



WEBINAIRE

RETOUR D'EXPÉRIENCE D'UN EXPERT VISITEUR
(LES MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE
SANTÉ POUR LA QUALITÉ DES SOINS)

Mardi 18 novembre 2022





DÉROULEMENT DU WEBINAIRE

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



PRESENTATION DE L'INTERVENANT (EXPERT VISITEUR)

Franz Schimmel



Expert visiteur coordonnateur depuis 2009
4 visites CESQS réalisées



Directeur de la Clinique HPA Les Bruyères
SSR Addictologie - Auberchicourt



PERIMETRE DE L'INTERVENTION

Cette intervention a été autorisée par la



L' intervention ne porte que sur la pratique de l'EV (REx organisation pilotage de la visite, fonction des différentes séquences, mobilisation des méthodes...) et les questions qui s'y réfèrent.

Il n'y aura pas de justification de telle ou telle exigence du référentiel ni des références réglementaires qui les fondent.



CONSEILS

- Lire le référentiel avant de s'emparer des méthodes
 - S'imprégner des critères/du manuel + fiches pédagogiques = Socle de cette nouvelle certification
- Se connecter sur Calista
 - Prendre connaissance du périmètre d'intervention défini par la HAS
 - Utiliser les grilles qui sont disponibles pour les ES
- Préparer ses résultats d'évaluations
 - Ne pas oublier que cette certification est centrée sur le résultat... et ne peut se contenter que de déclaratif !

LA NOUVELLE CERTIFICATION

Prérequis : S'approprier le manuel de certification





LES ENJEUX DE LA NOUVELLE CERTIFICATION

Les 4 enjeux de la certification



ENGAGEMENT
DU PATIENT



CULTURE
DE L'ÉVALUATION
DE LA PERTINENCE
ET DU RÉSULTAT



TRAVAIL
EN ÉQUIPE



ADAPTATION
AUX ÉVOLUTIONS
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Finalités de la certification

3 PUBLICS AU CŒUR DE L'AMÉLIORATION DES PRATIQUES ET 15 OBJECTIFS À ATTEINDRE



LE PATIENT



LES ÉQUIPES DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Certification des établissements de santé pour

la qualité des soins :

15 objectifs

1. Le patient est informé de son inscription au processus
2. Le patient est écouté
3. Les données liées à la santé sont accessibles à la fois au service de soins de soins et à l'équipe de soins
4. Les conditions de vie et de travail du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge
5. Le parcours des patients, des actes de soins et les processus de prise en charge sont adaptés
6. Les équipes sont impliquées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
7. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique
8. Les équipes évaluent leurs pratiques en fonction des attentes des patients
9. L'établissement définit ses priorités stratégiques en matière de soins
10. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement
11. Le gouvernement fait preuve de leadership
12. L'établissement favorise la santé et le bien-être de son personnel
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail soutenue par le gouvernement
14. L'établissement définit d'une manière explicite et transparente ses valeurs associées à sa prise en charge
15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins

Patients, soignants, un engagement partagé



LE MANUEL DE CERTIFICATION

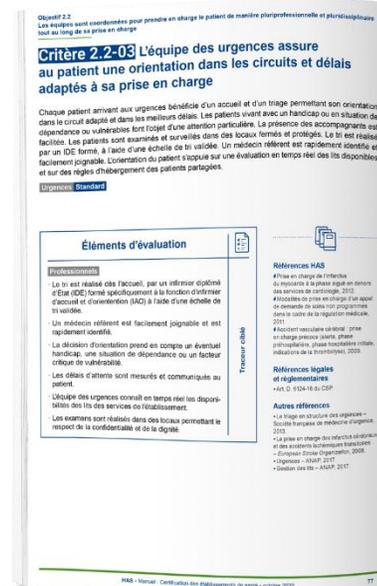
Chapitres sont déclinés en plusieurs objectifs, déclinés en plusieurs critères

Référentiel

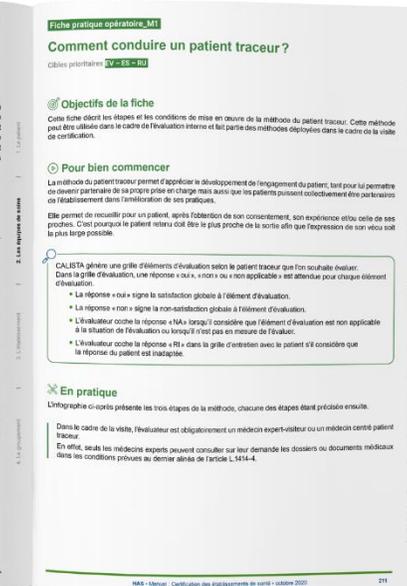


Le manuel

Fiches critères

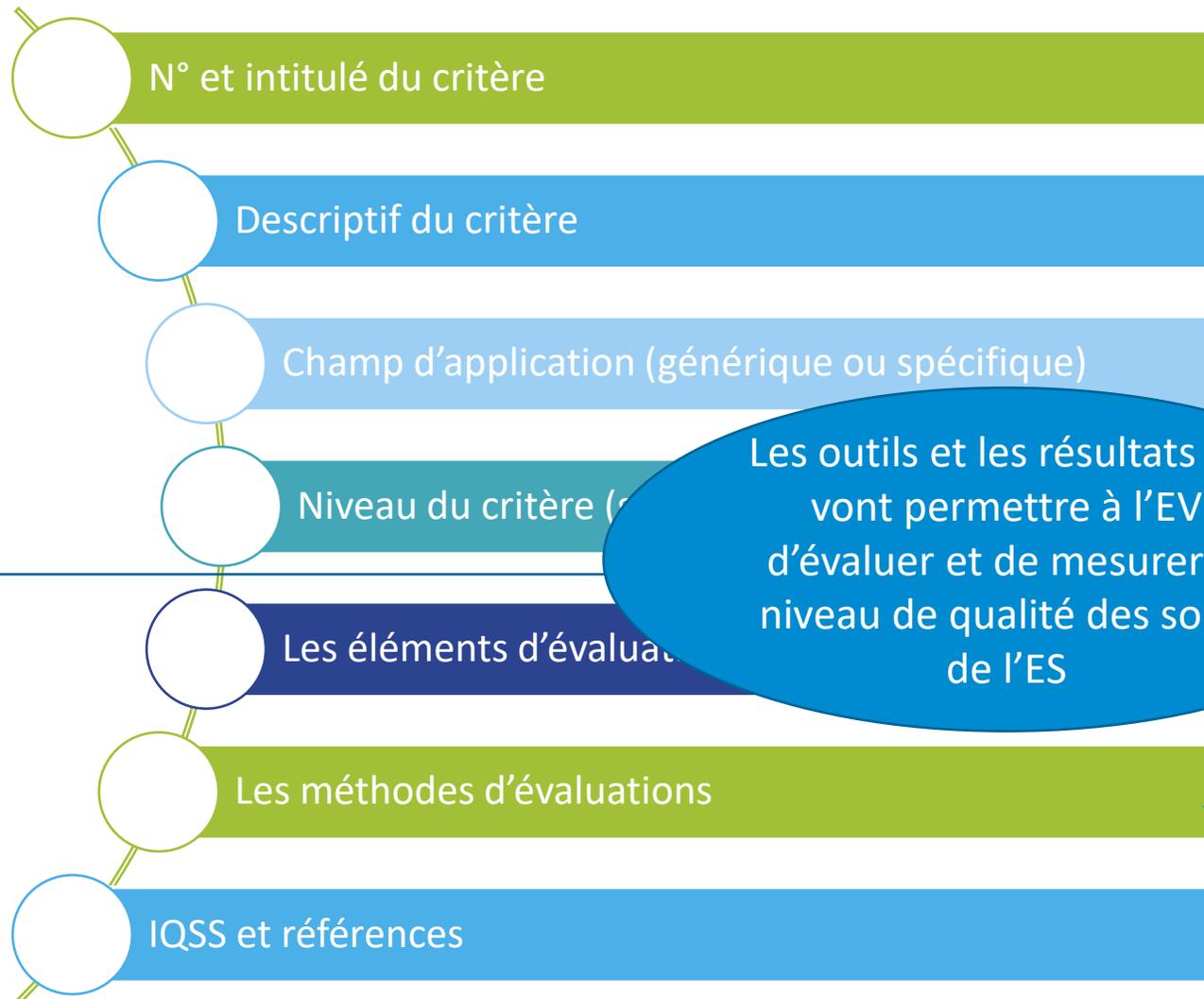


Fiches pratiques





LA CONSTRUCTION



Les outils et les résultats qui vont permettre à l'EV d'évaluer et de mesurer le niveau de qualité des soins de l'ES

Objectif 1.2
Le patient est respecté

Critère 1.2-05 Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant

L'établissement garantit la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes hospitalisées. Le patient est informé des mesures qui garantissent le respect de la confidentialité des informations le concernant. Toutefois, les informations à caractère médical, dans la mesure où elles sont utiles à la continuité des soins et déterminent la meilleure prise en charge possible, sont confiées par le patient à :

- l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge;
- d'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins qui prend en charge le patient, dans la mesure où celui-ci en aura été averti et ne s'y sera pas opposé.

Les professionnels sont attentifs à ce que la confidentialité du patient soit respectée mais n'entretient pas la sécurité de ses soins. Une personne hospitalisée peut refuser toute visite et demander que sa présence ne soit pas divulguée.

Tout l'établissement **standard**

Éléments d'évaluation		
Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Du point de vue du patient, la confidentialité et le secret professionnel ont été respectés lors de son séjour. 	Patient
Observations	<ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital. 	Observation

- Références HAS**
- Le déploiement de la bientraitance, 2012.
 - La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, 2008.
- Références légales et réglementaires**
- Art. 9 du Code civil, art. L. 1110-2, L. 1110-4 du CSP.
 - Circulaire H06/E1/DG/S/018/S01
 - CSDA 2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
 - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système.
 - Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du CSP.

1. Le patient
2. Les ayants droit
3. L'établissement
4. Le groupement



17 CRITÈRES IMPÉRATIFS

Secteurs	Thématiques
Tout l'établissement	L'information, la participation et le consentement du patient
Tout l'établissement	Bienveillance et droits des patients
Tout l'établissement	Qualité et sécurité de l'environnement
Tout l'établissement	Prise en charge de la douleur
Psychiatrie et santé mentale	Isolement et contention
Chirurgie et interventionnel	Organisation du bloc opératoire
Psychiatrie et santé mentale	Examen somatique
Tout l'établissement	Médicaments à risques
Chirurgie et interventionnel	Bonnes pratiques d'antibioprophylaxie
Maternité	Gestion des risques de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)
Tout l'établissement	Analyse des événements indésirables associés aux soins
Tout l'établissement	Lutte contre la maltraitance
Tout l'établissement	Management de la qualité et de la sécurité des soins
Tout l'établissement	Prise en charge des urgences vitales
Tout l'établissement	Maîtrise du risque infectieux
Tout l'établissement	Gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles
Tout l'établissement	Communication et exploitation des IQSS

Depuis janvier



DEFINITION CRITÈRES IMPÉRATIFS

- Pour un critère impératif, si l'évaluation n'atteint pas le niveau d'exigence attendu, une « fiche anomalie » est rédigée.
- Elle caractérise la nature de l'anomalie et en détermine les causes. Sont appréciés :
 - l'impact sur le patient,
 - les pratiques habituelles,
 - la connaissance de l'établissement de cette situation,
 - l'intégration dans la gestion de ses risques,
 - et les éventuelles mesures conservatoires mises en œuvre ou projetées.



POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR : Les F.A sont générées lorsque tous les éléments d'appréciation d'un critère impératif d'une grille sont en réponse « Non ».

L'argumentaire des F.A sera partagé avec l'établissement, et a vocation à éclairer la prise de décision de la commission de certification.

PREPARATION DE LA VISITE





CRITERES INFLUENÇANT LA DIMENSION DE LA VISITE

- Taille de l'ES, le nombre de sites et de services
- Les données d'activité (PMSI, SAE)
- Les autorisations et les données du périmètre dans Calista
- Certaines données externes : ARS, EIGS...

POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR :

-Un algorithme qui se base sur ces données va définir le nombre de Patients traceurs, de Parcours traceurs mais aussi de traceurs ciblés et d'audits systèmes, ce qui déterminera le dimensionnement de la visite,

- Les échanges avec le CP sur ces points sont importants, ils permettront d'avoir des informations plus actuelles et pourront anticiper la non applicabilité de certains critères (transport intra, transfusion, don d'organes par Exemple), idéalement c'est avant la conférence téléphonique.





DIMENSIONNEMENT - PERIMETRE

Copie de 31272_PREPA_CALENDRIER_CP - Microsoft Excel

Accueil Insertion Mise en page Formules Données Révision Affichage

Couper Copier Reproduire la mise en forme Presse-papiers

Tahoma 16 A A

Standard

Mise en forme conditionnelle Mettre sous forme de tableau Styles de cellules Insérer Supprimer Format

Cellules

Édition

∑ Somme automatique Remplissage Effacer

Trier et Rechercher et filtrer sélectionner

J6 Site 1 principal () : 202 lits et places

Programme de visite

N° Démarche : 31****

Date de visite : 13 au 17 décembre 2021

Activité :	<p>Site 1 principal (2 ES) - 141 lits et 61 places Médecine : 3 lits, 2 places Hémodialyse : centre lourd pr adultes (environ 10 postes) SSR : 138 lits, 49 places (locomoteur, système nerveux, respiratoire, digestif, onco-hémato, obésité de l'enfant et de l'ado) Site 2 () SSR : 40 lits, 15 places (cardio-vasculaire) Site 3 () SSR : 120 lits, 52 places (locomoteur, système nerveux, cardio, pédiatrie, addicto) Spécialités : Appareil locomoteur, Cardiovasculaire, Neurologie, Nutritionnels, respiratoires et Néphrologie, Addictologie, Polyvalent, enfants et adolescents, pédiatrique</p>			Capacité & Spécificité :	<p>Site 1 principal () : 202 lits et places Site 2 () : 55 lits et places Site 3 () : 172 lits et places Total : 427 lits et places</p>
Rapport v2014 :	Certification B : MQR, Dossier, PECM				
Composition équipe :	2	3	2	Méthodes : 29 Patients Traceurs / 7 Parcours Traceurs / 21 Traceurs Ciblés / 12 Audits Systèmes (15 Grilles)	
	EV Médecin	EV Non Médecin	MPT		

Patients traceurs

Patients traceurs	Secteur d'activité MCO / SSR / SLD	Mode de prise en charge (HC / Ambulatoire)	Population (PA / Adulte / Ado-Enf)	Pathologie / Activité (parmi les profils suivants proposés, identifier sa moitié 1 patient en situation de précarité et 1 en situation de handicap)	Service / Unité	Justificatif	N° Grille CALISTA	Coordonnateur : F. SCHIMMEL Gestionnaire	EV2 : Médecin (MPR)	EV3 : Soignante	EV4 : Soignante	EV5 : Médecin (Néphrologue)	MPT1 :	MPT2 :
1	Médecine (Perharidy) Roscoff	HC	Enfant-adolescent	CMD 04 - Affections appareil respiratoire	Roscoff	1ère CMD pour ce profil	GRX -							X
2	Médecine-dialyse (Perharidy) Roscoff	HP	Adulte	Séance d'hémodialyse	Roscoff	Activité de l'ES	GRX -					X		
3	SSR (Perharidy) Roscoff	HC	Enfant-adolescent	Prise en charge de l'obésité de l'enfant	Roscoff	Activité de l'ES	GRX -							X
4	SSR (Perharidy) Roscoff	HC	Adulte	Affections appareil locomoteur : membre inférieur ou supérieur	Roscoff	Activité de l'ES	GRX -		X					

Logistique Réunions Programme de visite J1 (Ouverture) J2 (MPT) J3 (Nuit + MPT) J4 (Veille fin de visite) J5 (Dernier jour) Aide & Méthodes évaluations

Prêt 40 %



CONFERENCE TELEPHONIQUE

POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR pour préparer la visite / calendrier :

- **Le coordonnateur formalise une proposition de calendrier au CP sur la base des données issues du dimensionnement : Taille de l'équipe, Nbre de traceurs... : Plus les données collectées en amont sont fiables, plus le calendrier proposé sera adapté à l'établissement.**
- **Exemple d'adaptations possibles :**
 - **Petits ES mono service : les TC IAS standard et complémentaire peuvent être réalisés en 1 séquence,**
 - **Le calage des P.T sur les créneaux d'ouverture des services (HJ par exemple) peut être anticipé,**
 - **Rencontres avec les professionnels : Pourront être réduites si les équipes ne sont pas différenciées (jour/nuit, HC/HDJ...).**



LOGISTIQUE A PREVOIR



POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR :

- L'onglet « Logistique » du calendrier reprend les attendus en matière de salles, de repas et de déplacements des experts.
- Possibilité de prévoir des audits système en visio (ou mix) : R.U, E.S multi-sites,
- Rencontre Professionnels nuit : Possibilité de réaliser les rencontres en dehors des horaires de travail (1 heure avant par exemple).



DEROULE DE LA VISITE

Copie de 31272_PREPA_CALENDRIER_CP - Microsoft Excel

Accueil Insertion Mise en page Formules Données Révision Affichage

Normal Mise en page Aperçu des sauts de page Affichages personnalisés Plein écran Affichages classeur

Règle Barre de formule Quadrillage Titres Barre des messages Afficher/Masquer

Zoom 100% Zoom sur la sélection

Nouvelle Réorganiser Figer les Fenêtre tout volets

Fractionner Afficher côte à côte Défilement synchrone Rétablir la position de la fenêtre

Masquer Enregistrer l'espace de travail Changement de Fenêtre

Macros

K38														
Jour 2 (mardi 14 décembre)														
Horaires	Coordonnateur : F. SCHIMMEL Gestionnaire		EV2 : Médecin (MPR)		EV3 : Soignants		EV4 : Soignants		EV5 : Médecin (Néphrologues)		EV6 : XXX	MPT1 :	MPT2 :	
8h00 - 8h30	Bilan d'étape avec l'établissement													
Lieu	BREST		Roscoff		BREST		Roscoff		Roscoff		Roscoff		Roscoff	
8h30 - 12h30	Rencontre professionnelle Durée: 45 min Remplissage grille: 15min		Patient tracer 10 (GRX - XXX) Durée: 10min Entretien avec le patient Durée: 30min Rencontre équipe soignante Durée: 15min Remplissage grille: 15min		Parcours tracer 5 (GRX-XXX) Durée: 15:00 Rencontre équipe Durée: 15:00 Parcours physique patient Durée: 15:45 Remplissage grille: 15min		Parcours tracer 6 (GRX-XXX) Durée: 15:00 Rencontre équipe Durée: 15:45 Parcours physique patient Durée: 15:45 Remplissage grille: 15min		Parcours tracer 2 (GRX-XXX) Durée: 15:00 Rencontre équipe Durée: 15:45 Parcours physique patient Durée: 15:45 Remplissage grille: 15min		Patient tracer 10 (GRX - XXX) Durée: 10min Entretien avec le patient Durée: 30min Rencontre équipe soignante Durée: 15min Remplissage grille: 15min		Patient tracer 10 (GRX - XXX) Durée: 10min Entretien avec le patient Durée: 30min Rencontre équipe soignante Durée: 15min Remplissage grille: 15min	
12h30 - 13h00	Temps de finalisation des grilles													
13h00 - 14h00	Déjeuner													
14h00 - 14h30	Calage du calendrier / logistique avec l'établissement													
Lieu	Roscoff		Roscoff		Roscoff		Roscoff		Roscoff		Roscoff		Roscoff	
14h30 - 17h30	Consolidation des résultats Durée: 30min Rencontre professionnelle Durée: 45 min Remplissage grille: 15min		CONSULTATION DOCUMENTAIRE Durée: 15:15 Rencontre professionnelle Durée: 45 min Rencontre professionnelle Durée: 45 min Remplissage grille: 15min		T. XXXX CASP 1 (GRX-XXX) Circuit de médication Durée: 15:15 Rencontre équipe Durée: 15:15 Remplissage grille: 15min		T. XXXX CASP 2 (GRX-XXX) Circuit de médication Durée: 15:15 Rencontre équipe Durée: 15:15 Remplissage grille: 15min		Patient tracer 27 (à définir) (GRX - XXX) Durée: 10min Entretien avec le patient Durée: 30min Rencontre équipe soignante Durée: 15min Remplissage grille: 15min		Patient tracer 6 (GRX - XXX) Durée: 10min Entretien avec le patient Durée: 30min Rencontre équipe soignante Durée: 15min Remplissage grille: 15min		Patient tracer 3 (GRX - XXX) Durée: 10min Entretien avec le patient Durée: 30min Rencontre équipe soignante Durée: 15min Remplissage grille: 15min	
17h30 - 18h00	Temps de finalisation des grilles													
18h00 - 18h30	Briefing avec les MPT				Briefing avec le coordonnateur				Briefing avec le coordonnateur					
18h30 - 20h	Synthèse Collective entre EV													
	Synthèse Collective EV si possible													



Logistique Réunions Programme de visite J1 (Ouverture) J2 (MPT) J3 (Nuit + MPT) J4 (Veille fin de visite) J5 (Dernier jour) Aide & Méthodes évaluations

Prêt

Taper ici pour rechercher

100%

14:09 14/01/2022

LES METHODES D'ÉVALUATION



Le patient
traceur



Le parcours
traceur



Le traceur
ciblé



L'audit
système



L'observation



Saisie des évaluations

-  Patient traceur
-  Parcours traceur
-  Traceur ciblé
-  Audit système
-  Observations

Chaque élément d'évaluation fait l'objet d'une réponse. La moyenne permet ensuite de calculer sa note.

Ces réponses permettent de noter un critère.



LES OUTILS D'ÉVALUATION

Le patient traceur





PATIENT TRACEUR

LES ETAPES

Identification du patient

Information du patient / Recueil de son consentement

Rencontre avec le patient

Rencontre avec l'équipe

Synthèse

MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

Évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé.

1



IDENTIFICATION DU PATIENT

L'évaluateur choisit, en lien avec l'équipe, le patient pour lequel il souhaite mener l'évaluation. Il s'assure auprès de l'équipe que le consentement du patient a été recueilli. Le médecin présente la situation du patient.



2

RENCONTRE AVEC LE PATIENT (et/ou les proches)

L'évaluateur :
- se présente, s'assure que le patient a reçu le document d'information sur la méthode du patient traceur et s'assure que le patient a donné son accord ;
- s'entretient avec le patient sur sa prise en charge et son expérience dans l'établissement.

Comment avez-vous :
- délivré l'information au patient ?
- prévenu le risque infectieux, etc. ?



3

ENTRETIEN AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE (médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes...)

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante sur la prise en charge du patient depuis son entrée dans l'établissement, en s'appuyant sur son dossier.

Cette méthode n'est en aucun cas une évaluation des décisions diagnostiques et thérapeutiques de l'équipe soignante.

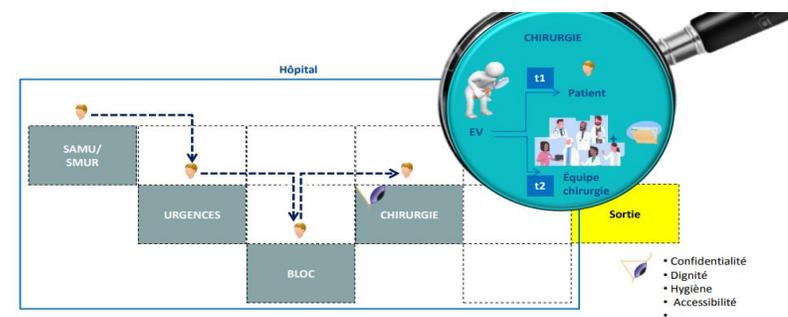
Certification des établissements de santé pour la qualité des soins : patients, soignants, un engagement partagé



PATIENT TRACEUR

Centré sur le parcours d'un Patient :

- 1 Patient présent et si possible près de sa sortie interrogé sur tout son parcours
- Le dossier du patient rencontré
- 1 Equipe qui assure sa prise en charge lors de l'entretien



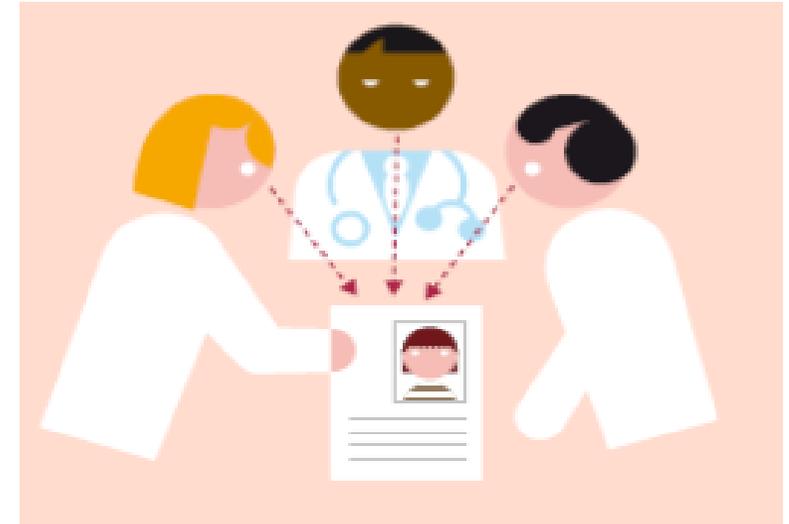
POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR, durant la visite :

- **Bien organiser le recueil le consentement du patient, patient mineur = accord des 2 parents,**
- **Bien indiquer les spécificités et co-morbidités pour aider au choix par les E.V,**
- **La sélection du dossier sera effectuée par l'E.V sur la base de la liste complète des patients du service et correspondant au profil défini, communiquée la veille,**
- **Les choix sont effectués dans le service par l'EV médecin + accord patient,**
- **Les adaptations de profils ne doivent pas influencer sur la couverture du référentiel,**
- **Des Patients Traceurs « à définir en visite » peuvent être prévus dans le calendrier.**



CONSULTATION DU DP

- Consultation du dossier patient avec l'équipe =
 - Papier
 - Informatisé
 - Tous les éléments
 - Courriers
 - CR Examens complémentaires
 - Rdv
 - Dossier de soins
 - ...



POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR, durant la visite :

- **Bien montrer les éléments preuve qui valident / confirment les bonnes pratiques,**
- **Vérifier la complétude des dossiers avant pour faciliter la mobilisation,**
- **La visualisation projetée du DPI est souvent efficace.**



- Patient
- Professionnels
- Observations
- Documentation

GRILLE D'ENTRETIEN

GRIX-30176_202110220509.pdf - Adobe Acrobat Reader DC (64-bit)

Fichier Edition Affichage Signer Fenêtre Aide

Accueil Outils GRIX-30176_202110... x

Se connecter

1 / 14 51,4%

Ce fichier revendique la conformité à la norme PDF/A et a été ouvert en lecture seule pour empêcher toute modification. [Activer les fonctions de modification](#)

HAS

Démarche : 30254 DEM-11222 > CER-11222

Site géographique
CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION
Service: Unité

Méthode
Patient traceur Gous méthode

Créé par
FRANZ SCHIMMEL

Commentaire

Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

Spécification

Secteur de prise en charge

Médecine
 Soins de suite et réadaptation

Mode de prise en charge

Soins de suite
 Hospitalisation complète

Age du patient

Jeune adulte
 Adulte

Caractéristiques du patient

Malade chronique
 Pas de situation particulière
 Patient atteint d'un cancer
 Patient en situation de handicap
 Patient en situation de précarité

Mode d'entrée

À la demande
 Programmé

Éléments d'évaluation

Patient

Critère #1.1-41
Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques.
Crit.1.1-41-001-PAT
Si son admission a été faite en urgence, et ce quel que soit le service d'accueil, le patient est informé du détail de sa prise en charge en fonction de son état de santé.
 Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

Critère #1.1-41
Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques.
Crit.1.1-41-002-PAT
Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins et la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc.
 Oui Non Patient non concerné Réponse inappropriée

LES OUTILS D'ÉVALUATION

Le parcours traceur





PARCOURS TRACEUR

La méthode parcours traceur évalue **la qualité de la coordination de la prise en charge du patient et du travail en équipes**. Elle réunit les représentants de toutes les équipes ayant participé à un type de parcours (équipes cliniques mais aussi équipes médico-techniques et équipes support et sociales).

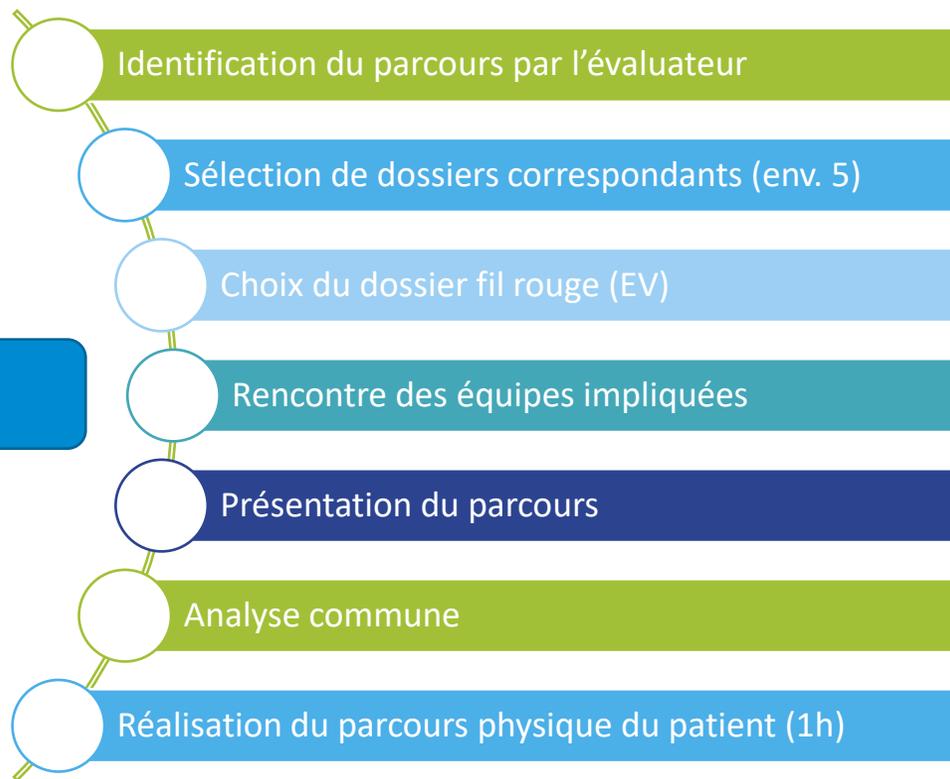
Le parcours traceur permet **l'évaluation du processus de prise en charge** du patient correspondant à un parcours de patients sortis récemment au travers d'un dossier fil rouge. Celui-ci pourra être associé à d'autres dossiers de parcours identiques si ce seul dossier ne permet pas de recueillir l'ensemble des informations.

Cette méthode ne comprend pas de rencontre avec le patient et prend en compte les éléments relatifs à la sortie : CRL, DMP, archive...



PARCOURS TRACEUR

LES ETAPES





PARCOURS TRACEUR

Centré sur le parcours de prise en charge :

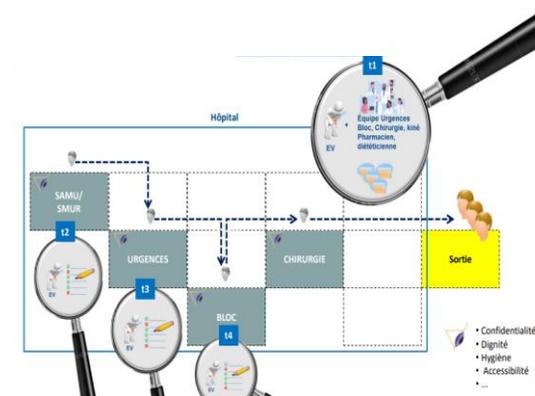
- L'établissement choisit des dossiers de patients sortis récemment (15/30 jours) et au maximum deux mois avant
- L'EV choisit le dossier « fil rouge »
- Circuit physique du patient et des professionnels accompagné d'un ou plusieurs professionnels

Nouvelle approche :

La rencontre avec les professionnels au début de l'audit a pour finalité d'expliquer le parcours du patient à l'EV afin que ce dernier puisse le réaliser physiquement comme si il était à sa place.

Il ne s'agit pas d'une rencontre avec tous les professionnels ayant pris en charge le patient mais d'une séquence explicative (pour les parcours simples, 1 seul professionnel (cadre de santé par exemple) peut assurer cette rencontre).

Les professionnels qui interviennent dans le parcours seront rencontrés lors de la réalisation du parcours physique sur leur lieu d'exercice et des éléments de preuves pourront être apportés par des informations dans les dossiers des patients hors fil rouge, même encore présents.



POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR, durant la visite :

- Le Profil parcours traceur est identifié au regard des activités de l'établissement et de leur volume, des modes de prise en charge et du type de population accueillie, des Parcours « à définir en visite » peuvent être prévus dans les calendriers,
- Il n'est pas utile d'avoir l'équipe complète sur la 1^{ère} rencontre, mais de bien les rencontrer tous lors du parcours,
- Parcours standard possible mais prévoir les preuves sur certaines spécificités,
- Prévoir un passage dans les lieux de vie (chambres, box, salons...) lors du parcours,
- Prévoir les passages sur les plateaux techniques lors du parcours,
- Pensez à communiquer sur les résultats des IPC ou sur les EPP lors des parcours.

LES OUTILS D'ÉVALUATION

Le traceur ciblé





TRACEUR CIBLÉ

- Le traceur ciblé est conduit **en partant du terrain et suit un même et un seul fil conducteur tout au long de l'évaluation**. Il évalue la mise en œuvre réelle d'un processus et vise à s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs.

Si le fil conducteur du traceur est un « objet » ou un « service » : il s'agit d'un traceur ciblé.

Si le fil conducteur du traceur est la prise en charge du patient : il s'agit alors d'un patient traceur

- Les audits système se différencient des traceurs du fait que l'évaluation démarre par **la compréhension de l'organisation** (entretiens gouvernance et éventuellement consultation documentaire) vers la mise en œuvre réelle sur le terrain.



TRACEUR CIBLÉ

LES ETAPES



EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques d'administration.



L'évaluateur s'entretient avec le prescripteur et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de prescription.



L'évaluateur s'entretient avec les professionnels et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de transport du médicament.



L'évaluateur s'entretient avec les professionnels de la pharmacie et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de dispensation.



La méthode du traceur ciblé se différencie de la méthode de l'audit système; elle est conduite en partant du terrain pour remonter vers le processus.



TRACEUR CIBLÉ

7 typologies de traceurs sont préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification. Ils ciblent les processus suivants :

- Circuit du médicament et des produits de santé
- Gestion des produits sanguins labiles
- Gestion des évènements indésirables graves
- Prévention des infections associées aux soins
- Accueil non programmé
- Transport intra-hospitalier des patients
- Prélèvement et greffe d'organes et de tissus



POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR, durant la visite :

- Les ciblés des T.C sont des portes d'entrées dans l'audit, toute anomalie observée au cours de l'investigation entrainera une réponse « Non » même si elle ne concerne pas la cible (ex : une anomalie sur du stockage d'insuline entrainera un « non » à l'élément d'appréciation si elle est constatée sur un T.C médicament à risque per os),
- Fournir les documents nécessaires à la bonne compréhension du processus,
- Fournir les résultats, les indicateurs... en lien avec le T.C.



EXEMPLE DE GRILLES

- Observations
- Professionnels
- Documentation

GRIX-31501_202112060241-1.pdf - Adobe Acrobat Reader DC (64-bit)

Fichier Edition Affichage Signer Fenêtre Aide

Accueil Outils GRIX-31501_202112... x

Se connecter

1 / 7 51,4%

Activer les fonctions de modification

Ce fichier revendique la conformité à la norme PDF/A et a été ouvert en lecture seule pour empêcher toute modification.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Démarche : 31272 DEM-13049 > CER-13049 > GRIX-31501

Site géogr
FONDATEUR
Service: Unité

Méthode Sous méthode
Traceur cible Circuit du médicament et des produits de santé

Description traceur
Antibiotique injectable ou per os / SQR - HC
Créé par
FRANZ SCHIMMEL
Commentaire

Professionnels rencontrés

Fonction des professionnels rencontrés	Nombre de personnes
Aucun élément	

Éléments d'évaluation

Observations

Critère #P1.1-01
Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques

CR1.1.1-01-#06-OBS
Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant dans les secteurs accueillant des enfants.
 Oui Non Non applicable

Critère #P1.1-01
Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques

CR1.1.1-01-#08-OBS
Affichage dans les services de supports d'information concernant des prises en charges spécifiques. (ex : Charte Roman Jacob).
 Oui Non Non applicable

Critère #P1.1-06
Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé

CR1.1.1-06-#06-OBS
Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, inactivité, maltraitance...) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services.
 Oui Non Non applicable

Critère #P1.1-18
Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile

CR1.1.1-18-#04-OBS
Les contacts des représentants des usagers (COU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site internet.
 Oui Non Non applicable

Critère #P1.2-01
Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité

CR1.1.2-01-#03-OBS
Les équipements et les locaux garantissent la dignité des patients.
 Oui Non Non applicable

Page 1 sur 7

Taper ici pour rechercher

100%

14:49
14/01/2022

LES OUTILS D'ÉVALUATION

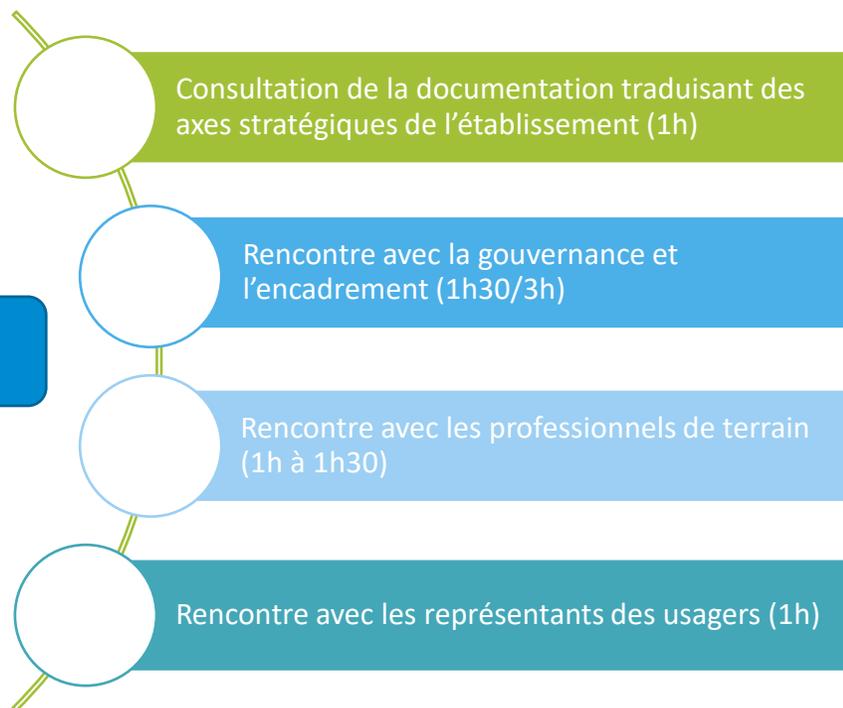
L'audit système





L'AUDIT SYSTÈME

LES ETAPES



MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME

Évaluation des organisations de rétablissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME, direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée, l'évaluateur analyse la politique, les activités et les actions mises en place par la gouvernance pour s'assurer de la capacité qu'a l'établissement à maîtriser et à atteindre ses résultats.



RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Selon les thématiques, l'évaluateur s'assure de l'implication des représentants des usagers et des associations de patients dans la vie de l'établissement.

1



CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents nécessaires à son évaluation.

Exemples : projet médico-soignant (conventions de partenariat), politique qualité (stratégie de recueil de l'expression du patient), bilan des plaintes et des réclamations, plan de formation, plan de gestion des tensions hospitalières, etc.

2

3



RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

L'évaluateur vérifie la bonne diffusion de la politique, des activités et des actions de l'établissement sur la thématique concernée et sa déclinaison par les professionnels de terrain.

4



L'audit système se différencie du traçeur ciblé ; l'investigation est conduite en partant de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins :



AUDIT SYSTÈME



1. Consultation documentaire
 - L'évaluateur consulte tous les documents nécessaires à son évaluation (ex: projet médico-soignant, politique qualité, bilan des plaintes et des réclamations, plan de formation,...)
2. Rencontre avec la gouvernance (direction, président de la CME)
 - Sur une thématique donnée, analyse de la politique, des activités, des actions mises en place par la gouvernance pour s'assurer de la capacité qu'à l'établissement à maîtriser et à atteindre ses résultats
3. Rencontre avec les professionnels
 - Vérification de la bonne diffusion de la politique, des activités et des actions sur la thématique concernée et sa déclinaison par les professionnels de terrain
4. Rencontre avec les RU
 - Selon les thématiques, l'évaluateur s'assure de l'implication des représentants des usagers et des associations de patients dans la vie de l'établissement

POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR, durant la visite :

- Documents qualité à jour,
 - Des documents préparés facilitent l'audit.
-
- Présentation possible, schéma, gouvernance, résultats.
-
- Résultats, indicateurs, revues de pertinence
-
- Expérience patient,
 - Résultats enquêtes de satisfaction,
 - Avis, recommandations pris en compte.



AUDIT SYSTÈME

8 Audits systèmes ont été préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification:

- Leadership
- QVT et travail en équipe
- Maîtrise des risques
- Dynamique d'amélioration
- Représentants des usagers
- Coordination territoriale
- Engagement patient
- Rencontres avec les professionnels



POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR, focus de la QVT :

- Préparer les équipes pour les rencontres avec les professionnels car la grille est dense et les sujets abordés sont variés (vigilances, plans de crise, revue de pertinences, maltraitance...),
- Préparer les éléments de preuve et les données d'évaluation en lien pour les AS Gouvernance,
- Les audits système sont couplés pour Leadership/QVT, MQR/dynamique, coordination territoriale/engagement patient.

LES OUTILS D'ÉVALUATION

Les observations





OBSERVATIONS

- Les observations permettent d'évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité d'une unité, d'un service, de l'établissement.
- Elles sont réalisées de façon concomitante aux méthodes d'évaluation de type traceurs.
- L'évaluateur devra juger de la conformité ou non des points à observer listés dans la grille d'évaluation.



OBSERVATIONS

EXEMPLES D'OBSERVATIONS



Respect de la dignité et de l'intimité des patients :

- absence de patients dénudés,
- portes des chambres fermées,
- patients traités avec égard,
- etc.



Accessibilité pour les personnes en situation de handicap :

- rampes d'accès dédiées,
- hauteur adaptée des présentoirs et des guichets d'accueil,
- sanitaires adaptés,
- signalétique adaptée à tout type de handicap,
- etc.



Affichage de l'information du patient :

- charte du patient hospitalisé,
- coordonnées des représentants des usagers,
- messages de santé publique (maltraitance, vaccination...),
- etc.



Maîtrise du risque infectieux :

- lavage des mains avant/ après chaque soin,
- disponibilité de solutions hydroalcooliques,
- tenues conformes des professionnels,
- présence de boîtes pour objets piquants et tranchants,
- propreté des locaux,
- etc.

POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR :



- Vous pouvez aider aux réponses en montrant aux E.V, lorsque vous les accompagnez vers les services, des points qui entrent dans les observations : Affichages, SHA...
- Les observations concernent aussi les professionnels croisés : Tenue, port du masque, identification,
- Les observations concernent aussi l'environnement : confidentialité, déchets, propreté...

LES FICHES ANOMALIES





FICHES ANOMALIES

- Les fiches anomalies sont générées par Calista à l'issue de la saisie des résultats d'une grille, si pour un critère impératif, l'ensemble des éléments d'évaluation attachés à ce critère (hors N/A) obtient une réponse « Non ».
- La fiche anomalie fait l'objet d'un traitement par l'expert-visiteur qui a réalisé l'évaluation (rédaction et échanges sur l'objet de l'anomalie avec l'ES) puis par le coordonnateur (analyse).

Gestion de l'anomalie par l'établissement : Questions posées

- L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?
- Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure...) ?
- L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les actions d'amélioration le plus à même d'agir efficacement sur la cause ?
- Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?
- Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?
- Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque ?



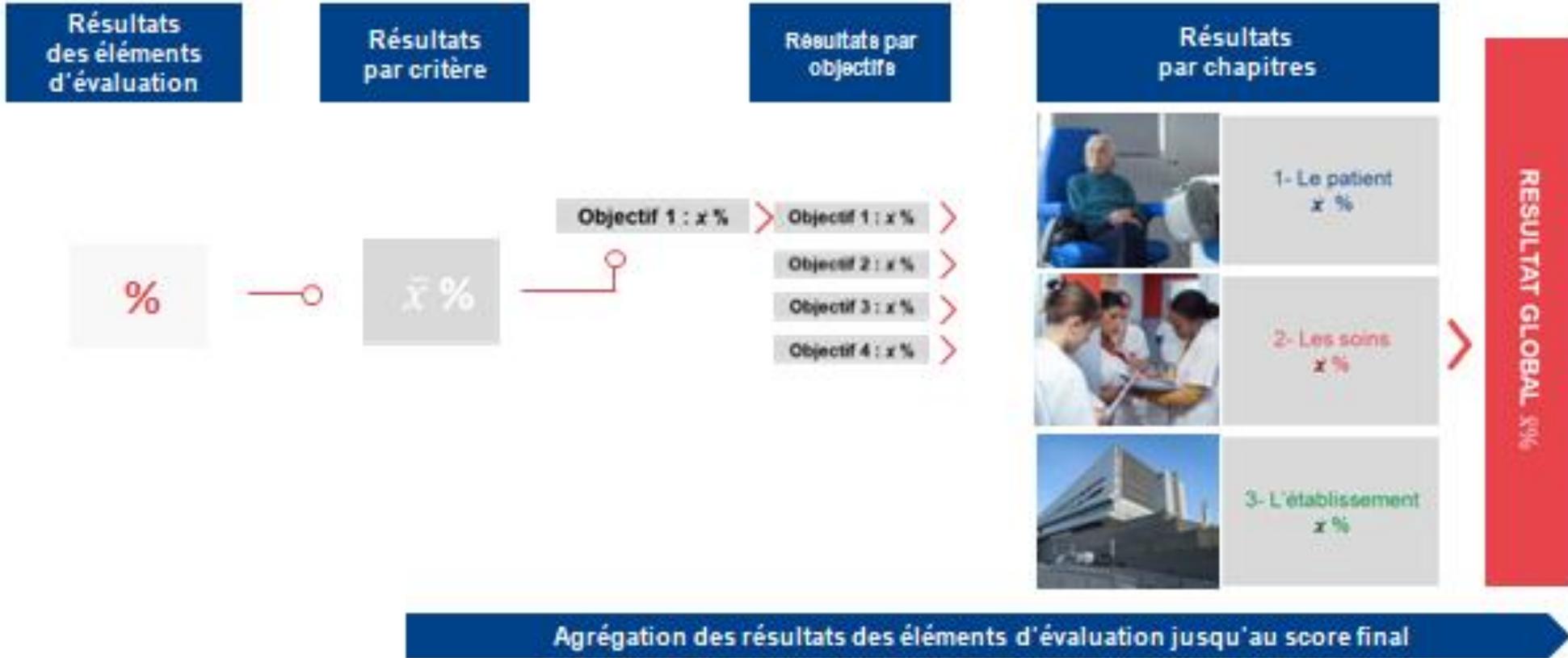
- **POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR :**
- Plusieurs fiches anomalies peuvent être générées pour une même problématique (exemple : PEC de la douleur...)
- La réactivité immédiate de l'établissement est contributive à la gestion de l'anomalie mais ne supprimera pas la F.A.

LA NOTATION



Calcul des résultats

$$x\% = \frac{\sum \text{des } \%}{\% \text{ total}}$$

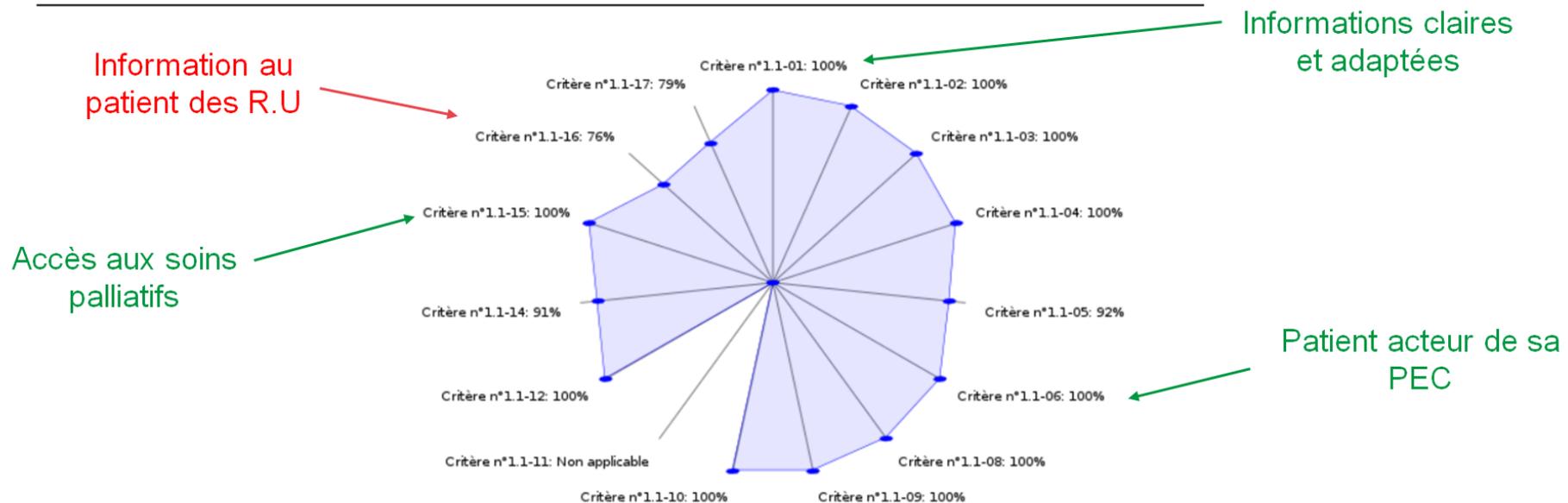




VISUALISATION DES RÉSULTATS

Chapitre 1 : Le patient

1.1. Le patient est informé et son implication est recherchée





Les critères impératifs

Impératif

Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

100.00%

Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité

99.07%

Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

100%

Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

91.30%

La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée

N.A

Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace

N.A

Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

N.A

Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

95.83%



Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

N.A

Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)

N.A

Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

100.00%

L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein

100.00%

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

100.00%

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

98.75%

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement

97.62%

Légende : Inférieur à 25 % / Compris entre 25% & 49 / Compris entre 50% & 74% / Supérieur à 75%

Patients, soignants, un engagement partagé

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

13



Les résultats par objectif

1.1 Le patient est informé et son implication est recherchée	95.63%	2.4 Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	90.12%
1.2. Le patient est respecté	88.59%	3.1 L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98.52%
1.3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	98.81%	3.2 L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97.69%
1.4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100.00%	3.3 La gouvernance fait preuve de leadership	100.00%
2.1 La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	95.63%	3.4. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	73.96%
2.2 Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96.88%	3.5 Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	92.86%
2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94.68%	3.6. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	89.58%
		3.7. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	90.24%

Légende : Inférieur à 25 % / Compris entre 25% & 49 / Compris entre 50% & 74% / Supérieur à 75%

Patients, soignants, un engagement partagé

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

35



Les critères avancés

Avancé

Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	100.00 %
La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	83.33 %
L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	75.00 %
La gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	0.00 %
L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	50.00 %



Les résultats des **critères avancés** n'entrent pas dans le résultat global, ils le sont uniquement au moment de la décision.
Ils sont pris en compte pour attribuer, éventuellement, une mention à l'établissement certifié.



DÉCISION

Décision de la HAS



À réception du rapport : bilan des observations (1 mois)

Rapport de visite des experts
visiteurs



Les observations de
l'établissement



POINT de VUE de l'EXPERT VISITEUR, :

- L'éligibilité ne préjuge pas de la décision, y compris pour la mention,
- Ne pas communiquer avant d'avoir la décision du collègue.



LE PROCESSUS D'ÉVALUATION EXTERNE

Valable 4 ans

Nouvelle procédure dans un
délai maximum de 2 ans



Tous les critères > 50% ou
3/4 des critères > 50% et
2 critères avancés > 50%

Moyenne globale > 50%

Sous condition
Temps d'amélioration laissé
à l'établissement *visite*
entre 6 et 12 mois

*Visite reprogrammée entre
12 et 24 mois*



ECHANGES

- Quelles sont vos interrogations?



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'interne 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 dotation pédiatrique 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'interne 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'interne 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 hypalgique.



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 CHRS (hospitalisation de semaine) pour un traitement de chimiothérapie par FLUOROURACIL. L'administration de ce traitement par FSE (service oncologie) est programmée et par conséquent le transfert du patient en service d'oncologie et l'insertion oncologique de l'activité.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

Le patient a reçu la notice de son traitement de FLUOROURACIL, en 3 ou 4 fois de 48 h.

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

- L'IDE a chargé le patient, apparemment au point de destination et en attendant que le service IDE n'a pas été formé aux caractéristiques de la programmation de ce nouveau dispositif.
- L'IDE n'a pas vérifié la programmation de FSE (IDE de RD) (RD) pour l'insertion oncologique, laquelle est chronométrique, mais son format n'a pas été vérifié.
- Le FSE utilisé dans le service RD pour l'insertion est programmé en mL/h, alors que le dispositif utilisé en chimiothérapie est en mg/200ml ou mg/h.
- La programmation de l'infusoire de FSE (IDE) de la programmation par FSE (CHRS).
- La garde a continué sur la programmation de son pompe, n'a pas été mis à disposition des utilisateurs, seuls les IDE de FSE en ont été avertis, concernant les modalités de programmation de ces FSE spécifiques.
- Le réglage de FSE 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.

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.

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.

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.

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.

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.



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 a intervenu à 40 concentrations sur la durée erronée de la programmation de la pompe par l'infirmière (IDE).
- L'équipe d'urgence doit constater de l'arythmie et immédiatement en raison d'un fort abaissement d'une surveillance de travail de la fréquence du patient en soins.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a intervenu à 40 concentrations sur la durée erronée 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 l'infusoire a été réalisée comme habituellement en soins.
- 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 erronée.
- L'absence de service des urgences dans le service.
- Une panne informatique a interrompu la gestion administrative des patients.
- La panne informatique a généré une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes et a augmenté le nombre d'événements de sécurité.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a intervenu à 40 concentrations sur la durée erronée 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 l'infusoire a été réalisée comme habituellement en soins.
- 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 erronée.
- L'absence de service des urgences dans le service.
- Une panne informatique a interrompu la gestion administrative des patients.
- La panne informatique a généré une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes et a augmenté le nombre d'événements de sécurité.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a intervenu à 40 concentrations sur la durée erronée 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 l'infusoire a été réalisée comme habituellement en soins.
- 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 erronée.
- L'absence de service des urgences dans le service.
- Une panne informatique a interrompu la gestion administrative des patients.
- La panne informatique a généré une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes et a augmenté le nombre d'événements de sécurité.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a intervenu à 40 concentrations sur la durée erronée 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 l'infusoire a été réalisée comme habituellement en soins.
- 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 erronée.
- L'absence de service des urgences dans le service.
- Une panne informatique a interrompu la gestion administrative des patients.
- La panne informatique a généré une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes et a augmenté le nombre d'événements de sécurité.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'IDE a intervenu à 40 concentrations sur la durée erronée 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 l'infusoire a été réalisée comme habituellement en soins.
- 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 erronée.
- L'absence de service des urgences dans le service.
- Une panne informatique a interrompu la gestion administrative des patients.
- La panne informatique a généré une charge de travail supplémentaire pour les équipes soignantes et a augmenté le nombre d'événements de sécurité.



Sécurité au bloc opératoire

Un petit check vaut mieux qu'un grand choc !

9 juin 2021

Ça peut aussi vous arriver

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

Un adolescent est pris en charge au bloc opératoire pour une coléctomie de grande taille. Le plan de surveillance postopératoire, le chirurgien consulte que le patient a été réglé de nouveau côté. Une nouvelle intervention doit être programmée.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- La liste de programmation de l'acte doit être vérifiée.
- Les interventions à effectuer sont vérifiées avant l'intervention.
- Le patient n'a pas été associé à la vérification de son identité.
- Le matériel approprié n'est pas vérifié avant le partage d'information.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.

Que s'est-il passé ? Cause immédiate

L'absence de tous les patients a été allongée au moment de l'introduction du patient pour chercher du matériel.

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

- Aucune information sur le côté à valider n'a été donnée au moment de l'intervention.
- Le patient n'a pas été partagé avec les équipes en charge du patient (pédiatrique et bloc opératoire).
- Sans la présence en regard des traitements, la vérification a été faite sans succès.
- Temps 1 et 2 de la checklist ne sont effectués.



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'approprier 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)
- 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**

Replay : [ICI](#)

- **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,

Replay : [ICI](#)

- **Cafés rencontres en partenariat avec le CPIAS**

Replay : [ICI](#)



REPLAY WEBINAIRES

Début 2022 :

- **Café rencontre CPIAS – OMEDIT – RSQR sur le critère impératif « Les bonnes pratiques d’antibioprophylaxie »**
- **2^{ème} session du Café rencontre CPIAS – RSQR sur le risque infectieux avec REX**
- **Retours d’expérience d’un établissement de la région ayant passé récemment sa visite de certification**