitalisation à domicile  
(<http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/01/exemple-de-grille-patient-traceur-HAD-r%C3%A9alis%C3%A9e-par-IHAD-OIKIA.xlsx>)
- Par RSQR (disponible sur le site internet ou sur demande)
  - SSR
  - Endoscopie
  - Césarienne programmée
  - Césarienne en urgence
  - Cancérologie
  - AVC
  - Hospitalisation sous contrainte (santé mentale)
  - Personne âgée polypathologique
  - Fracture col du fémur



# PATIENT TRACEUR COVID

- Documents traceur FORAP
  - Mémo et grille Patient traceur Covid



Le Patient-Traceur est une méthode d'analyse des pratiques et des organisations professionnelles, dont les informations recueillies permettent de croiser les expériences des patients et des équipes (HAS).

Vous souhaitez mettre en place un Patient-Traceur en période de crise sanitaire COVID-19 ?

Un groupe de travail de la FORAP propose 5 points de questionnement à avoir avant la mise en œuvre d'un PT COVID-19.

Les équipes volontaires pourront utiliser les résultats de ces Patients-Traceurs dans le cadre de leurs retours d'expériences, leurs projets de service et leurs partenariats.

## 01 Dans quelles situations, sur quels parcours peut-on réaliser un Patient-Traceur ?

Des personnes prises en charge durant la crise sanitaire COVID-19, dans un établissement avec passage ou non en réanimation ou en unité COVID identifiée, transférées au sein d'une même région ou vers d'autres régions, transférées en réanimation, patients médicalement complexes, vus en consultation pour une autre pathologie que le Covid, asymptomatiques du Covid, .....



→ Les Patients-Traceurs sont réalisables sur tout type de parcours dans le cadre de la prise en charge COVID 19

## 02 Quelles grilles d'entretiens utiliser, à quelles thématiques d'intérêt s'intéresser ?

Les grilles d'entretien Patient-Traceur diffusées par la HAS et habituellement utilisées sont toujours adaptées. Dans le cadre de la réalisation de Patient-Traceur pris en charge pour une pathologie COVID-19, des thématiques plus spécifiques pourront être questionnées :

- o l'anamnèse de la prise en charge en amont (Facteurs de risque - Antécédents en lien COVID, Environnement pre-hospitalisation, Détection 1ers symptômes, Information orientation, Transfert ...),
- o le dépistage, le diagnostic,
- o la prise en charge médicale spécifique à la pathologie (passage en réanimation et actes associés, actes d'imagerie, suivi biologique...),
- o les nouvelles pratiques organisationnelles mises en place en période de crise (téléconsultation, suivi à domicile, ...),
- o Les processus logistiques (transfert/transport, affaires personnelles du patient, ...),
- o les savoirs patients sur le COVID (Connaissance de base au début du parcours, Evolution des connaissances, Rapport à la maladie COVID, Recours à l'information par le patient / par sa famille ...),
- o les processus collaboratifs (Rapport aux soignants pendant la crise, Perception des professionnels renforcé, Perception de l'isolement pour le patient, Préoccupations et peurs majeures au cours du parcours ...).

Un focus particulier pourra être fait sur les thématiques suivantes :

- ✓ Information du patient et de son entourage,
- ✓ Droits du patient (personne de confiance, directives anticipées,...),
- ✓ Dignité.

→ Une grille d'entretien-type pourra vous être transmise, en contactant votre SRA.





# GRILLES PARCOURS TRACEUR ADAPTÉES

---

- Par RSQR (disponible sur le site internet ou sur demande)
  - Parcours MCO vers SSR
  - Parcours SSR vers EHPAD



# PARCOURS TRACEUR COVID

- Documents traceur FORAP
  - Mémo et grille Parcours traceur Covid



**Les mémos de la FORAP**

## Parcours Traceurs en période de crise COVID-19

La méthode en 5 points

Le Parcours Traceur est une nouvelle méthode d'analyse des pratiques et des organisations professionnelles mise en place par la HAS dans le cadre de la V2020. Il s'inscrit en complément de la méthode du Patient Traceur afin d'évaluer rétrospectivement la prise en charge de plusieurs patients ayant bénéficié d'un parcours similaire.

**Vous souhaitez mettre en place un Parcours Traceur en période de crise sanitaire COVID-19 ?**

Un groupe de travail de la FORAP propose 5 points de questionnement à avoir avant la mise en œuvre d'un Parcours Traceur COVID-19.

Les équipes volontaires pourraient alors utiliser les résultats de ces Parcours Traceurs dans le cadre de leurs retours d'expériences, leurs projets de service et leurs partenariats.

**01** Quelles sont les différences entre la méthode du patient traceur et celle du Parcours Traceur ?

Seule l'équipe pluridisciplinaire est rencontrée, il n'y a pas d'échange avec le patient.  
L'analyse porte sur plusieurs séjours récents (3 à 5 dossiers) et terminés, ce qui permet d'explorer le parcours dans sa globalité, sortie et transferts inclus.

→ Comme toute méthode d'AP, elle permet d'identifier des points forts et des axes d'amélioration.



**02** Sur quels types de parcours utiliser cette méthode ?

Des personnes prises en charge durant la crise sanitaire COVID-19, dans un établissement, avec passage ou non en réanimation, en unité COVID identifiée, transférées au sein d'une même région ou d'une autre région, transférées en réanimation, patients médicalement complexes, vues en consultation pour une autre pathologie que le COVID, asymptomatiques du COVID, déprogrammées ...

**A titre d'exemples, il peut s'agir alors de parcours comme :**

- Domicile / service des urgences / retour à domicile (parcours ambulatoire)
- Domicile / service des urgences / hospitalisation en réanimation (parcours réa)
- Domicile / service des urgences / hospitalisation en secteur COVID non réa (parcours hospitalisé)
- Transferts de patients pour des prises en charges particulières (ECMO, dialyse, ...)
- Evacuation sanitaire / transfert des services de réanimation en tension vers d'autres établissements

→ Une méthode pragmatique pour visualiser l'intégralité du parcours du patient et ses interfaces



# REPLAY WEBINAIRES

---

- Retours d'expérience d'un établissement de la région ayant passé récemment sa visite de certification
- Retours d'expérience d'un expert-visiteur ayant passé plusieurs visites de certification
- Cafés rencontres en partenariat avec l'Omédit
  - La nouvelle certification et la prise en charge médicamenteuse,
  - Les médicaments à risques,
  - La prescription médicamenteuse et la conciliation médicamenteuse,
  - La dispensation, l'approvisionnement, le transport et le stockage des produits de santé,
  - L'administration des médicaments,
- Cafés rencontres en partenariat avec le CPIAS

Replay : [ICI](#)



# REPLAY WEBINAIRES

---

Début 2022 :

- Retour d'expérience d'un établissement de la région ayant passé récemment sa visite de certification : **8 Mars 2022 à 14h**
- Café rencontre OMEDIT-RSQR
- Café rencontre CPIAS – OMEDIT – RSQR sur le critère impératif « Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie »
- 2<sup>ème</sup> session du Café rencontre CPIAS – RSQR sur le risque infectieux avec REX