



**Présentation ajustée
selon les modifications du manuel
version septembre 2021**

La Certification des établissements de santé pour la qualité des soins *« Patients, soignants, un engagement partagé »*

Focus – La prise en charge médicamenteuse

13 Septembre 2021

Quelques mots d'actualités

- Phase pilote de mai 2021 à juillet 2021 - Mise à disposition par la HAS des premiers enseignements de la phase pilote : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/les_preiers_enseignements_des_visites_pilotes.pdf



- Journée régionale HAS/ARS/Structure Régionale d'Appui /France Assos santé : 17 décembre 2021 (à confirmer)



Au programme

- Les orientations, les enjeux, le nouveau manuel de Certification
- Les méthodes d'évaluation
- Focus de la certification sur la prise en charge médicamenteuse
- Les outils du Résomedit

Qu'est ce qui change de l'ancienne certification ?

- Passer d'une démarche axée sur les processus vers l'évaluation de la **réalité des pratiques** de prise en soins du patient
- Une démarche axée sur la **culture du résultat**
- L'évaluation interne est laissée **à la main de l'établissement**
- De **nouvelles méthodes de visite** en lien direct avec le cœur de métier des soignants

Qu'est ce qui change de l'ancienne certification ?

V2010 / V2014	Nouvelle certification
Un manuel et 20 thématiques V2014	3 chapitres explorant 15 objectifs qualité
20 fiches thématiques	24 fiches pédagogiques d'enjeux thématiques
Critères PEP, EIO	111 Critères standards, 15 impératifs , 5 avancés Tout établissement et selon le champ d'application
Compte qualité de l'établissement pour identifier les risques et actions d'amélioration	Compte qualité de résultats intégrant les résultats des évaluations de l'ensemble des critères
Rapport littéral des constats	Rapport quantifié des moyennes obtenues aux critères et synthèse rédigée par le coordonnateur de visite
Décisions : de A à E	Labels : avec mention, certifié, sous condition, non certifié
Système d'information Sara	Système d'information Calista

Calista, logiciel de gestion de la certification

Pour générer les grilles d'évaluation au besoin

The screenshot displays the Calista web application interface. At the top, the browser address bar shows the URL: `calista.has-sante.fr/prweb/ixtj9Yg9uWTqQuMqEySsJ1aNP9fSra*/ISTANDARD?pzPostData=86213712`. The application header includes the HAS logo and the text "Calista Logiciel de gestion de la certification". Below the header, a personalized greeting reads "Bonjour Véronique CHESNAIS". A progress bar indicates the current stage of the certification process: 1. Engagement, 2. Evaluation Interne (active), 3. Evaluation Externe, and 4. Decision. On the right, a blue box states "Prochaine visite : Décembre 2030". Below the progress bar, the "Actualités" section features three news items: "25 novembre 2020 : Courriel d'informatio...", "Présentation de Calista", and "Conférences en ligne dédiées aux professio...". The "Contacts" section lists two contacts: "AG Production" and "CP production". A red notification box on the right indicates "Vous avez 1 nouvelle tâche Modification" with a "Date Limite 25/12/2020". The footer includes the HAS logo, "HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ", and the version "Calista V 12".

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

Structure du manuel de certification



2.3 Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

2.3-06 Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Éléments d'évaluation

Professionnels

- L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans leur service et en a connaissance.
- L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance.
- Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.

Traceur ciblé

Le Manuel de Certification

I. Le patient



1. **Est informé et son implication est recherchée** Critères PECM
2. **Est respecté** Critères PECM
3. **Ses proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec son accord**
4. **Ses conditions de vie et de lien social sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge**

II. L'équipe



5. **La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée en son sein** Critères PECM
6. **Est coordonnée pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire** Critères PECM
7. **Maîtrise les risques liés à ses pratiques** Critères PECM
8. **Evalue ses pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patiente** Critères PECM

III. L'établissement



9. **Définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire**
10. **Favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement**
11. **Sa gouvernance fait preuve de leadership**
12. **Favorise le travail en équipe et le développement des compétences**
13. **Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance**
14. **Dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté**
15. **Développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins** Critères PECM



Des critères adaptés



Les méthodes d'évaluation



Patient traceur

Evaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans un établissement de santé
(rencontre avec le patient et/ou les proches, puis avec l'équipe soignante)



Parcours traceur

Evaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité sécurité au cours d'un parcours
(rencontre avec les équipes puis réalisation du parcours)



Traceur ciblé

Evaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
(entretien avec les professionnels, observations des pratiques et consultation de documents)



Audit système

Evaluer les organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
(consultation documentaire, rencontre avec la gouvernance, avec les professionnels et les RU)



Observations

Evaluer les conditions générales de qualité et sécurité des soins
(réalisées sur la base de grilles d'observations, dans tous les secteurs visités)

Evaluation de la prise en charge médicamenteuse (**PECM**) et des dispositifs médicaux (DM)

Certification des Etablissements de Santé pour la Qualité des soins

Nouvelle certification 2020

Boîte à Outils de la HAS

Le Manuel de Certification

I. Le patient



II. L'équipe



III. L'établissement



Nouvelle version du manuel de certification



Boîte à Outils de la HAS

La fiche pédagogique sur la PECM

Dédiée à l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse et rappelle :

- ✓ Les enjeux nationaux
- ✓ En quoi la certification répond à ces enjeux
- ✓ Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



La prise en charge médicamenteuse est un processus complexe qui repose sur l'organisation du circuit du médicament. Celle-ci doit prendre en compte dans sa mise en œuvre les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque.

Plusieurs facteurs expliquent la survenue d'erreurs :

- l'intervention de différents acteurs de santé dont les rôles particuliers sont complémentaires et l'enchaînement de nombreuses étapes qui se réalisent en des lieux géographiquement différents ;
- la diversité des pathologies, leur degré d'urgence et de gravité couplée à la diversité des thérapeutiques et des terrains des patients ;
- des projets thérapeutiques de plus en plus complexes nécessitant un développement d'information adapté au patient d'autant plus délicate ;
- la circulation d'une information qui n'est d'ailleurs pas toujours accessible ;
- ou encore l'interruption de tâches.

L'objectif de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital est d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions et au meilleur coût.

Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments HAS, 2013

Enjeux nationaux

- Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- Éviter les erreurs médicamenteuses.
- Sécuriser les médicaments à risque.
- Promouvoir le bon usage des antibiotiques et lutter contre l'antibiorésistance.
- Promouvoir la conciliation des traitements médicamenteux.
- Développer la culture de la pertinence des prescriptions médicamenteuses.

Principales données actuelles

- Les EIG liés aux médicaments représentent 32,9% du total des EIG liés aux soins¹. Parmi les EIG liés aux médicaments :
 - 51,2% sont considérées comme évitables ;
 - 54,5% ont motivé une hospitalisation.
- Une part notable des (ré)hospitalisations est évitable, notamment celles fréquentes liées à des problèmes médicamenteux (iatrogénie, problèmes d'observance et sous traitement) : entre 20 et 30% des prescriptions ne sont pas pertinentes.²

¹ Enquête nationale ENEIS sur les événements indésirables graves (EIG) liés aux soins, réalisée en 2009.

² Stratégie nationale de santé 2018-2020.

Boîte à Outils de la HAS

Les autres fiches pédagogique en lien avec la PECM

  Évaluation de l'hospitalisation à domicile selon le référentiel de certification → L'Hospitalisation à Domicile (HAD) est un mode d'hospitalisation à part entière, dont les objectifs sont de : • mettre en place et coordonner au domicile du patient l'intervention de multiples professionnels, salariés ou libéraux, autour du projet thérapeutique du patient, décliné en un projet de soins personnalisé du patient ; • garantir la continuité des soins au domicile. → L'HAD permet d'assurer, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes et permet également aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. → L'HAD concerne des patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète. Enjeux nationaux – Hôpital au plus près du patient. – Garantir la continuité des soins au domicile. – Inscrire les prises en charge dans des parcours de soins. – Donner toute sa place à l'HAD dans « MA SANTÉ 2022 ». Principales données actuelles (ATIH, données 2018/FNEHAD) – 122000 patients hospitalisés en HAD. – 147 établissements exerçant uniquement une activité d'HAD. – 288 établissements d'HAD en France. En quoi la certification répond aux enjeux du thème ? Pilotage – Réaliser et partager une analyse des transferts en HAD avec les services prescripteurs et les HAD (23-04). Actions – Rechercher l'implication du patient et de ses proches (1-13, 1-3-02). – Coordonner les équipes de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire et s'assurer de la continuité des soins tout au long de la prise en charge du patient (2-2-13, 2-2-14). – Maîtriser les risques liés aux pratiques spécifiques à l'HAD (2-3-05). Évaluation – Analyser et exploiter les indicateurs qualitatifs dont les IQSS (coordination de la prise en charge en HAD), (1-7-03).	  Évaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification La douleur est un symptôme. Elle doit être soulagée rapidement. L'évaluation de la douleur et toutes décisions de prise en charge sont tracées et renseignées. La douleur du patient doit être systématiquement recherchée et c'est elle qui fait foi. Les soins palliatifs sont considérés comme une prise en charge. Ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Ce sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal. La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. La loi n°2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dispose, que : • Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Enjeux nationaux – Rendre le patient acteur dans sa prise en charge de la douleur. – Développer les compétences spécifiques des professionnels. – Avoir recours à des expertises ou avis spécialisés. – Renforcer la prise en charge de la douleur en fin de vie. – Impliquer l'entourage du patient. – Favoriser l'élaboration des projets de soins en incluant toute les équipes de soins et les professionnels de soins de support, dans les situations de fin de vie. – Développer les compétences spécifiques des professionnels en soins palliatifs. Éléments clés Douleur : véritable enjeu de santé publique depuis 1995 – Facteur d'efficacité pour faciliter la guérison des patients. – Principe n°2 de la charte de la personne hospitalisée. – 87% : Indicateur IPAQSS campagne 2019. – 235 structures « douleur chronique » (SDC) pour 227 000 patients traités par an (DGOS 2017). ***	  Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification Les personnes âgées constituent une population : – spécifique en raison de la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. (source HAS) ; – hétérogène, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences. Enjeux nationaux – Développement de la coordination et animation du lien Ville/Hôpital. – Fluidification des parcours et facilitation des admissions directes. – Limitation des passages aux urgences. – Renforcement de la formation pour une meilleure prise en charge des personnes âgées. – Meilleure intégration de la prévention de la dépendance dans les pratiques. – Optimisation de la continuité des soins à la sortie : lutte contre la rupture des parcours et réduction des ré-hospitalisations évitables. Principales données actuelles (Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée - 2018) – Géronto-croissance : en 2030, 1 personne sur 3 aura plus de 60 ans, assortie d'une augmentation de la perte d'autonomie chez le sujet âgé. – Fragilités fonctionnelles, sociales et psychologiques. – Les personnes âgées représentent 29 % des séjours hospitaliers du secteur du court séjour, 40 % de l'HAD et 50 % des SSR. – 45 % des passages aux urgences de personnes âgées sont suivis d'une hospitalisation. – Plus de 30 % d'hospitalisations potentiellement évitables et 18 % de réadmissions non programmées à J30. – 60 % de décès à l'hôpital. • hospitalisation plus fréquentes et durées moyennes de séjour prolongées, • allongement du temps de passages aux urgences, • perte d'autonomie liée à l'hospitalisation de l'ordre de 30 à 60 %. En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ? Pilotage – Adapter et développer une offre de soins en lien avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour les parcours des patients du territoire et participer aux projets territoriaux de parcours (3-1-01). – Participer à la coordination des parcours sur le territoire ou extra territoire dans le cas d'activités de recours (3-1-04). – Fluidifier les parcours : prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales, limiter le temps de passage et favoriser les hospitalisations directes (3-1-07). – Promouvoir la prévention et la détection de la maltraitance ordinaire au sein de l'établissement (3-2-06). ***	  Évaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification → Une infection est dite associée aux soins (IAS) si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. On parle d'infection nosocomiale lorsque l'IAS a été contractée à l'hôpital. → Le malade peut s'infecter avec ses propres micro-organismes, à la faveur d'un acte invasif et/ou en raison d'une fragilité particulière. → Les micro-organismes peuvent aussi avoir pour origine les autres malades (transmission croisée), les personnels ou la contamination de l'environnement hospitalier. Enjeux nationaux – Surveiller les infections associées aux soins. – Développer leur prévention en ciblant les infections les plus fréquentes et les plus graves. – Réduire les risques infectieux associés aux actes de chirurgie et de médecine interventionnelle. – Réduire les infections associées aux dispositifs invasifs. – Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance. – Assurer la promotion de la vaccination des professionnels de santé. Principales données actuelles – Les IAS concernent 5 % des patients hospitalisés soit 470 000 cas/an. – Les IAS les plus courantes sont : • infections urinaires ; • infections du site opératoire ; • pneumonies ; • bactériémies. – C'est la troisième cause d'événement indésirable grave. – 20 à 30 % des IAS sont évitables. – Elles entraînent : • des durées d'hospitalisation prolongées ; • des réinterventions chirurgicales ; • 3000 à 4000 décès/an. • Les risques augmentent avec l'âge du patient, son terrain, et la nature des actes pratiqués : un patient porteur d'un dispositif invasif a un risque d'être infecté multiplié par 4,61. – 25 millions de cathéters veineux /an sont posés aux patients en France. – Faible taux de couverture des personnels de santé pour les vaccins recommandés (grippe < 40%). ***
--	---	---	--

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification, Septembre 2020](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification, Novembre 2020](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification, Décembre 2020](#)

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation des secteurs interventionnels selon le référentiel de certification, Novembre 2020](#)

Rappel sur les critères

Standards :

Attendus de la certification

Impératifs :

Ce que l'on ne veut plus voir dans les établissements



Si une évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification

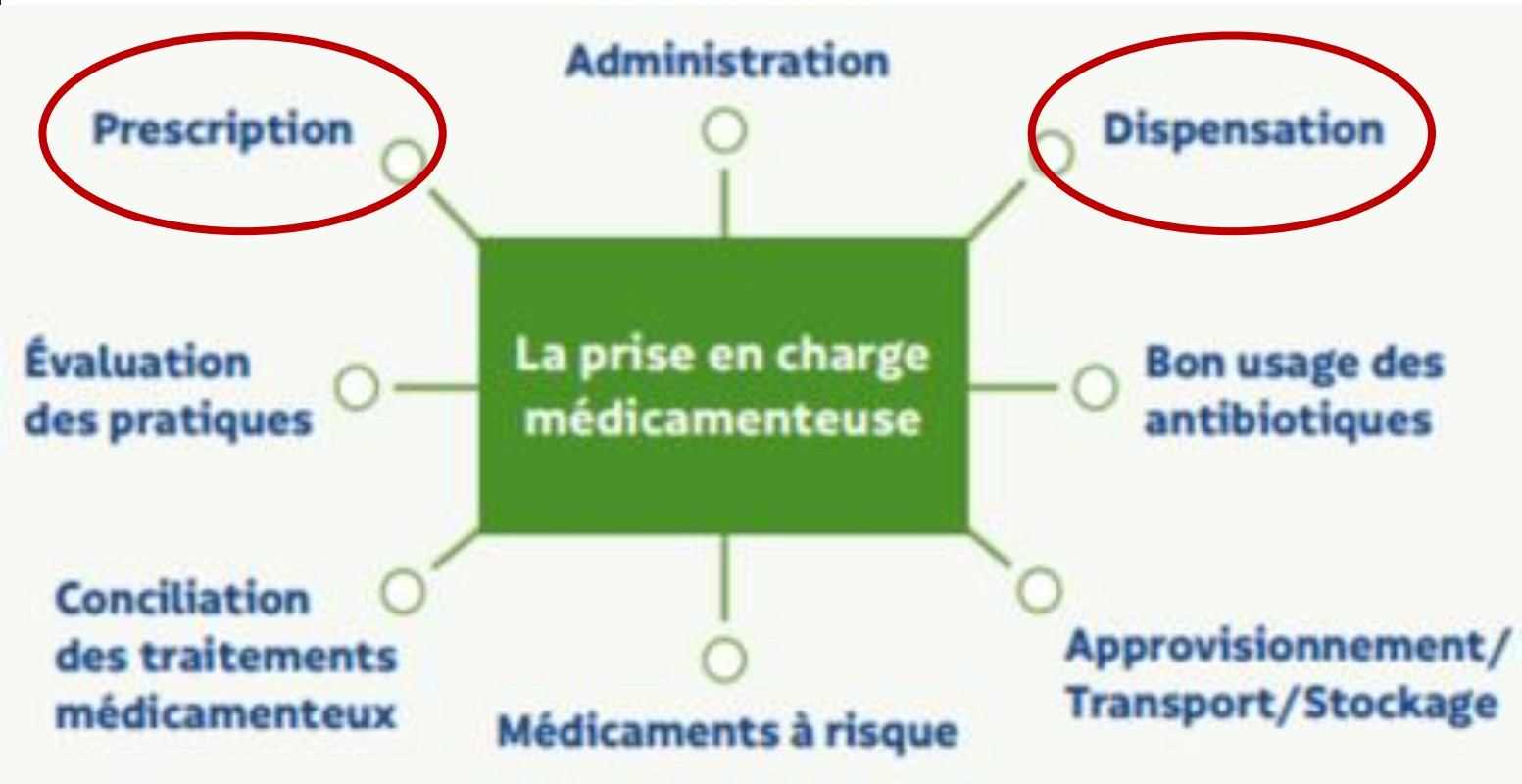
Avancés :

Exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour

FOCUS SUR

La prescription

La dispensation



Prescription

Critère 1.1-09 : le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation	
Patient traceur	
Professionnels	Patient
• Les professionnels s'assurent du bon niveau de compréhension du patient.	• Le patient, en prévision de sa sortie, est informé : – des éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.); – de l'éventuel nouveau traitement prescrit; – des consignes de suivi; – de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées.

Prescription

Critère 2.3-03 : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

CRITERE STANDARD



Le parcours
traceur



Le traceur
ciblé

Éléments d'évaluation			
Parcours Traceur		Traceur ciblé	
Professionnels	Consultation documentaire	Professionnels	Gouvernance
Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services).	Dans le cas d'une non-utilisation du dossier informatisé pharmaceutique, la prescription mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, la durée du traitement.	Le bilan thérapeutique est présent dans le dossier du patient (lettre de liaison ou document de transfert entre deux services).	L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte.

Prescription

Critère 2.3-03 : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

CRITERE STANDARD



Le parcours
traceur



Le traceur
ciblé

LES ATTENDUS

- Réalisée sur support informatique (élément de sécurisation) ou manuscrite (**retranscription non autorisée**)
- Validée par le prescripteur (identité et signature identifiables)
- Niveau d'habilitation des prescripteurs soit vérifié (**liste retrouvée à la PUI**)
- Interrogation des équipes sur leur participation à des audits et ou des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et appropriation des équipes des résultats des évaluations
- Analyse de l'intégralité de la prescription incluant la prise en compte du traitement personnel

VIGILANCE SPECIFIQUE



- Prescriptions dites particulières : anticipée, « si besoin » et prescription orale
- Prescriptions à haut risque : **enfants et personnes âgées, certains types de médicaments (stupéfiants, chimiothérapie etc.) et le type de prescriptions (entrée, sortie, ambulatoire etc.)**
- **Support unique** (prescription + administration)
- **Déploiement de l'informatisation de la prescription** (interfaces entre les services informatisés ou non)

Ordonnance médicale

- ✓ Nom et spécialité du prescripteur
- ✓ N° RPPS
- ✓ Identité du service
- ✓ Date et lieu
- ✓ Informations du patient : nom, prénom, sexe, DDN, poids (obligatoire pour l'enfant), surface corporelle (anticancéreux) etc.
- ✓ Liste des produits prescrits
- ✓ Prescription en DCI
- ✓ Forme galénique
- ✓ Dosage
- ✓ Posologie
- ✓ Voie d'administration
- ✓ Mode d'emploi
- ✓ Durée du traitement
- ✓ Modalités de renouvellement
- ✓ Signature du médecin prescripteur

Dispensation

Critère 2.3-03 : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

CRITERE STANDARD



Le parcours
traceur



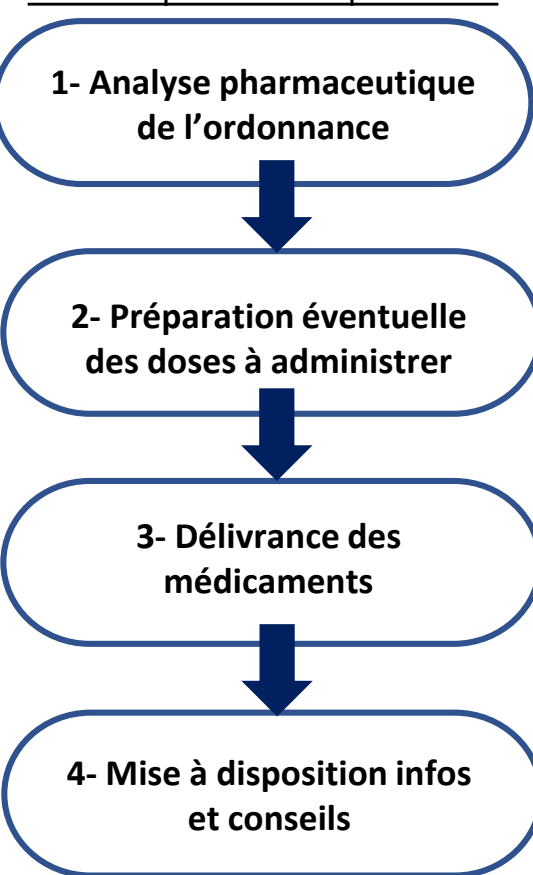
Le traceur
ciblé

LES ATTENDUS

- **Analyse pharmaceutique du traitement global du patient**
 - **Organisation** : quelles données accessibles aux pharmaciens ? Moyens humains disponibles à la pharmacie ? Priorités en matière d'analyse ?
 - **Réalisation** : comment est-elle réalisée selon les profils de patients et des services ?
 - **Prise en compte** : avis pharmaceutiques pris en compte par les médecins ?
- **Préparation des doses à administrer**
 - **Modes de préparation des médicaments** réalisés à l'établissement
 - Leur **adaptation** et leur **sécurisation** en fonction des services, des profils patients, en routine/hors routine
- **Délivrance des médicaments :**
 - **Modes de délivrance des médicaments** : individuelle nominative, globale, reglobalisée...
 - Leur **adaptation** et leur **sécurisation** en fonction des services, des profils patients, en routine/hors routine
- **Mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments**
 - Documents remis aux patients sur les informations à délivrer
 - Conseils et outils sur le bon usage mis à disposition des professionnels



Les 4 étapes de la dispensation

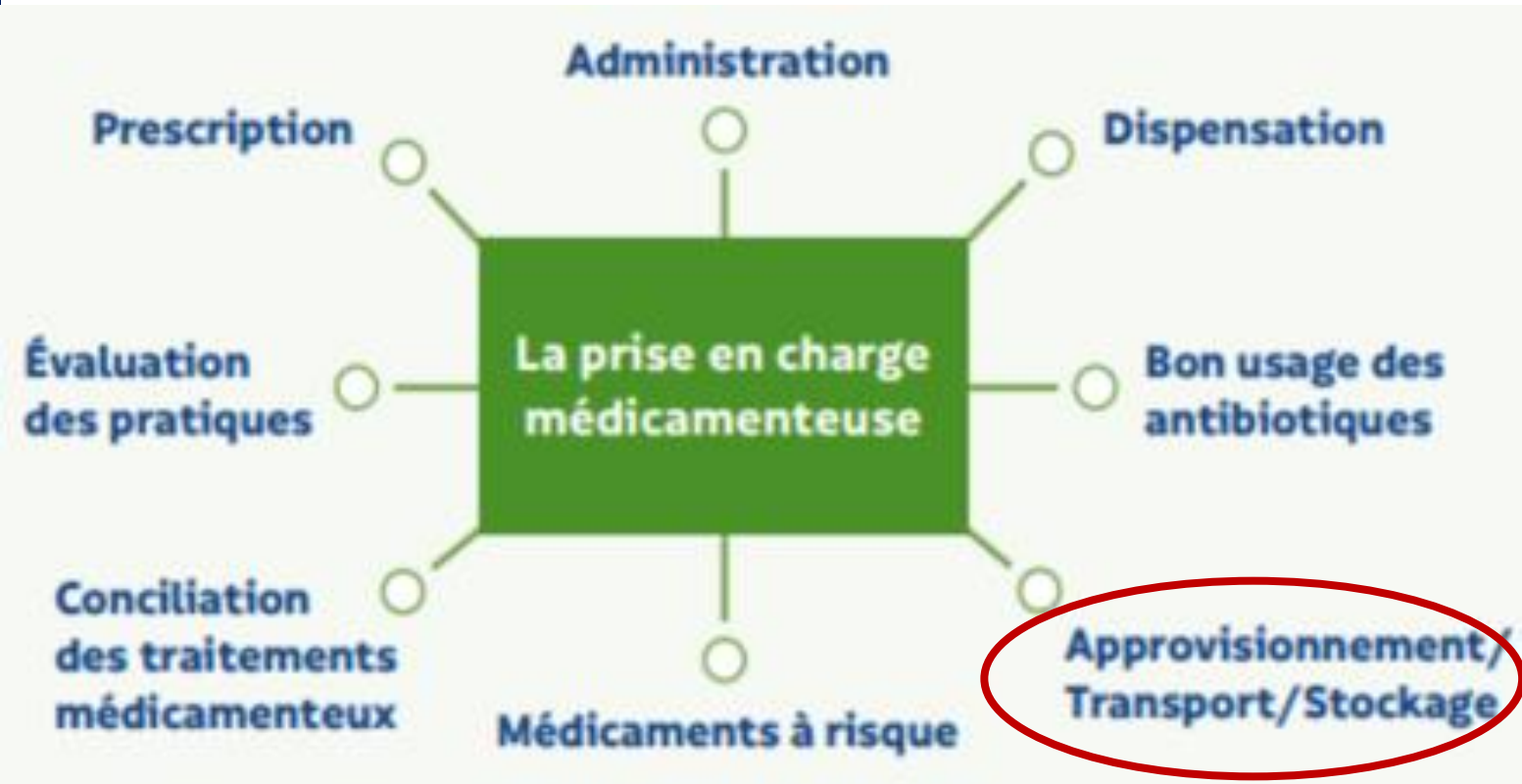


FOCUS SUR

L'approvisionnement

Le transport

Le stockage



Approvisionnement, transport et stockage

Critère 2.3-07 : l’approvisionnement, le stockage et l’accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques **CRITERE STANDARD**



Éléments d'évaluation		
Traceur ciblé		Observation
Professionnels	Gouvernance	• Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (boîtes fermées, conteneurs sécurisés, conservation du froid...). • Le stockage des produits de santé est sécurisé, notamment pour les produits à risque. • Les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées. • Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions de conservation. • Absence de produits périmés.
• Les modalités d’approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé. • Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.	• L’approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels. • Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l’objet d’actions palliatives.	

Approvisionnement, transport et stockage

Critère 2.3-07 : l'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

CRITERE STANDARD



L'observation



Le traceur ciblé

LES ATTENDUS

- Existence et mise en œuvre d'une **procédure de gestion des commandes pour approvisionnement**
- Approvisionnement en 5 étapes : commande, livraison, transport; réception et rangement
- **Gestion des ruptures de stock** (services et pharmacie)
- **Transport des produits de santé et traçabilité**
- Equipements de stockage respectant des règles de **stockage, sécurisation , confidentialité, hygiène, ergonomie et fiabilité**
- Conservation des médicaments dans l'emballage délivré par la PUI (conditionnement industriel d'origine ou formes unitaires reconditionnées à la PUI)

VIGILANCE SPECIFIQUE



- Règles et conditions de stockage **conformes et sécurisés**
- **Responsable du transport** identifié (entre la pharmacie à usage intérieur et unités fonctionnelles)
- **Conditions de transport adaptées** (chariot, chaîne du froid respectée, confidentialité, organisation de transport rapide pour besoins urgents et produits à faible stabilité)
- Organisation de la réception des produits de santé
- Traçabilité des contrôles retrouvée
- Contrôle des quantités au regard des prescriptions faites : le mode de détention et le respect des règles d'étiquetage et de conservation des médicaments
- Pas de stockage à même le sol

FOCUS SUR L'administration



Administration

Critère 2.3-04 : les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation		
Traceur ciblé		Patient Traceur
Professionnels	Consultation documentaire	Patient
• Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables. • Il existe des modalités de contrôle spécifiques et renforcées pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement. • La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.	• L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.	• L'administration per os est contrôlée.



Critère 2.3-04 : les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

CRITERE STANDARD



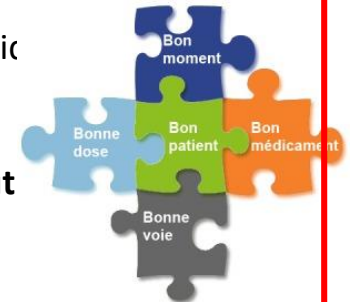
LES ATTENDUS

- **Prescription médicale vérifiée** et prise en compte à chaque étape
- Préparation des médicaments par IDE dans une zone adaptée, au plus proche de l'administration et **pas d'interruption de tâches > facteur d'erreurs médicamenteuses**
- **Outils d'aide à la préparation** disponibles et connues par les professionnels : aide au calcul des doses, tables de conversion, procédures d'administration, liste des médicaments broyables et à ne pas écraser, protocoles, aide à la reconstitution des médicaments injectables
- Concordance **produit, patient et prescription**
- Un **même professionnel habilité (IDE) prépare et administre**
- Participation et information patient et/ou entourage

VIGILANCE SPECIFIQUE



- Piluliers nominatifs et identifiables jusqu'au lit du patient
- Toute préparation doit être étiquetée (attention particulière : chimiothérapies préparées, antiémétiques corticoïdes et intrathécales) et respect des règles d'identitovigilance
- Double vérification (croisée) de la préparation dans un contexte bien précis défini par l'ES
- **Traçabilité de l'administration et de la non administration** au plus près de la prise dans le dossier, **tout non tracé est considéré comme non fait**
- **Information, surveillance** du patient, suivi et observance
- Attention : prescription orale, prescription non adaptée, **respect autonomie**, allergie, gestion du traitement par le patient ou l'entourage



Administration

Critère 1.1-11 : Le patient est informé des produits sanguins labiles (PSL) et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation	
Patient Traceur	
Professionnels	Patient
• Toutes les informations liées aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang administrés au patient lui sont délivrées.	• Le patient reçoit une information sur les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les conduites à tenir en cas d'incident.



Critère 1.1-11 : Le patient est informé des produits sanguins labiles (PSL) et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés

CRITERE STANDARD

LES ATTENDUS

Le patient reçoit une **information orale et écrite** :

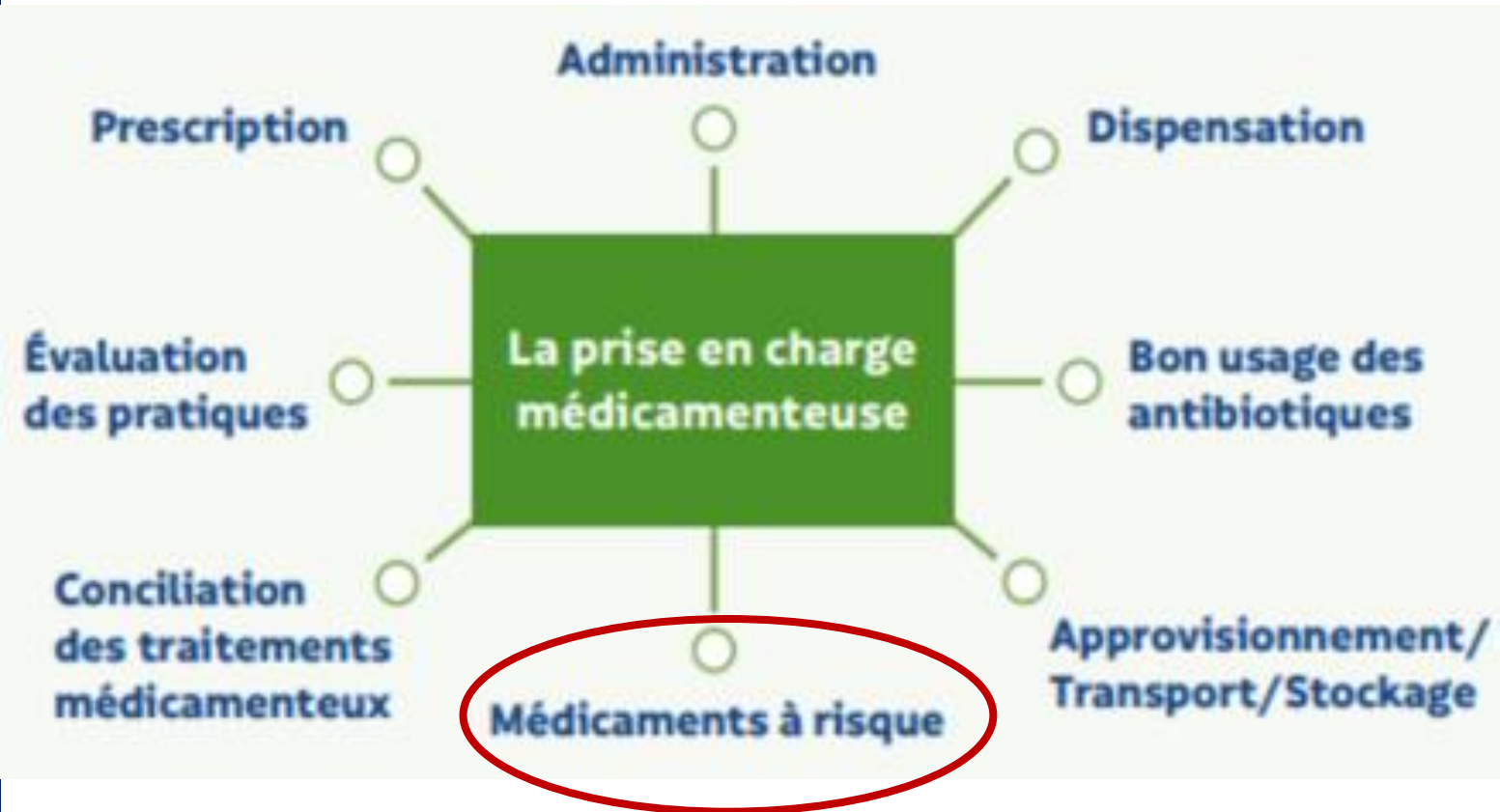
- Adaptée à la situation
- Pré- et post-transfusionnelle
- Tracée dans le dossier
- Qui contient :
 - La nature des produits à transfuser
 - Les bénéfices et les risques
 - Le recueil du consentement
 - La surveillance post-transfusionnelle
 - Les précautions et la conduite à tenir en cas d'incident

Les professionnels :

- Toutes les informations liées au PSL et aux MDS administrés au patient lui sont délivrées.
- La notification de ces informations figure de le Dossier médical partagé, le cas échéant.

Circulaire DGS/SQ n°98-231 du 9 avril 1998 relative à l'information des malades, en matière de risques liés aux produits sanguins labiles et médicaments dérivés du sang, et sur les différentes mesures de rappel effectuées sur ces produits sanguins.

FOCUS SUR Les médicaments à risque



Médicaments à risque



Critère 2.3-06 : les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

CRITERE IMPERATIF

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans leur service et en a connaissance.
- L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance.
- Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.

Médicaments à risque



Critère 2.3-06 : les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

CRITERE IMPERATIF

LES ATTENDUS

- Identification des médicaments à risque : **liste régulièrement révisée et adaptée**
- La sécurisation de l'utilisation des médicaments à risque obéit à 3 objectifs :
 - Prévenir et détecter les erreurs
 - Atténuer les conséquences
 - Informer et sensibiliser les patients, familles et professionnels de santé

VIGILANCE SPECIFIQUE



- **Liste des médicaments à risque** : propre à chaque établissement, pôle d'activité (dépend du type de pathologie prise en charge)
- Mise en place de **barrières de sécurité** pour prévenir les erreurs
- Médicaments principalement concernés : dénomination à risque de confusion, marges thérapeutiques étroites et modalités d'administration particulières (ex : médicaments radio-pharmaceutiques)

Médicaments les plus à risque

- Anticoagulants
- Insulines
- Narcotiques et opiacés
- Sédatifs

Source : Institute for Healthcare Improvement [IHI]

Critère 2.3-06 : les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

CRITERE IMPERATIF

Zoom sur les *Never Events* (Les événements qui ne devraient jamais arriver)

1. Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants
2. Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
3. Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque
4. Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse
5. Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale
6. Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie
7. Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie)
8. Erreur d'administration d'insuline
9. Erreur d'administration de spécialités utilisées en anesthésie réanimation au bloc opératoire
10. Erreur d'administration de gaz à usage médical
11. Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques, ...)
12. Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidoses de sérum physiologique, solution antiseptique, ...) notamment à la maternité ou en pédiatrie

Liste (établie par l'ANSM et la DGOS) d'événements qui ne devraient jamais arriver

Les "Never Events" sont des événements indésirables graves évitables, qui n'auraient pas dû survenir si des mesures de prévention adéquates avaient été mises en œuvre.

La liste est inspirée de la démarche des "Never Events" du *National Health Service (NHS)* en GB adapté aux spécificités des pratiques françaises. La liste la plus connue est celle de l'*Institute for Safe Medication Practices (ISMP's List of High Alert Medications)*.

www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf

FOCUS SUR La conciliation



Conciliation

Critère 2.2-07 : la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

CRITERE AVANCE



Éléments d'évaluation	
Traceur ciblé	
Professionnels	Gouvernance
• La conciliation médicamenteuse est mise en oeuvre pour les situations les plus à risque.	• L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux

Conciliation



CRITERE AVANCE

Critère 2.2-07 : la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

LES ATTENDUS

- La conciliation n'est pas : de l'analyse pharmaceutique (critère 2.3-03), de la révision globale des traitements, de l'éducation thérapeutique du patient, RMM, REMED, CREX etc. (évalués dans d'autres critères spécifiques)
- Traçabilité des différentes étapes sur les supports respectifs
- Choix des secteurs, situations ou profils de patients concernés par la conciliation du traitement médicamenteux (CTM)
- Niveau de développement de l'établissement
- Critères de priorisation pris en compte
- Niveau d'intégration de la conciliation médicamenteuse au sein de l'équipe
- Type de CTM (proactive ou rétroactive)

Les 4 étapes de la conciliation

1- Le recueil d'information



2- La rédaction du bilan médicamenteux



3- La validation du bilan médicamenteux



4- Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux

VIGILANCE SPECIFIQUE



- Retrouver au moins **3 sources d'informations** parmi le patient, les prescriptions, le dossier pharmaceutique, le médecin traitant ou l'IDE libérale
- Les 4 étapes de la conciliation du traitement médicamenteux avec réalité de l'échange médico-pharmaceutique
- Traçabilité des 4 étapes dans le dossier patient

CRITERE AVANCE



Les étapes	Intervenants	Contenu	Traçabilité
1) Le recueil d'information	Tout professionnel de santé	Au moins 3 sources d'information	Fiche de recueil des médicaments par source d'information/fiche de CM à l'admission
2) La rédaction du bilan médicamenteux (BM)	Validation du BM par le pharmacien	Liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, sur prescription médicale ou non (automédication)	Support sur lequel figure le résultat de la comparaison du bilan à la prescription
3) La validation du BM			Fiche de conciliation des traitements médicamenteux (CTM)
4) Le partage et l'exploitation du BM	Concerne l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient	Prise en compte par le prescripteur tracée sur la fiche de CTM et information du patient (par médecin, pharmacien, sage-femme ou infirmière)	Traçabilité via fiche d'information patient

Bilan thérapeutique ou bilan médicamenteux optimisé :

- Etablir la **liste exhaustive et complète des médicaments** pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation
- Résultats d'une synthèse des informations sur tous les médicaments identifiés

Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec – Annexe 1

- Intègre le **traitement habituel** du patient à l'entrée et **toutes les modifications** (arrêt, suspension, initiation, modification de posologie) durant le séjour

HAS – Manuel : Certification des établissements de santé – Octobre 2020

[illegible]

Bilan thérapeutique & Conciliation

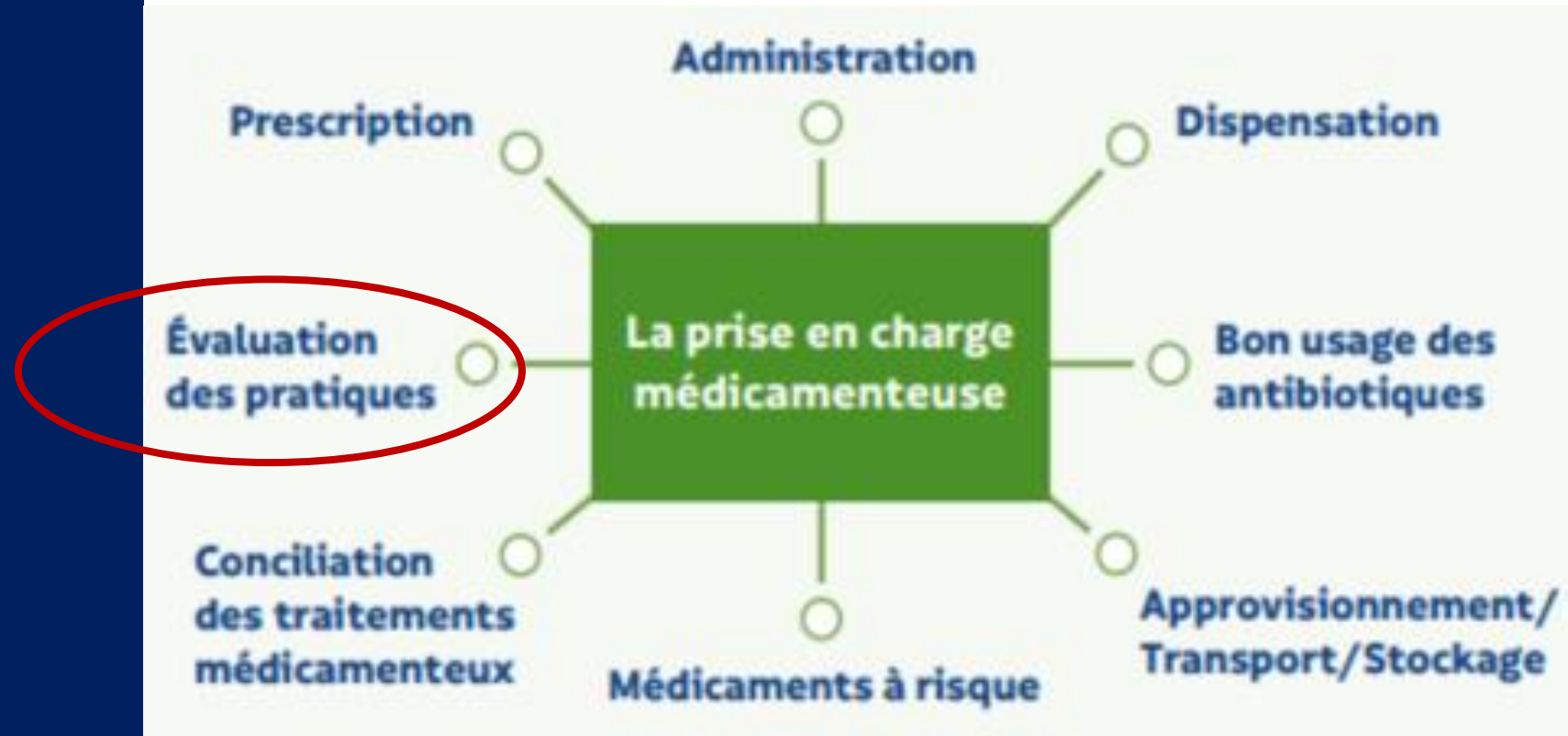
Critère 2.3-08 : Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation	
Patient traceur	
Professionnels	Consultation documentaire
Les équipes expliquent et fournissent au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie (après son séjour).	Le bilan thérapeutique des traitements est tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et intégré dans la lettre de liaison.

FOCUS SUR L'évaluation des pratiques



Evaluation des pratiques

Critère 2.4-04 : les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins



Le parcours
traceur

CRITERES IMPERATIFS

Éléments d'évaluation

Parcours traceurs

Professionnels

- Les EIAS sont déclarés et partagés.
- L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins : revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, etc.
- Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM – Association of Litigation and Risk Management).
- L'équipe met systématiquement en oeuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS est suivi.

Evaluation des pratiques

Critères 3.3-01 : la gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins



CRITERES IMPERATIFS

Éléments d'évaluation	
Audit Système	
Professionnels	Gouvernance
• Les actions concrètes du programme qualité sont connues. • Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour de nouvelles actions.	• Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles. • La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins. • La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain.

Evaluation des pratiques

Critère 2.4-04 : les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins

Critères 3.3-01 : la gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

CRITERES IMPERATIFS



Le parcours
traceur



L'audit
système

LES ATTENDUS

- Etat d'avancement du CAQES : évaluation annuelle
- Suivi des indicateurs IQSS
 - IQSS ATBIR : indicateur de processus sur les Bonnes Pratiques d'Antibiothérapie
 - IQSS QLS : indicateur de processus sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie
- Mise en place d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)*
- Réalisation d'autodiagnostic sur la prise en charge du médicament (InterDIAG...)
- Analyse collective des erreurs médicamenteuses (Revue de Mortalité et Morbidité (RMM), Comité de Retour d'Expérience (CREX) et Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs médicaux associés (REMED))

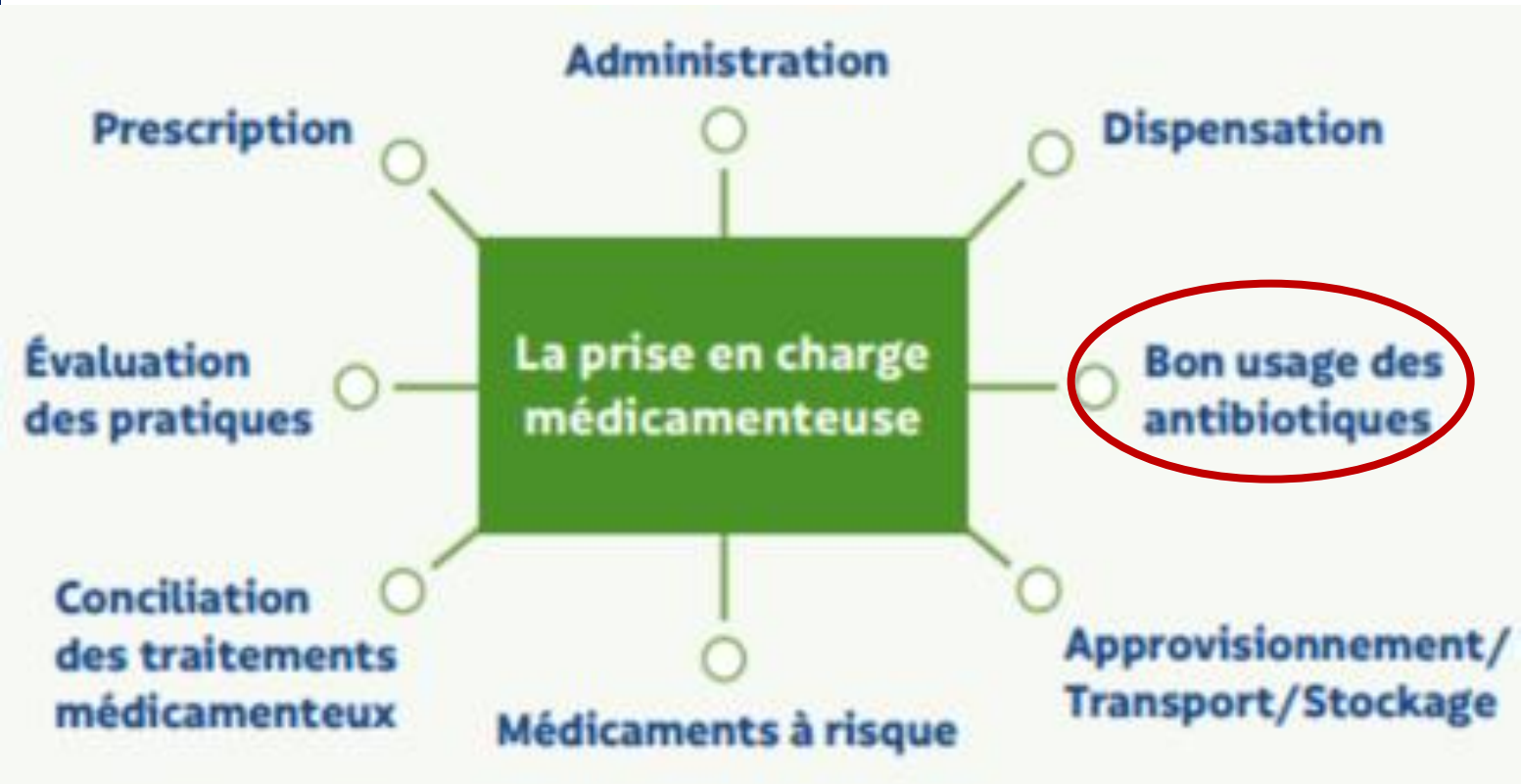
VIGILANCE SPECIFIQUE



- **Tous les acteurs doivent être impliqués sur les évaluations du circuit** (lien indissociable avec l'équipe qualité de l'établissement)
- Evaluations mises en œuvre sur les étapes clés du circuit du médicament
- Actions d'amélioration correctives sont réalisées après les évaluations

* pertinence prescription d'antibiotiques, bon usage des antibiotiques, évaluations vis-à-vis de population à risques spécifiques, suivi des événements indésirables dus aux médicaments, audit annuel de la prise en charge des médicaments

FOCUS SUR Le bon usage des antibiotiques



Le bon usage des antibiotiques

Critère 2.1-06 : la pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation

Traceur Ciblé

Professionnels

- Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.
- Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).
- Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont systématiques.
- Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.

Le bon usage des antibiotiques

Critère 2.1-06 : la pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

CRITERE STANDARD



LES ATTENDUS

- **Justification de la prescription** tracée explicitement dans le dossier
- Justification du médecin si traitement > 7 jours
- Les prélèvements microbiologiques sont effectués **avant la prescription d'antibiotiques** et sont retrouvés dans le dossier
- **Alerte** pour réviser l'antibiothérapie et réévaluer la pertinence
- **Evaluations régulières** de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure (réalisées et tracées)
- Formalisation de recommandations locales (protocoles) de références réactualisées, présence d'un **réfèrent antibiothérapie** (externe ou interne)
- Diffusion des résultats d'évaluations
- Formation au bon usage des antibiotiques de l'ensemble du personnel impliqué
- Information des patients et/ou des proches

FOCUS SUR

La prise en charge de la douleur



Prise en charge de la douleur



Critère 1.2-08 : le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

**CRITERE
IMPERATIF**

Éléments d'évaluation		
Patient traceur		
Professionnels	Patient	Consultation documentaire
• Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur.	• Le patient évalue sa douleur dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur.	• L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription « si besoin » est réalisée, le besoin – niveau de douleur – est précisé).

Prise en charge de la douleur



CRITERE IMPERATIF

Critère 1.2-08 : le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

- La douleur doit être **systématiquement recherchée** (mesure par une échelle validée) et réévaluée
- Traitement** : médicamenteux ou non médicamenteux
- Recommandations de bonnes pratiques ou protocoles**
- Dans le dossier patient** : évaluation et échelle utilisée, conduite à tenir, **protocole de prescription d'antalgique « si besoin »**, réévaluation suite à un traitement, transmissions ciblées sur la douleur, **prescription du « si besoin »** signée par le médecin et précisant le niveau de douleur qui déclenche l'administration

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la douleur et des soins palliatifs selon le référentiel de certification

La douleur est un symptôme. Elle doit être soulagée rapidement. L'évaluation de la douleur et toutes décisions de prise en charge sont tracées et renseignées. La douleur du patient doit être systématiquement recherchée et c'est elle qui fait foi.

Les soins palliatifs sont considérés comme une prise en charge. Ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. Ce sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort.

La loi n°2016-87 du 2 février 2016 relative aux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dispose, que :
« Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie. Il doit en informer le malade, sans préjudice du quatrième alinéa de l'article L. 1111-2, la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches du malade. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. »

Enjeux nationaux

- Rendre le patient acteur dans sa prise en charge de la douleur.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels.
- Avoir recours à des expertises ou avis spécialisés.
- Renforcer la prise en charge de la douleur en fin de vie.
- Impliquer l'entourage du patient.
- Favoriser l'élaboration des projets de soins en incluant toute les équipes de soins et les professionnels de soins de support, dans les situations de fin de vie.
- Développer les compétences spécifiques des professionnels en soins palliatifs.

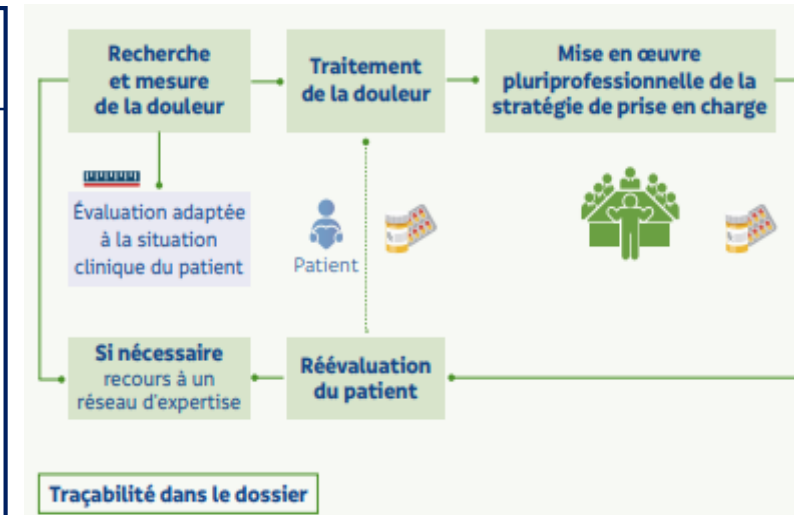
Éléments clés

Douleur : véritable enjeu de santé publique depuis 1995

- Facteur d'efficacité pour faciliter la guérison des patients.
- Principe n°2 de la charte de la personne hospitalisée.
- 87% : Indicateur IPACQS campagne 2019.
- 235 structures « douleur chronique » (SDC) pour 227 000 patients traités par an (DGOS 2017).

Prescription conditionnelle : « si besoin »

- ✓ Conditions d'administration **clairement établies**
- ✓ Nombre maximal d'administrations par période de 24h avec intervalle temporel entre 2 prises consécutives
- ✓ **Niveau de douleur qui déclenche l'administration**
- ✓ **Durée maximal** du traitement
- ✓ Application à **un seul patient**



FOCUS SUR

Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie



Bonnes pratiques d'antibioprophylaxie

Critère 2.3-12 : les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

CRITERE IMPERATIF



Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- L'équipe applique les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.
- Tous les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel, respectant les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.
- La prescription d'antibioprophylaxie utile est systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire et est tracée dans le dossier du patient, et elle est vérifiée lors de la check-list.
- Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique de l'établissement et l'équipe opérationnelle d'hygiène, et des actions d'amélioration sont engagées. Ce point doit faire l'objet d'une vérification ultime lors de la check-list. S'il est constaté des dysfonctionnements de la réalisation de l'antibioprophylaxie, un plan d'action est mis en place, allant jusqu'à la vérification formelle de ce point à l'occasion de la check-list.

Bonnes pratiques d'antibioprophylaxie

Critère 2.3-12 : les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

CRITERE IMPERATIF

- Protocoles d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée actualisés, pour les actes interventionnels réalisés
- **Prescription** de l'antibioprophylaxie en **préopératoire** par l'anesthésiste ou le chirurgien
- Traçabilité dans le dossier
- Administration et durée du traitement **conformes au protocole**
- **Vérification de l'antibioprophylaxie sur la check-list**

A savoir

- L'antibioprophylaxie **divise par 2 les complications infectieuses** en chirurgie propre et propre/contaminée
- Administration selon des **protocoles actualisés et évalués**
- Débutée **avant l'intervention** (dans les 30 minutes le plus souvent)
- Durée de **prescription brève**

- 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/R
- La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »
Version 2018

« Vérifier ensemble pour décider »

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIEQUE Temps de pause avant anesthésie	AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)	APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération
1 L'identité du patient est correcte ☐ Oui ☐ Non* 2 L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal ☐ Oui ☐ Non* 3 L'intervention et le site opératoire sont confirmés : - idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ☐ Oui ☐ Non* 4 La documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ☐ Oui ☐ Non* 5 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient ☐ Oui ☐ Non* 6 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ☐ Oui ☐ Non* 7 L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient - pour la partie chirurgicale ☐ Oui ☐ Non* 8 Le patient présente-t-il un : - risque allergique ☐ Non ☐ Oui* 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* 10 La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non*	1 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgien(s), anesthésiste(s), IDE ☐ Oui ☐ Non* 2 Identité patient confirmée ☐ Oui ☐ Non* 3 Intervention prévue confirmée ☐ Oui ☐ Non* 4 Site opératoire confirmé ☐ Oui ☐ Non* 5 Installation correcte confirmée ☐ Oui ☐ Non* 6 Documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ☐ Oui ☐ Non* 7 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (time-out) - sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) ☐ Oui ☐ Non* 8 Sur le plan anesthésique (acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]) ☐ Oui ☐ Non* 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* 10 La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non*	1 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : - de l'intervention enregistrée ☐ Oui ☐ Non* 2 du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ☐ Oui ☐ Non* 3 de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ☐ Oui ☐ Non* 4 Si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ☐ Oui ☐ Non* 5 Les prescriptions et la surveillance post-opératoires (y compris les seuils d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient ☐ Oui ☐ Non*

Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A

Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *

ATTENTION SI ENFANT !

Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.
Autorisation d'opérer signée.
Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.
Prévention du Trousseau.
Seuils d'alerte en post-op définis.

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe
Chirurgien Anesthésiste / IDE Coordonnateur CL

→ DÉCISION FINALE

GO = OK pour incision
NO GO = Pas d'incision !

Si No Go : conséquence sur l'intervention ? ☐ Retard ☐ Annulation

N/A : Non Applicable pour cette intervention; N/R : Non Recommandé pour cette intervention

FOCUS SUR

La maîtrise du risque de dépendance iatrogène



Maîtrise du risque de dépendance iatrogène

Critère 2.3-16 : les équipes pluri professionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation		
Patient traceur		
Professionnels	Patient	Consultation documentaire
• Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soin de la personne âgée sont recherchés et tracés par l'équipe (recherche des six causes principales de décompensation lors de l'hospitalisation d'un patient âgé : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments).	• Le patient, notamment âgé, ses proches et/ou aidants sont informés du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et de son évaluation.	• Des actions de prévention et des interventions pluriprofessionnelles de prévention et de traitement précoce de ces facteurs de risque sont mises en oeuvre et tracées dans le dossier.

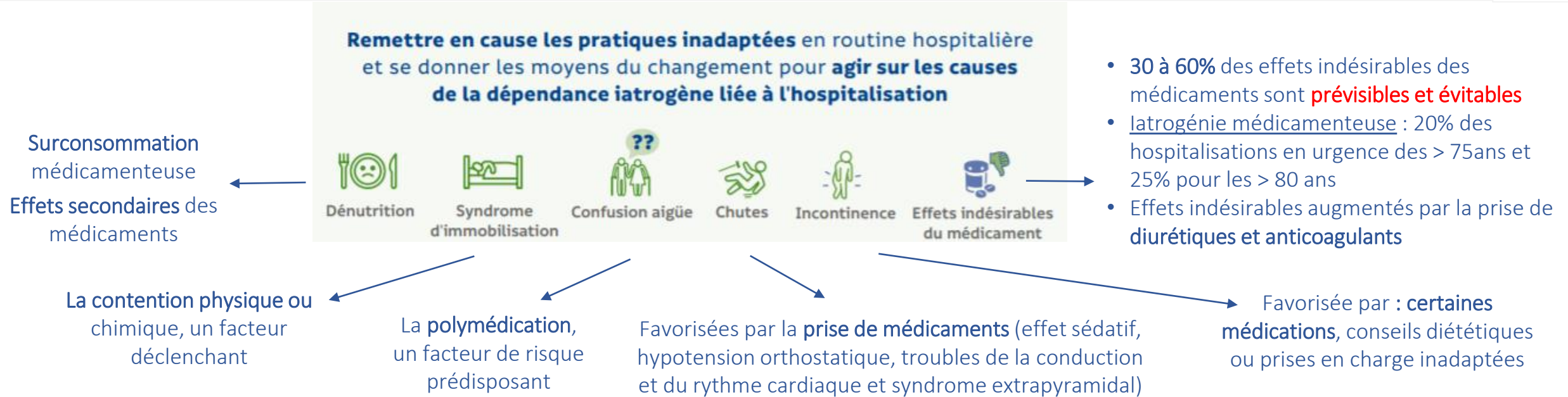
Maîtrise du risque de dépendance iatrogène



Le patient traceur

Critère 2.3-16 : les équipes pluri professionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène

CRITERE STANDARD



- 30 à 60% des effets indésirables des médicaments sont **prévisibles et évitables**
- Iatrogénie médicamenteuse : 20% des hospitalisations en urgence des > 75ans et 25% pour les > 80 ans
- Effets indésirables augmentés par la prise de diurétiques et anticoagulants

LES ATTENDUS

- Mise en place de **stratégies d'interventions, de prévention et de traitement** des principales causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation
- Adopter des réflexes de bonnes pratiques de prise en charge et de surveillance
- Prise en charge coordonnée, pluridisciplinaire et pluri professionnelle

Exemples d'intervention de prévention et de traitement

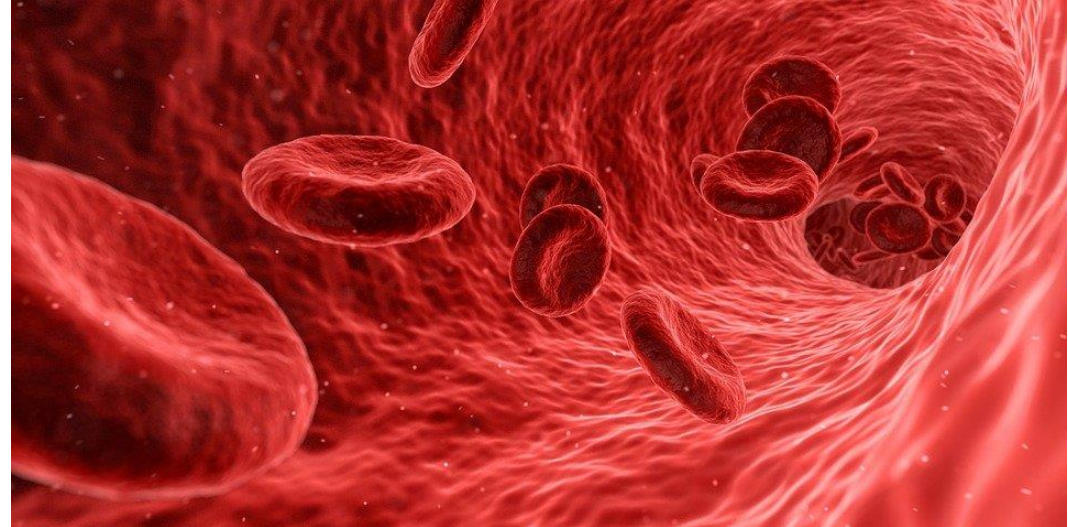
- mettre la personne âgée au fauteuil ;
- lui proposer autant que possible de marcher ;
- la laisser aller aux toilettes toute seule si elle était capable de le faire avant l'hospitalisation ;
- éviter tous les médicaments potentiellement sédatifs ;
- être vigilant sur les apports alimentaires ;
- surveiller le poids, etc.
- l'utilisation de protections ou sondes urinaires de manière inappropriée.

Vous porterez une attention particulière à la dépendance contrainte qui peut avoir des conséquences graves sur l'autonomie du patient âgé. Par exemple :

- l'utilisation inappropriée de contentions physiques par « souci de sécurité » de type barrières de lit ;
- l'utilisation de protections ou sondes urinaires de manière inappropriée.

FOCUS SUR

Les médicaments dérivés du sang



Produits sanguins labiles

Critère 2.1-07 : la pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL ~~et MDS~~) est argumentée

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation

Parcours traceur

Professionnels

- L'analyse **bénéfice/risque** est réalisée pour tout acte de transfusion.
- L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est régulièrement réalisée.

5. Les bonnes pratiques transfusionnelles

Dossier transfusionnel					
Transfusions antérieures	Information patient Courrier médecin traitant et suivi	Prescription médicale des produits sanguins	Fiche de distribution nominative Fiche transfusionnelle	Examens biologiques pré et post-transfusionnels	Fiche d'incident le cas échéant
Dossier clinique					
Surveillance signes cliniques et constantes 15 premières minutes et à intervalle régulier					

Évaluation des pratiques

- pertinence des indications
- taux de destruction



~~et MDS~~ : Ajustement du référentiel en septembre 2021

FOCUS SUR Les dispositifs médicaux



Critère 1.1-10 : le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes appropriées

CRITERE STANDARD



Le patient
traceur

En application du règlement européen 2017/745 du 5 avril 2017 (article 18) relatif aux dispositifs médicaux implantables

Eléments d'évaluation

Patient traceur

Patient

Les patient sont informés :

- **Avant la pose** du Dispositif médical implantable (DMI)
- Des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident reçoivent toutes autres informations destinées à garantir l'utilisation sûre du dispositif

Consultation documentaire

- La pose du DMI, son identification et l'information du patient sont tracées :
 - Dossier Patient
 - Lettre de liaison et/ou les documents de sortie
 - Et s'ils existent, Dossier médical partagé et le dossier pharmaceutique

Professionnels

- Les professionnels doivent remettre la **carte d'implant** contenant toutes les informations liées au DMI au patient à sa sortie

CARTE D'IMPLANT

Elle comprend :

- *Identification du DM (IUD)*
- *Dénomination du DM*
- *Modèle du dispositif*
- *Numéro de série / Numéro de lot*
- *Nom, adresse et site internet du fabricant*

L'établissement complète :

- *Nom du patient / Identifiant*
- *Nom et adresse de l'établissement ayant réalisé l'acte*
- *Nom du médecin utilisateur*
- *Date d'implantation*
- *Mises en garde, précautions ou mesures à prendre par le patient ou par professionnel de santé*



Dispositifs Médicaux

Critères 2.3-13 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux traitements et au stockage des dispositifs médicaux (DMx) réutilisables

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation	
Traceur ciblé	
Professionnels	Consultation documentaire
• L'équipe assure le suivi d'indicateurs de prévention des infections. • Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux réutilisables et des équipements de désinfection et de stockage sont connus des équipes. • Les professionnels chargés de la désinfection sont formés. • La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables dans les secteurs interventionnels est disponible et actualisée.	• Le compte rendu d'examen identifie les dispositifs médicaux réutilisables utilisés. • La traçabilité de la désinfection est complète.

Dispositifs Médicaux



Critères 2.3-13 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux traitements et au stockage des dispositifs médicaux (DMx) réutilisables

CRITERE STANDARD

LES ATTENDUS

- **Traçabilité** des DM dans le dossier du patient, au sein du bloc et à la **pharmacie**
- **En temps réel à chaque étape et par chaque acteur**
- **Informatisée** : logiciel spécifique/ou non, partagé/ou non avec la PUI et les secteurs
- **Papier** : s'assure de l'exhaustivité de la traçabilité
- Déclaration sans délai à l'ANSM de tous les incidents ou risques d'incidents
- 1 DM = 1 identifiant unique attribué (système UDI)
- La **liste du parc actif des DM réutilisables** dans les secteurs interventionnels est disponible et actualisée
- Les **résultats des contrôles microbiologiques** des DM réutilisables et des **équipements de désinfection et de stockage** sont connus des équipes
- **DM traçables** définis par l'arrêté du 26 janvier 2007 (JO du 10/02/2007)
 - **DM incorporant une substance**, qui si elle est utilisée séparément est susceptible d'être considérée comme un produit dérivé du sang
 - Les **valves cardiaques**
 - Tous les **autres DMI y compris les implants dentaires à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse**
- **Éléments dans le dossier patient** : identification du DM, dénomination, numéro de série ou lot, nom du fabricant ou mandataire, date d'utilisation, nom du médecin ou chirurgien-dentiste

5. Le circuit des dispositifs médicaux implantables (DMI) et non implantables (DM)



Informations

Données au patient avant la pose sur :

- les mises en garde
- les précautions
- les conduites à tenir en cas d'accident

Carte d'implant

Fournie par le fabricant à l'établissement qui doit la compléter et la transmettre au patient

Traçabilité

Traçabilité sanitaire
Matérovigilance

- identification DM
- pose du DM
- information patient

Classification des DMx selon leur risque

Classe I (risque le plus faible) : lunettes correctrices, béquilles etc.

Classe IIa (modéré/mesuré) : lentilles de contact, couronnes dentaires, échographes etc.

Classe IIb (potentiel élevé/important) : préservatifs etc.

Classe III (risque le plus élevé) : implants mammaires, stents, prothèses de hanche etc.

+ Marquage CE obligatoire

Dispositifs Médicaux

Critère 2.3-14 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

CRITERE STANDARD



Le patient
traceur



Le traceur
ciblé

Éléments d'évaluation

Traceur ciblé

Professionnels

- L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs.
- L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée, et les connaît.
- La date de pose du dispositif est tracée dans le dossier du patient.
- La pertinence du maintien du(des)dispositif(s) invasif(s) est réévaluée quotidiennement.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels.

Patient traceur

Patient

- Le pansement sur le dispositif est transparent pour la surveillance du site d'insertion (abord vasculaire).
- Le système de sondage urinaire est un système clos et la tubulure est correctement placée (drainage urinaire).
- Le patient est placé en position demi-assise (ventilation assistée, hors contexte spécifique).



Dispositifs Médicaux

Critère 2.3-14 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

CRITERE STANDARD



Le patient
traceur



Le traceur
ciblé

LES ATTENDUS

Pour rappel, une maîtrise de la désinfection des DMx réutilisables permet de prévenir le risque infectieux.

Concernant le patient :

- Le **pansement sur le dispositif** doit être **transparent** pour la **surveillance des signes d'infection** du site d'insertion (abord vasculaire)
- Le **système de sondage urinaire** doit être un **système clos**, et la **tubulure** doit être **correctement placée** (drainage urinaire).
- En cas de ventilation assistée (hors contexte spécifique), le patient doit être placé en **position demi-assise**.

Concernant les professionnels :

- L'équipe est **formée** aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs.
- L'équipe dispose des **protocoles** de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée, et les connaît.
- La date de pose du dispositif est tracée dans le dossier du patient.
- La pertinence du maintien du(des)dispositif(s) invasif(s) est réévaluée quotidiennement.
- L'équipe évalue ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels.

Prévention des Infections liées aux actes interventionnels

Bonnes pratiques

Douche préopératoire



Antiseptie champ opératoire



Check-list

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU SOIN OPÉRATOIRE »	
à réaliser avant tout acte opératoire	
AVANT L'INTERVENTION CHIRURGICALE	AVANT L'INTERVENTION MÉDICALE
☐ 1. Vérifier l'identité du patient et le site opératoire.	☐ 1. Vérifier l'identité du patient et le site opératoire.
☐ 2. Vérifier la pertinence de l'acte opératoire.	☐ 2. Vérifier la pertinence de l'acte opératoire.
☐ 3. Vérifier la date de pose du dispositif.	☐ 3. Vérifier la date de pose du dispositif.
☐ 4. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.	☐ 4. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.
☐ 5. Vérifier la date de pose du dispositif.	☐ 5. Vérifier la date de pose du dispositif.
☐ 6. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.	☐ 6. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.
☐ 7. Vérifier la date de pose du dispositif.	☐ 7. Vérifier la date de pose du dispositif.
☐ 8. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.	☐ 8. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.
☐ 9. Vérifier la date de pose du dispositif.	☐ 9. Vérifier la date de pose du dispositif.
☐ 10. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.	☐ 10. Vérifier la pertinence du maintien du dispositif.

La **préparation cutanée** vise à diminuer la quantité de microorganismes sur la peau, elle comporte la douche préopératoire et l'antiseptie du champ opératoire. Si un traitement des pilosités est nécessaire, il ne doit pas être réalisé par rasage, mais par tonte ou crème dépilatoire.

L'**antibioprophylaxie** **divise par 2 les complications** infectieuses en chirurgie propre et propre/contaminée. Elle est administrée selon des protocoles actualisés et évalués qui précisent le moment de l'administration et la durée du traitement. Elle doit être débutée avant l'intervention (dans les 30 minutes le plus souvent), afin que l'antibiotique soit présent avant que ne se produise la contamination bactérienne.

La **durée de la prescription doit être brève** afin de réduire le plus possible le risque écologique de germes résistants entraîné par toute antibiothérapie. Une injection unique préopératoire a prouvé son efficacité pour de nombreuses interventions et la prescription au-delà de 48 heures n'est pas recommandée.

FOCUS SUR L'HAD

Hospitalisation A Domicile



Critère 2.3-05 : les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé



CRITERES STANDARDS

Éléments d'évaluation		
Traceur ciblé	Patient traceur	
Professionnels	Patient	Professionnels
• L'équipe évalue ses pratiques de sécurisation du circuit des produits de santé de l'entrée à la sortie.	• Des dispositions spécifiques de sécurisation (livraison, stockage, déchets) du circuit des produits de santé sont mises en place en tenant compte du domicile.	• Des dispositions spécifiques de sécurisation du circuit des produits de santé sont effectives.

Critère 2.2-13 : Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent

CRITERES STANDARDS

Éléments d'évaluation	
Traceur ciblé	
Professionnels	Consultation documentaire
• Une réunion pluriprofessionnelle au cours du séjour a lieu en présence du médecin coordonnateur. • Un protocole de soins, renseigné, précisant les intervenants, daté, a été communiqué au médecin traitant.	• Les coordonnées de l'ensemble des intervenants du patient hospitalisé à domicile sont tracées dans son dossier.

Critère 2.3-05 : les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé

Critère 2.2-13 : Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent

CRITERES STANDARDS



Le parcours
traceur



Le traceur
ciblé



Le patient
traceur



LES ATTENDUS

- La **sécurisation** des produits de santé tient compte de :
 - La capacité du patient et/ou de ses proches et/ou aidants d'administrer les traitements
 - Le contexte psychosocial du patient
 - La complexité du traitement
 - Les conditions de stockage chez le patient au regard de son environnement familial (présence enfants)
 - Les coordonnées de l'ensemble des intervenants du patient hospitalisé à domicile sont tracées dans son dossier
 - Un protocole de soins, renseigné, daté et précisant les intervenants, a été communiqué au médecin traitant.
- **Des dispositions spécifiques de sécurisation du circuit des produits de santé sont effectives.**
- **L'équipe évalue ses pratiques de sécurisation du circuit des produits de santé de l'entrée à la sortie.**
- **L'équipe de l'HAD coordonne les différents professionnels et organise leur intervention pour assurer la continuité des soins.**
- Approvisionnement : officines de ville, PUI de centres hospitaliers (par convention), PUI personnelle quand ils en disposent ou celle de l'établissement de rattachement si HAD intégré, prestataires ou en interne (autres produits)

FOCUS SUR

Les recommandations vaccinales



Les recommandations vaccinales

Critère 2.3-17 : les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé

CRITERE STANDARD



Éléments d'évaluation

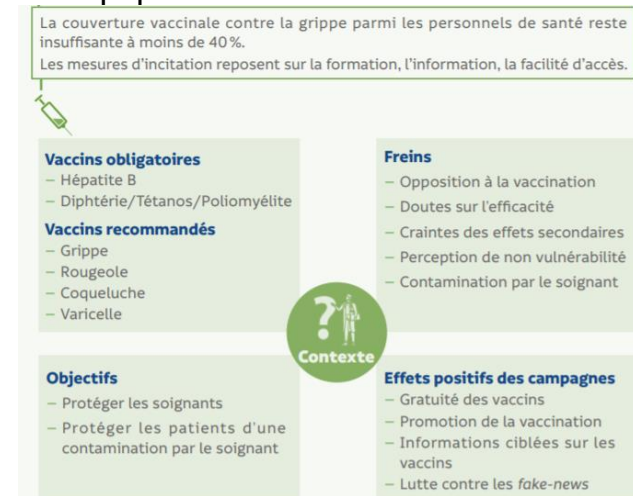
Audit système

Gouvernance

- L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole et grippe saisonnière) et connaît la couverture vaccinale recommandée et la valeur de l'IQSS « Vaccination antigrippale ».
- L'établissement met gratuitement à disposition des personnels les vaccinations recommandées.
- La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services...).
- L'établissement analyse ses résultats ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en oeuvre des actions d'amélioration le cas échéant.

Professionnels

- L'équipe est sensibilisée à l'importance des vaccinations : grippe, rougeole, coqueluche, varicelle.
- Les professionnels des équipes de soins connaissent leur couverture vaccinale.



Ajustement du référentiel septembre 2021

[HAS, Fiche pédagogique – Evaluation de la prévention des infections associées aux soins selon le référentiel de certification, Novembre 2020](#)

Autres critères transversaux en lien avec la PECM

Critères standards transversaux en lien avec la PECM

Focus PATIENT

1.1-06 : Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge.

- Le patient se sent impliqué dans sa prise en charge (s'il le souhaite).
- Le patient sait ce qu'il peut faire pour gérer ses soins, accélérer sa convalescence, éviter des complications.
- Dans le cas d'un isolement pour risque de transmission d'agents infectieux, les règles imposées au patient par les équipes lui sont expliquées.
- Le patient bénéficie d'actions d'information, d'actions éducatives, de formations adaptées qui favorisent son implication dans sa prise en charge.



1.1-17 : Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction.

- Le patient peut s'exprimer sur son expérience quant à sa maladie. Son point de vue est pris en compte.
- Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires de satisfaction).
- Le patient est informé des modalités pour soumettre une réclamation durant et après son séjour.
- Le patient est informé des modalités pour déclarer tout événement indésirable grave lié à ses soins (EIGS).
- L'équipe sollicite le patient sur son expérience quant à sa prise en charge. Son point de vue est pris en compte.



1.2-03 : Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour.

- Du point de vue du patient, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge.
- Les aptitudes et capacités du patient font l'objet d'une évaluation systématique.
- Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place.



1.2-04 : Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour.

- Du point de vue du patient, son autonomie est maintenue durant son séjour, hormis les effets inhérents aux modalités de sa prise en charge.
- L'aptitude du patient fait l'objet d'une évaluation systématique.
- Les mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient tout au long de son séjour sont mises en place.



Critères standards transversaux en lien avec la PECM

Focus PATIENT

1.4-06 : Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie.

- Le patient est interrogé sur ses conditions de vie habituelles, en prévision de sa sortie. Une assistance sociale spécifique a été proposée au patient si besoin.
- Au cours de l'hospitalisation, les professionnels ont pris en compte les conditions de vie environnementales et sociales du patient pour organiser la sortie.



2.2-19 : Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie.

- La démarche palliative est coordonnée et fait l'objet d'une concertation pluri professionnelle et pluridisciplinaire en présence, si possible, d'un médecin de soins palliatifs ; le cas échéant, en s'appuyant sur des structures d'expertise extérieures.
- L'équipe peut avoir recours à une structure d'expertise en soins palliatifs pour accompagner le patient en fin de vie.
- Les professionnels, individuellement ou en équipe, bénéficient de ressources d'accompagnement (psychologue...) facilitant la gestion de ces situations et leur permettant, si cela est nécessaire, d'atténuer leur propre souffrance.



2.2-20 : Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant.

- Une lettre de liaison est remise au patient avec les explications, par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile, et le dossier médical partagé est mis à jour le cas échéant.
- L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions, avec le matériel nécessaire, sont prévues en amont de la sortie.
- Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extra-hospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions.



Critères standards transversaux en lien avec la PECM

2.3-09 : Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle.

- L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et dossier clinique) :
 - de la prescription ;
 - de l'administration ;
 - des facteurs de risque et de surveillance (constantes, fréquence de mesure, durée de la surveillance) ;
 - de la transfusion.
- L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'oedèmes aigus de surcharge post-transfusionnelle (OAP, TRALI et TACO).
- Le taux de destruction est mesuré.



2.4-02 : Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient.

- Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'évaluation de la satisfaction du patient.
- Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour l'expérience patient.
- Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour les réclamations et les éventuelles plaintes.
- Les équipes mettent en place les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers.
- Les représentants des usagers peuvent participer au recueil, à l'analyse et à la mise en place des actions d'amélioration.



2.4-03 : Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins.

- Les équipes recueillent leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.
- Les équipes analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.



Critères standards transversaux en lien avec la PECM

3.1-06 : L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales.

- L'établissement a organisé avec ses partenaires des protocoles médicaux et soignants pour admission directe des personnes âgées en provenance du domicile ou des Ehpad éligibles en service hospitalier ou unité de gériatrie aigüe. **Pour les urgences concernant la personne âgée, des circuits courts par des admissions directes dans une filière ou service adapté à la gériatrie sont formalisés.**
- L'établissement a organisé une filière directe de prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation avec les médecins traitants, Ehpad, HAD, SSR, USLD du territoire. **Les modalités définies avec les partenaires de l'établissement (médecins traitants, EHPAD, HAD, SSR, USLD...) permettent d'éviter tout transfert immédiat si l'état du patient le permet (filière gériatrique directe, réseaux de télémedecine, intervention d'équipe de recours, ...)**
- L'établissement anticipe les situations de tensions saisonnières avec les principaux services impactés pour prévenir leur saturation.



L'audit système



L'audit système

3.3-02 : L'établissement soutient une culture de sécurité des soins.

- La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et de sécurité des soins.
- La culture sécurité des soins des professionnels (ex : enquête culture de sécurité...) est évaluée.
- Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité organisées au sein de l'établissement.
- Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connus.



Le traceur ciblé

3.7-04 : Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement.

- Les équipes déclarent et partagent les événements indésirables associés aux soins.
- Les équipes mettent en oeuvre un plan d'action permettant de prévenir et de limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins. Le plan d'action est suivi.
- L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins (revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés...).
- Les événements indésirables graves sont systématiquement analysés collectivement selon les méthodes promues par la HAS (analyse systémique des causes) et déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables.
- Une synthèse des travaux d'analyse des événements indésirables associés aux soins et des résultats des plans d'action mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée.
- La commission des usagers est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves déclarés par l'établissement.

Outils du ResOMéDIT

► Recensement des critères en lien avec la PECM et les produits de santé

 Certification v2020 Outils du ResOMÉDIT		
Légende Critère standard Critère avancé Critère impératif		
Recensement des critères en lien avec la PECM <i>Définition des responsables selon l'outil de la FORAP</i>		
Secteur	Critères	Responsable(s)
Tout établissement	1.1-09 : le patient, prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	Médecins COMEDIMS Médecins
Tout établissement	1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	Conseil de bloc COMEDIMS
Tout établissement	1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	CDU Hémovigilance
Tout établissement	1.2-08 : le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	CDU CLUD
Tout établissement	2.1-06 : la pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	CME Réfèrent antibiothérapie COMEDIMS
Tout établissement	2.1-07 La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée	CME Hémovigilance
Tout établissement	2.2-07 : la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	RSMQPECM Pharmacie
Hospitalisation à domicile	2.2-13 Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et se coordonnent	Médecin et CS HAD
Tout établissement	2.3-03 : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	CME COMEDIMS RSMQPECM
Tout établissement	2.3-04 : les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	RSMQPECM Direction des soins
Tout établissement	2.3-05 : les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé	Médecin coordonnateur et équipe HAD Médecin traitant Pharmacie
Tout établissement	2.3-06 : les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	CME Direction des soins RSMQPECM
Tout établissement	2.3-07 : l'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	Pharmacie RSMQPECM
Tout établissement	2.3-08 : les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	Pharmacie RSMQPECM CME
Chirurgie et interventionnel	2.3-12 : les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	CLIN Conseil de bloc Conseil d'endoscopie Réfèrent antibiothérapie EOH
Tout établissement	2.3-13 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux traitements et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	CLIN Stérilisation Chaîne de désinfection des endoscopes EOH
Tout établissement	2.3-14 Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	CLIN CME Direction des soins EOH
Tout établissement	2.3-16 Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	CSIRMT CME
Tout établissement	2.3-17 Les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé	CLIN DRH Médecin du travail EOH
Tout établissement	2.4-04 : les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	CME Direction des soins
Tout établissement	3.3-01 : la gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	CME Direction des soins Direction

Fichier de recensement des outils du ResOMéDIT

Certification v2020
Outils du ResOMéDIT

Critère de la certification

Secteur
d'activité

Niveau
d'exigence

Type
d'outil

OMéDIT

Critère de la certification

- 1.1-01 Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confi...
- 1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé
- 1.1-06 Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie
- 1.1-09 Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits
- 1.1-10 Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appro...
- 1.1-11 Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés
- 1.1-12 En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge
- 1.1-17 Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction
- 1.2-01 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité
- 1.2-03 Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour

Secteur

- Ambulatoire
- Chirurgie et interventi...
- Hospitalisation à domi...
- Patient âgé
- Patient vivant avec un ...
- Psychiatrie et santé m...
- Tout l'établissement

Niveau d'exi...

- Avancé
- Impératif
- Standard

Outils

- Affiche
- Application
- Cartographie
- E-learning
- EPP
- Fiche
- Flyer
- Formation
- Grille
- PPT

OMÉDIT

- Bretagne
- Centre Val de Loire
- Grand est
- Ile de France
- Normandie
- Nouvelle Aquitaine
- Pays de la Loire

Critère de la certification	Secteur	Niveau d'exigence	Outils	Intitulé /descriptif	Lien	OMÉDIT	Mise à jour
1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	Tout l'établissement	Standard	Fiche	Arrêter mon IPP, c'est possible ! Votre médecin vous a prescrit un IPP	http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7111.pdf	Centre Val de Loire	07/03/2021
1.1-05 Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	Tout l'établissement	Standard	Fiche	Votre médecin vous a prescrit un anticancéreux oral : quelques conseils pour manipuler les comprimés ou les	http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7111.pdf	Centre Val de Loire	07/03/2021

5 types de filtre :

- Critère de la certification
- Niveau d'exigence du critère
- Secteur d'activité concerné
- Type d'outil
- OMéDIT responsable de l'outil

Retrouvez le lien d'accès au public sur le site de l'OMéDIT Bretagne:

<https://www.omeditbretagne.fr/certification-et-evaluation/certification-etablissement-sante/>