

Qual'va
Réseau Normand Qualité Santé

omedit
Normandie

INNOVATION

ÉCOUTE



PARTAGE



CAFÉ RENCONTRE
CERTIFICATION
ET
PRODUITS DE SANTÉ

21 octobre 2021

Qual'va



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

ORDRE DU JOUR

- ▶ Généralités de la nouvelle Certification
- ▶ Les 5 méthodes d'évaluation avec focus Traceur ciblé
- ▶ Critères d'évaluation spécifiques à la PECM et aux DMx
- ▶ Quelques points clés
- ▶ Médicaments à risque- Quelques outils
- ▶ Retours d'expériences TC médicament
- ▶ Questions/Réponses



1

GÉNÉRALITÉS DE LA NOUVELLE CERTIFICATION

De la v2014 à la nouvelle certification

V2014 (à partir de janvier 2015)	Nouvelle version certification (à partir d'avril 2021)
Un référentiel v2010 en 20 thématiques V2014	3 chapitres explorant 15 objectifs qualités
20 fiches thématiques	24 fiches pédagogiques par thématiques
Autoévaluation "Plan Do Check Act" (PDCA) des processus par des pilotes et par les experts visiteurs (EV) en visite	Evaluation interne des résultats en terme de pilotage, action et évaluation en mobilisant les grilles Calista
Comptoir qualité de l'établissement d'identification de ses risques et actions d'améliorations	Compte qualité de résultats obtenus aux critères et synthèse rédigée par le coordonnateur de visite
A à E	Labels : avec mention, certifié, sous condition, non certifié
Système d'information SARA	Système d'information Calista
Rapport littéral des constats	Rapport quantifié des moyennes obtenues aux critères et synthèse rédigée par le coordonnateur de visite
Critères Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) et Eléments d'Investigations Obligatoires (EIO)	111 critères standards , 15 impératifs , 5 avancés Tout établissement et selon le champs d'application

Le référentiel de certification

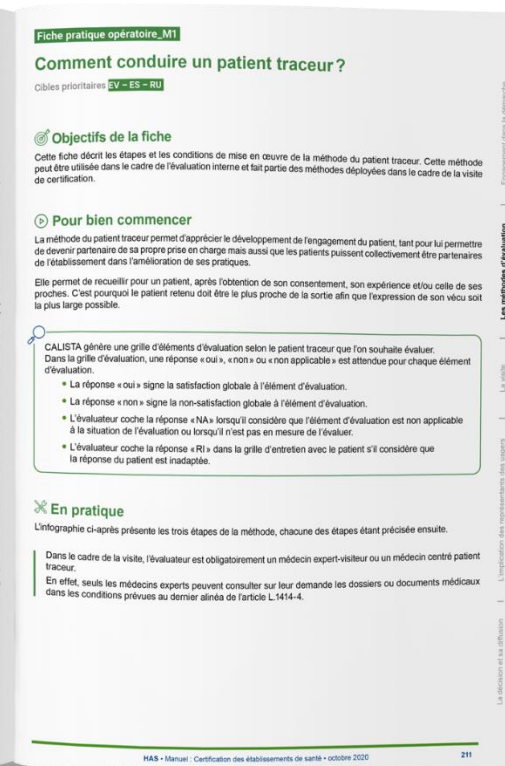
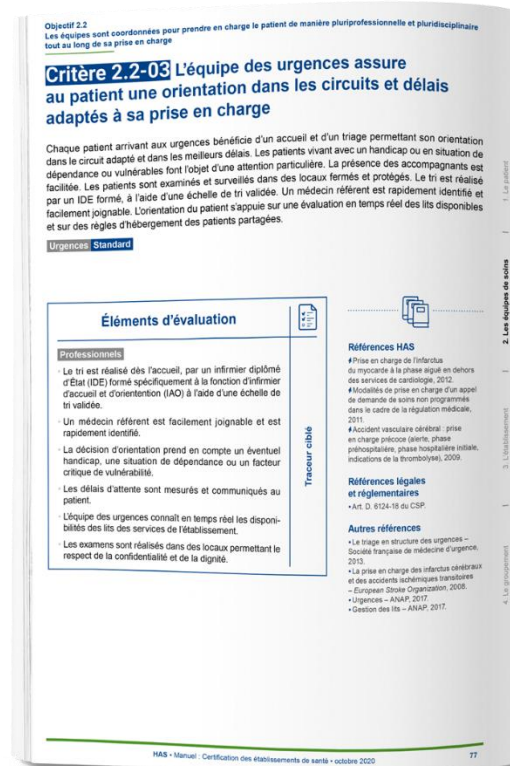
Référentiel

Fiches critères

Fiches pratiques



LE MANUEL



Le Manuel de Certification : 15 objectifs

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



Les fiches critères

Objectif 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

Critère 2.2-03 L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge

Chaque patient arrivant aux urgences bénéficie d'un accueil et d'un triage permettant son orientation dans le circuit adapté et dans les meilleurs délais. Les patients vivant avec un handicap ou en situation de dépendance ou vulnérables font l'objet d'une attention particulière. La présence des accompagnants est facilitée. Les patients sont examinés et surveillés dans des locaux fermés et protégés. Le tri est réalisé par un IDE formé, à l'aide d'une échelle de tri validée. Un médecin référent est rapidement identifié et facilement joignable. L'orientation du patient s'appuie sur une évaluation en temps réel des lits disponibles et sur des règles d'hébergement des patients partagées.

Urgences Standard

Éléments d'évaluation	Traceur ciblé
<p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.	

Références HAS

- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012.
- Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thromolyse), 2009.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-18 du CSP.

Autres références

- Le triage en structure des urgences – Société française de médecine d'urgence, 2013.
- La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires – European Stroke Organization, 2008.
- Urgences – ANAP, 2017.
- Gestion des lits – ANAP, 2017.

HAS • Manuel : Certification des établissements de santé • octobre 2020 77

Intitulé critère et descriptif

Champ d'application & niveau d'exigence

Éléments d'évaluation

Références

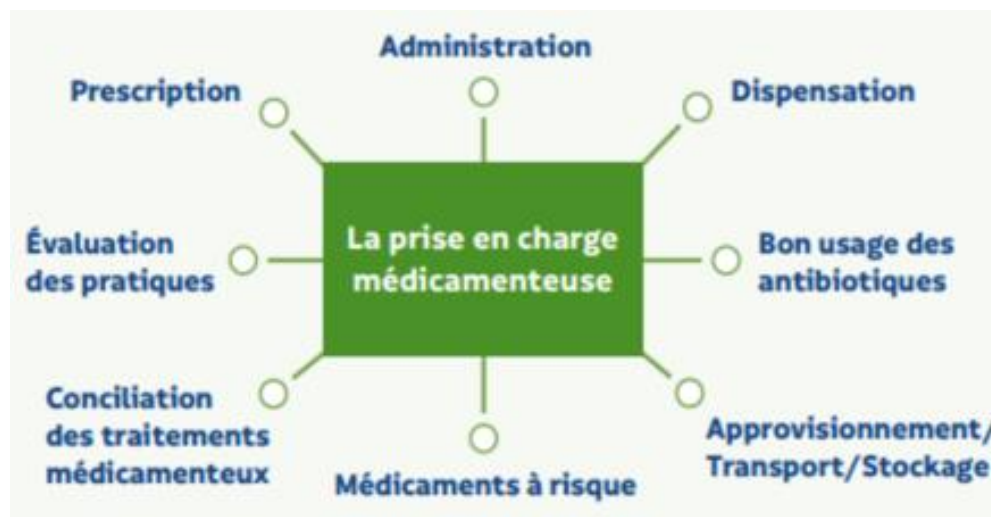
Méthode(s) d'évaluation à employer

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



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 pédagogiques en lien avec la PECM

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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 (2.3-04).

Actions

- Rechercher l'implication du patient et de ses proches (1.1-13, 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), (3.7-03).

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 IPAQSS campagne 2019.
- 235 structures « douleur chronique » (SDC) pour 227 000 patients traités par an (DGOS 2017).

♦ ♦

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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)

- Géroto-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).

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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](#)



2

LES 5 MÉTHODES D'ÉVALUATION AVEC FOCUS TRACEUR CIBLÉ

5 méthodes d'évaluation proches du terrain

Chaque critère est évalué par une ou plusieurs des 5 méthodes :



Le patient traceur

Une rencontre avec le patient et l'équipe de soins



Le parcours traceur

Une évaluation de la coordination des services



Le traceur ciblé

Une évaluation de terrain de la mise en œuvre d'un processus ciblé



L'audit système

Une évaluation de la politique jusqu'au terrain



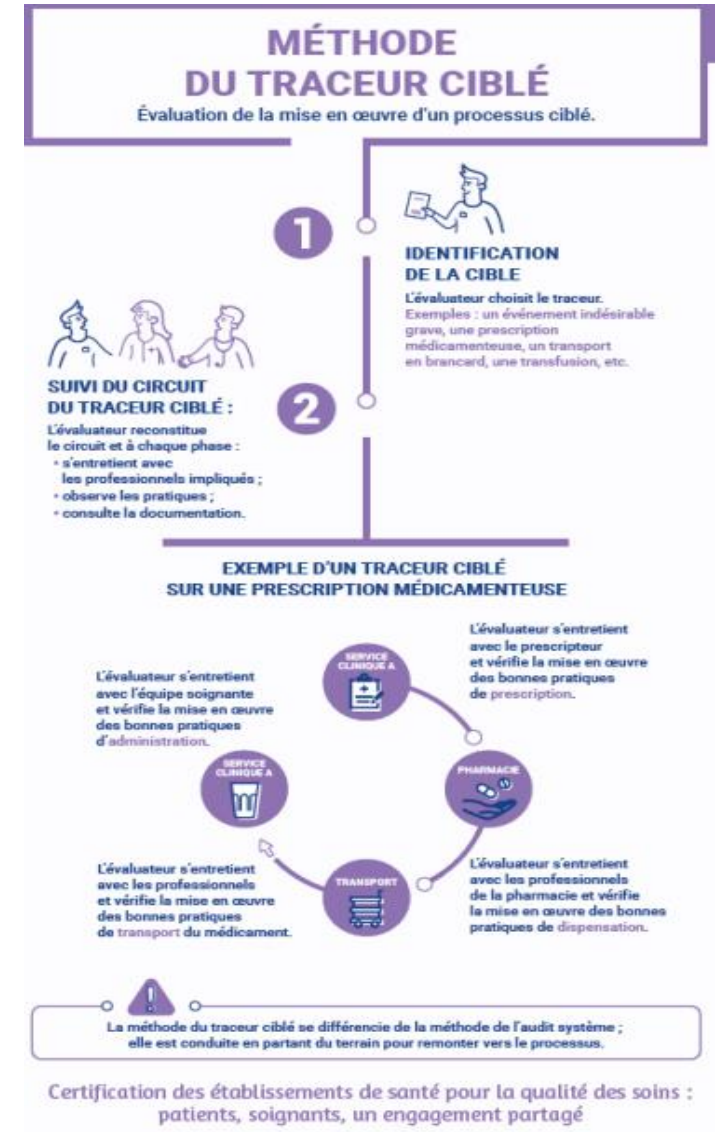
L'observation

Une méthode tout au long de la visite



FOCUS sur la méthode du Traceur ciblé

- ✓ **Investiguer** sur le terrain et **évaluer** la mise en œuvre réelle d'un processus et **s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité** à atteindre les objectifs
- ✓ Cible 7 processus :
 - **Le circuit du médicament** et des produits de santé
 - **Gestion des produits sanguins labiles**
 - **Gestion des évènements indésirables graves**
 - **Prévention des infections associés aux soins**
 - **Accueil non programmé**
 - **Transport** intra hospitalier des patients
 - **Prélèvement et greffes** d'organes et de tissus



Vidéo explicative sur le site de la HAS :
[Module traceur ciblé - YouTube](#)



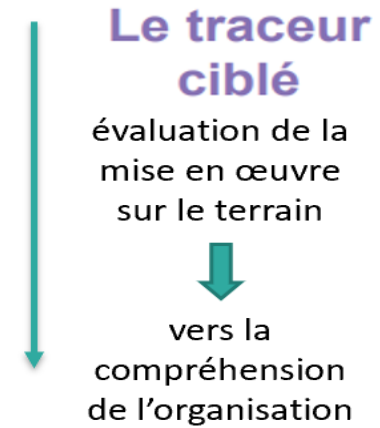
FOCUS sur la méthode du Traceur ciblé



Mise en situation

Exemple du questionnaire au pharmacien et au préparateur sur les pratiques d'analyse pharmaceutique et de dispensation :

- Pouvez-vous m'expliquer comment vous réalisez la dispensation des médicaments ?
- Pouvons-nous voir ensemble l'analyse pharmaceutique sur le dossier de cette patiente ?
- Comment sont préparés les piluliers ?



ÉTAPE 2 – Suivi du circuit du traceur ciblé : conduite des entretiens

→ Renseigner la grille d'évaluation

Exemple

- Le pharmacien a réalisé une analyse pharmaceutique de niveau 2 avec accès aux données cliniques et biologiques de la patiente.
- La dispensation est nominative journalière.
- Les piluliers sont préparés à la pharmacie par le préparateur, c'est lui qui achemine l'armoire à pharmacie dans le service de soins.

critère 2.3-03 « Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration de prescription et de dispensation des médicaments »

OUI NON

EE1 : La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions.





3

CRITÈRES D'ÉVALUATION SPÉCIFIQUES À LA PECM ET AUX DMx

Objectifs et enjeux de la thématique prise en charge médicamenteuse (PECM)

Des enjeux nationaux :

- Lutter contre la **iatrogénie** médicamenteuse
 - Eviter 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
- Les **EIG liés aux médicaments** représentent **32,9%** du total des EIG liés aux soins, dont **51,2%** sont évitables. (résultats ENEIS 2009)



Médicaliser et mieux prendre en compte le résultat de la PEC

Simplifier la démarche de certification

S'adapter aux évolutions du système de santé

Critères d'évaluation spécifiques à la PECM et aux DMx

CRITERES STANDARDS

Tout établissement	1.1-09 : le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits
Tout établissement ^{DM}	1.1-10 : le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées
Tout établissement	1.1-11 : le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés
Tout établissement	2.1-06 : la pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée
Tout établissement	2.1-07 : la pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL et MDS) est argumentée
Tout établissement	2.3-03 : les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments
Tout établissement	2.3-04 : les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments
Tout établissement	2.3-05 : les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé
Tout établissement	2.3-07 : l'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques
Tout établissement	2.3-08 : les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie
Tout établissement ^{DM}	2.3-13 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux traitements et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables
Tout établissement ^{DM}	2.3-14 : les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates
Tout établissement	2.3-16 : les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène
Tout établissement	2.3-17 : les équipes respectent les recommandations vaccinales pour les professionnels de santé

Critères d'évaluation spécifiques à la PECM et aux DMx

CRITERES IMPERATIFS

Tout établissement	1.2-08 : le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur
Tout établissement	2.3-06 : les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque
Chirurgie et interventionnel	2.3-12 : les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs
Tout établissement	2.4-04 : les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins
Tout établissement	3.3-01 : la gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins

CRITERE AVANCE

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

Les types de 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

Critères standards transversaux en lien avec la PECM

Focus PATIENT

<p>1.1-06 : Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	 Le patient traceur
<p>1.1-17 : Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	 Le patient traceur
<p>1.2-03 : Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	 Le patient traceur
<p>1.2-04 : Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	 Le patient traceur

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.

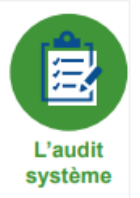
- Les équipes recueillent leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.
- Les équipes analysent et mettent en place des actions d'amélioration pour leurs indicateurs qualité et sécurité des soins.



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 aiguë.
- 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.
- L'établissement anticipe les situations de tensions saisonnières avec les principaux services impactés pour prévenir leur saturation.



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.



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 œuvre 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.





4

QUELQUES POINTS CLÉS

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

Prescription



Le traceur ciblé

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



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'évènement 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 4,6.
- 25 millions de cathéters retirés, au sein près de 400 patients en France.
- Faible taux de couverture des personnels de santé pour les vaccins recommandés (grippe < 40%).

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

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 »

Bloc : Salle :
Date d'intervention : Heure (début) :
Chirurgien « intervenant » :
Anesthésiste « intervenant » :
Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE 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
<p>1. L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés : • idéallement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>5. L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient • pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>Acte sans prise en charge anesthésique</p> <p>6. Le patient présente-t-il un : • risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui[*]</p> <p>• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui[*]</p> <p>• risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui[*]</p>	<p>7. Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgiens(s), anesthésiste(s), IADE-IBODE/IDE • identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>8. 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.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique [risques potentiels liés au terrain (hypothermie, etc.) ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.]) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/R</p> <p>La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>10. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>• du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*] <input type="checkbox"/> N/A</p> <p>• si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention cachez N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>11. 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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non[*]</p> <p>Décision concertée et motivée en cas de réponse dans une case marquée d'un *</p>
<p>ATTENTION SI ENFANT !</p> <p>➤ Associer les parents à la vérification de l'identité, de l'intervention et du site opératoire.</p> <p>➤ Autorisation d'opérer signée.</p> <p>➤ Installation, matériel et prescription adaptés au poids, à l'âge et à la taille.</p> <p>➤ Prévention de l'hypothermie.</p> <p>➤ Seuils d'alerte en post-op définis.</p>		
<p>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT</p> <p>Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe</p> <p>Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL</p>		

→ DÉCISION FINALE

GO = OK pour incision

NO GO = Pas d'incision !

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

Le rôle du coordonnateur de la check-list, aidé par le(s) chirurgien(s) et anesthésiste(s) responsables de l'intervention, est de cocher les items de la check-list : 1. si la vérification a bien été effectuée, 2. si la vérification a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée et 3. si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation en équipe et d'une décision motivée.

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

Dispensation

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

CRITERE STANDARD



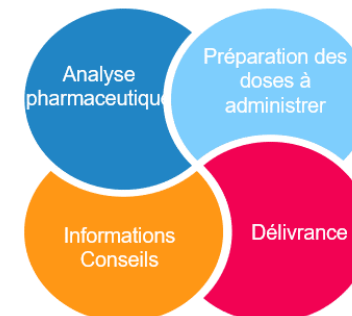
Le parcours traceur



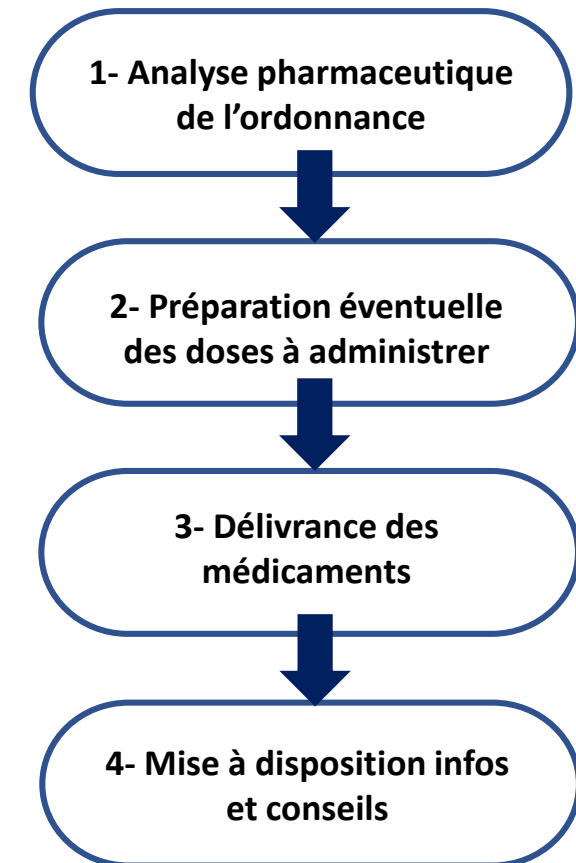
Le traceur ciblé

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



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



Le patient
traceur



Le traceur
ciblé

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

CRITERE STANDARD

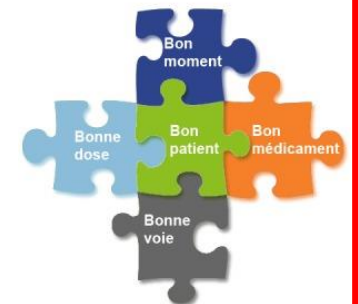
LES ATTENDUS

- **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 connus par les professionnels : aide au calcul des doses, tables de conversation, 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 acte 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





5

MÉDICAMENTS À RISQUE

Médicaments à risque



Le traceur
ciblé

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**
- **Narcotiques et opiacés**
- **Insulines**
- **Sédatifs**

Source : Institute for Healthcare Improvement [IHI]

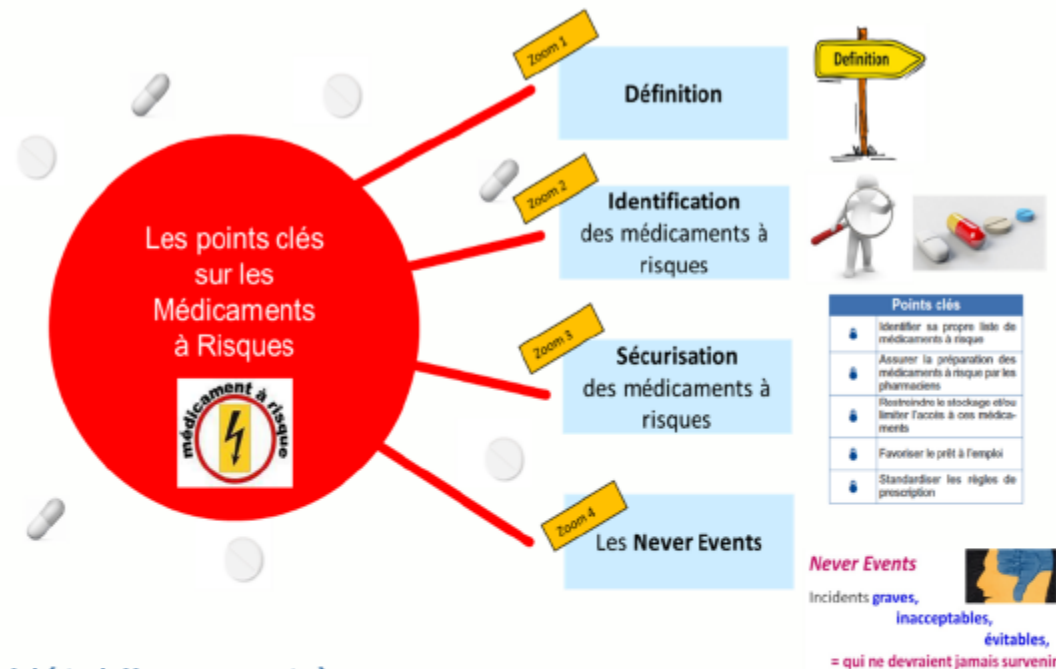
Focus sur les médicaments à risque

Experts-visiteurs

- S'assurer de l'identification par l'établissement de la liste de ses médicaments à risques.

Cette liste dépend du type de pathologie prise en charge, elle doit être spécifique à chaque établissement, pôle d'activité.

- Les médicaments à risques devant être gérés différemment des autres, vous observerez à toutes les étapes du circuit (prescription, dispensation, stockage, administration et suivi thérapeutique) les mesures mises en place pour sécuriser la prise en charge du patient.



L'établissement à :

- Identifié ses médicaments à risque.
- Mis en place de barrières de sécurité pour prévenir les erreurs.
- Enfin vous évalueriez le niveau de connaissance et l'application par les services de soins des Never-Événements (Les événements qui ne devraient jamais arriver).

Médicaments à risque



Le traceur
ciblé

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



6

Quelques outils sur les médicaments à risque

Elaborer / identifier ses MHR en ES

➤ L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans le service et en a connaissance

- [Aide à l'élaboration d'une liste de médicaments à risque](#) - Omédit Centre
- [Les médicaments à consonance ou apparence semblables](#) – Omédit Centre Val de Loire -(look-alike, sound-alike ou « LASA »)
- [Liste de médicaments de niveau d'alerte élevé de l'ISMP](#)
- [Exemple de poster de communication d'un ES](#)

➤ L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance

- Ex du KCl : Never Event chlorure de potassium injectable : [synthèse des mesures barrières existantes](#) -> préconisation de mesures barrières de stockage au niveau des unités de soins et [Grilles d'auto-évaluation](#)

➤ Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque

Des boites à outils disponibles pour vous permettre de vous y retrouver :

- Affiches
- Fiches Médicaments
- E-learning

Never Events - BO Normandie

The screenshot shows the Omedit Normandie website. At the top, it says 'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique'. Below that, there's a navigation bar with 'Accueil / Boîte à outils / Never events / Never events'. The main content area is titled 'Les évènements "qui ne devraient jamais arriver"' and contains text about preventing such events. A red octagonal sign with 'NEVER EVENTS' is visible. On the left, there's a list of error types:

- 1- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anti...
- 2- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable
- 3- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles les modes de pr...
- 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 ent...

Les outils - Omedit Bretagne

The screenshot shows the Omedit Bretagne website. At the top, it says 'SUIVEZ-NOUS' with social media icons and 'INSCRIPTION NEWSLETTER'. Below that, there's a navigation bar with 'ACCUEIL OMÉDIT Bretagne C.A.Q.E.S. FORUM CONTACT'. The main content area is titled 'GAZ À USAGE MÉDICAL' and contains a section for 'NEVER EVENT GAZ À USAGE MÉDICAL : OUTILS PROPOSÉS PAR L'OMÉDIT BRETAGNE'. It lists several tools:

- e-learning « Prévenir les risques liés à l'utilisation des bouteilles de gaz à usage médical »
- Grille d'auto-évaluation du circuit des bouteilles de gaz à usage médical en établissement de soins
- Never Event gaz à usage médical : synthèse des mesures barrières existantes (Mai 2016)
- Plaquette info « Bouteille de gaz à usage médical : consignes de sécurité » (Mai 2016)
- Etiquettes emplacements pour les bouteilles de gaz à usage médical (format A4)
- Vidéo « Monter/démonter un manodétendeur sur une bouteille de gaz à usage médical »

Lien Omedit Centre Val de Loire

The screenshot shows the Omedit Centre Val de Loire website. At the top, it says 'Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux, Innovations Thérapeutiques'. Below that, there's a navigation bar with 'OMÉDIT CENTRE', 'CONTRACTUALISATION', 'PRATIQUES ET USAGES', and 'EVENEMENTS'. The main content area is titled 'Résultats pour "Les évènements "qui ne devraient jamais arriver" (Never Events)'. It lists several search results:

- Anticoagulants Anti Vitamine K (AVK) : prévenir les erreurs
- Anticoagulants Oraux Directs (AOD) : prévenir les erreurs
- Gaz médicaux : prévenir les risques liés à l'utilisation des bouteilles
- Insulines : prévenir les erreurs médicamenteuses
- Méthotrexate oral : prévenir les surdosages
- Potassium injectable : prévenir les erreurs
- Voie intrathécale : prévenir les erreurs d'injection

Famille MHR identifiée : AOD

MHR + Never Events

Les anticoagulants/antiagrégants : mise à disposition de **fiches patients** et **les fiches professionnels**

- Boîte à outils anticoagulants et Fiches - Omédit Normandie

omedit Normandie

Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

Accueil / Boîte à outils / Anticoagulants / Anticoagulants

Fiches de bon usage sur les anticoagulants/antiagrégants plaquettaires

Fiches patient	Fiches professionnels
Acénocoumarol - Sintrom®	Acénocoumarol - Sintrom®
Acide acétylsalicylique - Kardégic®	Acide acétylsalicylique - Kardégic®
Apixaban - Eliquis®	Apixaban - Eliquis®
Clopidogrel - Plavix®	Clopidogrel - Plavix®
Ticagrélor - Brilique®	Dabigatran - Pradaxa®
Dabigatran - Pradaxa®	Fluidione - Préviscan®
Fluidione - Préviscan®	Ticagrélor - Brilique®
Prasugrel - Efiect®	Prasugrel - Efiect®
Rivaroxaban - Xarelto®	Rivaroxaban - Xarelto®
Ticlopidine - Ticlid®	Ticlopidine - Ticlid®
Warfarine - Coumadine®	Warfarine - Coumadine®
Carte patient "Je suis sous anticoagulant"	Les bonnes questions à se poser lors de la prescription d'un anticoagulant

01 Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants oraux

HEMORRAGIE + THROMBOSE

AVK : 1^{er} rang des accidents iatrogènes entraînant une hospitalisation (enquête ORECS 2.2009)

LA PRESCRIPTION D'AVK

La plus claire possible, notamment pour la posologie et le rythme d'administration.
Attention aux interactions médicamenteuses (sauf acétylsalicylique, AAS, alcool, cascade pharmacologique...)
Renforcer la surveillance si âge > 75 ans, poids < 50kg, IR sévère.

SUIVI DE L'INR

Toutes les 48h jusqu'à équilibration
-> toutes les semaines : le 1^{er} mois
-> toutes les 2 semaines : le 2^e mois
-> tous les mois lorsque le traitement est équilibré
Surveillance +++ si interaction médicamenteuse potentielle

RELAIS HEPARINE/AVK

Des qu'INR dans la zone thérapeutique pendant 2 jours consécutifs

LA PRESCRIPTION D'ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS

- Pas de surveillance biologique
- Hémorragie, geste vulnérable
- Attention aux interactions médicamenteuses

RELAIS AVK/AOD

Dabigatran 150 mg 2-3 fois par jour
AVK
Pas de dosage

01 Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants oraux

- Posologie des AVK variable (adaptation selon résultats biologiques) >> toujours se référer à la dernière prescription
- Risque d'hémorragie >> surveillance des saignements.
- Régularité des prises, heures fixes
- Surveillance régulière INR pour les AVK
- Carnet de suivi
- L'alimentation ou l'activité physique (par météo ou par défaut) n'entraîne pas de variation brutale de l'INR
- Aucune automédication sans conseil
- En cas de saignement, consultation du médecin
- Signaler le traitement par anticoagulant oral à tout professionnel de santé consulté

> Prévenir le médecin :
• en cas d'INR en dehors de la zone thérapeutique

Fluidione

PREVISCAN®

Présentation et caractéristiques

PREVISCAN est un anticoagulant oral, qui appartient à la famille des AVK- antivitamines K et un antithrombotique. Il empêche la formation de caillots. L'effet anticoagulant se manifeste après plusieurs jours de traitement et, de même, persiste plusieurs jours après l'arrêt.

Dosage	Présentation
Previscan® 20 mg	Comprimé quadriseccable rose. Boîte de 30

- Contrôle en routine indispensable : l'INR ou International Normalized Ratio. L'INR idéal est de 2,5 ; un INR inférieur à 2 reflète une anticoagulation insuffisante ; un INR supérieur à 3 traduit un excès d'anticoagulation. Un INR supérieur à 5 est associé à un risque hémorragique
- Si hémorragie grave : arrêt des AVK, et il est recommandé d'administrer en urgence un CCP (concentrés de complexes prothrombiniques) en association à de la vitamine K

Indications

Renouvellement d'un traitement équilibré par fluidione dans les indications suivantes :

- **Cardiopathies emboligènes** : prévention des complications thromboemboliques en rapport avec certains troubles du rythme auriculaire (fibrillations auriculaires, flutter, tachycardie atriale), certaines valvulopathies mitrales, les prothèses valvulaires.
- **Prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde compliqués** : thrombus mural, dysfonction ventriculaire gauche sévère, dyskinésie emboligène...
- **Traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire** ainsi que la prévention de leurs récurrences.

Posologie et mode d'administration

Adulte	En raison d'une importante variabilité interindividuelle, la posologie d'AVK est strictement individuelle . La dose d'équilibre doit être recherchée et maintenue. Elle est habituellement de 20 mg , à adapter en fonction des résultats biologiques Administré en une prise par jour , il est préférable que la prise ait lieu le soir, afin de pouvoir modifier la posologie dès que possible après les résultats de l'INR.
Sujet âgé	La dose moyenne d'équilibre est plus faible chez le sujet âgé que chez le sujet jeune, habituellement 1/3 à 1/2 de la dose

- Outils d'aide à l'adaptation posologique des AOD : adaptations posologiques, recommandations selon FR

Famille MHR identifiée : Insuline

MHR + Never Events

Insuline : mise à disposition de **fiches pratiques , e-learning**

- Fiches RETEX « erreurs médicamenteuses » : Kit d'animation de séance de sensibilisation /10 minutes pour mieux comprendre et agir

RETOUR D'EXPERIENCE SUR LES ERREURS MEDICAMENTEUSES (EM)

omed+
Normandie

LECTURE DE L'EVENEMENT
Erreur de dose d'insuline par une utilisation du mauvais dispositif d'administration

Admission d'un patient en service de chirurgie. Après contrôle de la glycémie, le médecin prescrit 8 unités d'insuline rapide. L'insuline n'est pas disponible dans l'unité de soins sous la forme de stylo. L'IDE utilise pour la préparation un flacon d'insuline à 100UI/mL. Lors du prélèvement, elle utilise une seringue à tuberculine et prélève 0.8 mL. Elle procède à l'administration, elle se rend alors compte de son erreur et appelle le médecin anesthésiste pour la conduite à tenir. Il n'y a eu aucune conséquence pour le patient.

QUELQUES CHIFFRES

Rapport HAS 19/11/2020

Dans 25% des cas l'erreur est liée à la mauvaise utilisation des dispositifs médicaux.

Les catégories d'erreurs

- 69% Erreurs liées aux médicaments
- 25% Erreurs liées aux médicaments dans une mauvaise utilisation des dispositifs médicaux
- 4% Erreurs liées aux dispositifs médicaux (DM), dont CM englobables (CME)
- 2% Erreurs liées aux produits approuvés (AP) et médicaments dérivés du sang

7% d'erreurs médicamenteuses avec la classe ATC* « Voies digestives et métabolisme » dont environ 78 % pour les « insulines »

*ATC : Anatomical Therapeutic Chemical classification

QUIZ

QCM sur les stylos à insuline ?

- > Ils doivent être privilégiés par rapport à l'insuline en flacon **Vrai**
- > Ils peuvent être partagés entre les différents patients de l'unité de soins **Faux**
- > Il est possible de prélever directement dans les cartouches **Faux** d'autant plus que certains stylos sont dosés à 200 UI/mL ou 300 UI/mL, risque majeurs d'erreurs
- > La purge du stylo n'est pas nécessaire **Faux**
- > Un contrôle de la glycémie n'est pas nécessaire avant l'injection **Faux**

QCM concernant les seringues pour prélever l'insuline ?

- > Elles sont graduées en Unité internationale **Vrai**
- > Il est possible d'utiliser les seringues à tuberculine **Faux**

Quels sont les symptômes d'un surdosage en insuline ?

Altération de la vision, anxiété, apathie, asthénie, céphalée, confusion, Hypersudation, nausée, palpitations, tremblements, coma, convulsions.

Quelle est la prise en charge du surdosage ?

- > Appeler le médecin
- > Resucrage du patient (jus de fruit, eau sucrée)
- > Mise en place d'une perfusion de G10%
- > Si nécessaire injection d'une ampoule de G30%

POUR ALLER + LOIN...

- Tableau des différentes insulines: [lien](#)

- Stylos d'insuline jetables (voie S.C.) : bien les identifier pour ne pas se tromper

STYLOS D'INSULINE JETABLES (VOIE S.C.) : BIEN LES IDENTIFIER POUR NE PAS SE TROMPER

médicament à risque

L'insuline est un **médicament à risque**. Je respecte la règle des « 5B » de la Haute Autorité de Santé.

Il existe **différents types d'insuline**, permettant un traitement personnalisé : elles se distinguent selon leur **durée** et leur **début d'action** ainsi que leur **moment d'administration**.

B Patient
Médicament
Dose
Voie
Moment

INSULINE « POUR VIVRE » (BASEALE)	INSULINE « POUR MANGER » (PRANDIALE)
<ul style="list-style-type: none"> • Insuline à action LENTE • Objectif : équilibrer la glycémie toute la journée 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuline à action RAPIDE injectée au moment des repas en fonction de la glycémie avant le repas et du nombre de glucides ingérés • L'insuline rapide n'est pas obligatoire • Objectif : empêcher l'hyperglycémie après les repas

- FOCUS SUR « LES INSULINES FORTEMENT CONCENTRÉES »

FOCUS SUR : LES INSULINES FORTEMENT CONCENTRÉES

omed+

La plupart des insulines ont une concentration de 100 UI (unités internationales) par millilitre (mL), mais ces dernières années **des insulines fortement concentrées** sont apparues sur le marché avec des concentrations de **200 ou 300 UI par mL** (uniquement sous forme de stylo pré-rempli).

Que faire face à une prescription d'insuline fortement concentrée ?

- Administration du traitement selon le nombre d'UI prescrits
- Aucune conversion ni calcul de dose ; 1 UI d'insuline reste 1 UI d'insuline quelle que soit la concentration : 100, 200 ou 300 UI/mL.

Dans certains cas, un ajustement de poologie peut être nécessaire lors du switch vers une insuline fortement concentrée.

En aucun cas, la solution injectable d'insuline de concentration 200 ou 300 UI/mL ne doit être transférée dans un autre dispositif d'administration !

INSULINES avec plusieurs concentrations :

Insuline	Nom commercial	Stylo pré-rempli	Délivré par point de	Quantité totale	Volume total
Insuline rapide	HUMALOG® 100 UI/mL	KwikPen® 100 UI/mL	1 UI	300 UI	3 mL
		Junior KwikPen® 100 UI/mL	0,5 UI	300 UI	3 mL
Insuline rapide	HUMALOG® 200 UI/mL	KwikPen® 200 UI/mL	1 UI	600 UI	3 mL
		Solostar® 200 UI/mL	1 UI	300 UI	3 mL
Insuline lente	TOUJOU® 300 UI/mL	Solostar® 300 UI/mL	1 UI	450 UI	1,5 mL
		DoubleStar® 300 UI/mL	2 UI	900 UI	3 mL
Insuline déglucosée	TRESIBA® 100 UI/mL	Stylo uniquement disponible en cartouche de 3 mL pour stylo rechargeable			
		TRESIBA® 200 UI/mL	FlexTouch® 200 UI/mL	2 UI	600 UI

Outils **omedit** Normandie



- E-learning
 - Modules Certification OMÉDIT Normandie et OMÉDIT Centre **NOUVEAU**
 - [Maîtriser l'utilisation des médicaments à risque \(omedit-centre.fr\)](https://omedit-centre.fr)
 - [Bonnes Pratiques de perfusion : module "Analgésie Contrôlée par le Patient \(pompe PCA\)"](#)
 - [Bonnes pratiques de dispensation des chimiothérapies orales](#)
- [Fiches de bon usage des produits de santé](#)
- [Protocole pluri-professionnel de soins de 1er recours pour la gestion des médicaments anti-vitamines K chez l'adulte](#)

- Outils de gestion des risques
 - [Auto-évaluation sur les pratiques de préparation des manipulateurs en Electro-radiologie Médicale](#)
 - Film d'analyse de scénario « [Des morphiniques pour Chantal Gique](#) »

- Outils dédiés aux [Never events](#)



7

Deux retours d'expériences



FOCUS sur la méthode du Traceur ciblé

2 retours d'expériences:

- Florence Basuyau, Pharmacien, Centre Becquerel, Rouen
Centre Lutte contre le cancer avec 125 lits hospitalisation complète et 54 places hospitalisation de jour
- Bruno Jeanne, Responsable qualité, Clinique St Martin
Etablissement MCO avec 181 lits de chirurgie (dont 15 réa), 48 lits de médecine (dont 8 USIC), 8 lits de soins de surveillance continue, 28 postes de dialyse (dont 3 postes d'hémodialyse aiguë), 84 places ambulatoire

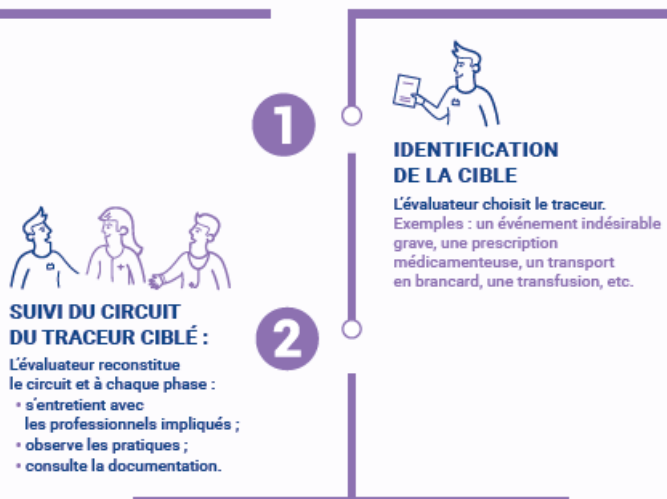


FOCUS sur la méthode du Traceur ciblé - Médicament

- Comment avez vous préparé les équipes à cette nouvelle méthode d'évaluation?
- Avez-vous rencontré des difficultés particulières avec cette méthode?

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

Évaluation de la mise en œuvre d'un processus ciblé.



EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE



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.

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

- Lister ses MHR
 - Spé ES
 - Spé PEC
- Les identifier (documentation et stockage compris)
- S'assurer de leur connaissance auprès des professionnels

Observer à toutes les étapes du circuit (prescription, dispensation, stockage, administration et suivi thérapeutique) les mesures mises en place pour sécuriser la prise en charge du patient.



Mise à disposition par la HAS d'une vidéo de présentation de la méthode Traceur ciblé : <https://www.youtube.com/watch?v=cBg2BcL15-o>



8

Questions/réponses



9

Accompagnement OMéDIT/Qual'va

Webinaires thématiques Qual'Va OMéDIT

Webinaires Certification :

- La grille d'observation
- L'analyse collective des événements - Critère impératif
- La maîtrise du risque de dépendance iatrogène
- La prise en charge de la douleur - Critère impératif
- Le bon usage des antibiotiques / Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie - Critère impératif
- Les dispositifs médicaux
- L'Hospitalisation A Domicile

Boite à outils

- sur les deux sites internet : www.qualva.org et www.omedit-normandie.fr

Formations

- Sur le site: www.qualva.org :
 - comprendre la nouvelle certification - Formation « Traceur ciblé », « Parcours traceur », « Patient traceur »
 - Formations « Gestion des erreurs médicamenteuses », « analyse d'évènements indésirables »

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

Résomedit Le réseau des OMÉDITS		Certification v2020 Outils du ResOMÉDIT	
Légende		Recensement des critères en lien avec la PECM Définition des responsables selon l'outil de la FORAP	
Critère standard			
Critère avancé			
Critère impératif			
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

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 d'activité

Secteur

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

Niveau d'exigence

Niveau d'exi...

- Avancé
- Impératif
- Standard

Type d'outil

Outils

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

OMéDIT

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/13/6/2953/5062/7111.pdf	Centre Val de Loire	07/09/2021
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/13	Centre Val de Loire	07/09/2021

5 types de filtre :

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

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