Book

Fiches Pédagogiques

FORAP

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la culture de la pertinence et du résultat
selon le référentiel de certification

→ La pertinence, c'est l'ensemble des actions qui permettent de décider **le bon acte, au bon patient, au bon endroit, au bon moment**.

→ La pertinence vise **les interventions, les prescriptions, les modes de prise en charge, les parcours.**

→ Les grandes catégories de **situations de « non-pertinence » sont les soins inutiles, l' absence de soin, le défaut de soins.**

Un soin est pertinent quand le bénéfice escompté pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, indépendamment de son coût.

Cela signifie que le soin a été choisi parmi des alternatives ayant démontré leur efficacité, comme étant le plus vraisemblablement à même de produire les résultats attendus pour une affection et pour un patient donné.

Un soin ne peut être pertinent que si certaines conditions sont satisfaites :

- les compétences techniques et les autres ressources nécessaires au soin doivent être disponibles, en sorte qu'il puisse être dispensé selon les bons standards ;
- les patients doivent recevoir une information adéquate au sujet de tous les soins potentiellement efficaces. Leurs préférences sont centrales dans la détermination du soin pertinent parmi ceux dont l'efficacité est connue. Leurs préférences seront indicatives non seulement de l'objectif principal qu'ils espèrent atteindre, mais aussi de leurs perceptions des effets secondaires qui pourraient advenir ;
- la pertinence des soins doit également être considérée dans le contexte social et culturel actuel, et au regard de la juste répartition des ressources de santé.

Enjeux nationaux

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins pour les patients.
- Accroître la pertinence des soins, actes, examens dans le cadre des parcours de soins.
- Réduire les variations de pratiques médicales.
- Réduire le nombre d'actes non pertinents.
- Favoriser l'implication du patient dans la prise de décision partagée et la coordination de son parcours.
- Contribuer à la réduction des dépenses de santé.

Principales données actuelles

- Les examens ou actes non pertinents sont estimés à 25-30 %, générant autant de risques ou d'événements indésirables évitables.
- On estime à près de 50 milliards d'euros par an le coût de soins inutiles, soit près de 10.5 % du budget de la sécurité sociale.

• • •

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

– Soutenir les revues de pertinence des pratiques (3.7-01).

Actions

– Évaluer la culture de la pertinence :
  • prendre des décisions de prise en charge en s'appuyant sur les expertises, la balance bénéfice-risque et le patient (2.1-01).
  • argumenter les décisions cliniques et évaluer leur pertinence (2.1-02 ; 2.1-03 ; 2.1-05 ; 2.1-06 ; 2.1-07).

Évaluation

– Analyser et améliorer ses résultats cliniques en équipe (2.4-01).
– Indicateur Qualité et Sécurité des Soins -ETE-ORTHO (3.7-03).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

⚠ **L'évaluateur n'évalue pas la pertinence des décisions diagnostiques ou thérapeutiques, ni les résultats observés mais uniquement la capacité de l'équipe à s'évaluer.**

Évaluateur

Vous vous assurerez que les équipes s'appuient sur leurs expertises, la balance entre les bénéfices et les risques, et les souhaits du patient pour justifier leurs décisions cliniques et évaluer la pertinence de leurs pratiques.

> **C'est-à-dire**
> → Mesurer le résultat pour le patient au travers de ses résultats cliniques, de sa satisfaction et de son expérience de prise en charge.

Vous porterez un regard sur la capacité de l'équipes à analyser ses résultats, à rechercher les causes des écarts constatés entre observé et attendu et à mettre en place les améliorations nécessaires.

Ces analyses peuvent mobiliser des méthodes reconnues dont vous trouverez quelques exemples ici, et peuvent aussi résulter d'initiatives internes dont l'efficacité et la rigueur sont démontrées.

1. Évaluation de la culture de la pertinence

Évaluer la capacité de l'équipe à s'appuyer sur :

- → Les expertises
  - les expertises individuelles et collectives
  - les connaissances scientifiques
  - les recommandations de bonne pratique
- → La balance entre les risques et les bénéfices attendus
- → Les préférences du patient, notamment quant aux alternatives thérapeutiques

Pour augmenter les choix cliniques et évaluer leur pertinence sur la base de :

- → Des résultats cliniques pour le patient
- → De sa satisfaction
- → De son expérience de prise en charge

2. Analyse des résultats cliniques par l'équipe et leur traduction en plans d'actions d'amélioration

Évaluer la capacité de l'équipe à :

- → Apprendre de l'analyse de ses pratiques et de ses résultats cliniques
- → Identifier les écarts entre le résultat obtenu et attendu, et à mener des actions pour améliorer ses résultats

Exemples de méthodes pour l'amélioration de la pertinence :

- → Revue de pertinence des pratiques
- → Revue de concertation pluridisciplinaire
- → Indicateurs de pratiques cliniques
- → Revue de mortalité et de morbidité
- → EPP/DPC
- → IQSS – ETE-ORTHO
- → Exploitation de bases de données, registres, observatoires

Pour aller plus loin

Références documentaires

HAS

- Revue de pertinence des soins, 2017.
- Patient et professionnels de santé : décider ensemble, 2013.

IQSS

- ATBIR : indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie.
- Évènements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou (ETE-ORTHO), uniquement si activité d'orthopédie avec prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou.
- Futurs indicateurs contention isolement.

Autres références

- Ma santé 2022 rapport final « Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques.
- Les outils d'amélioration de la pertinence de soins IRDES-juin 2018.
- Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence DGOS – 2012.

Références légales et réglementaires

- Code de la santé publique : L6145-1, L1111-2, L1111-4, L6311-2, L6311-3, L3222-5-1, R6123-15, R1112-11, R6311-2, R6111-10, R1221-40, R12

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Octobre 2020 – ACC02_I85_A - maquette : Valérie Combe – 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'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 4,61.
- 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 %).

• • •

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Formation des professionnels aux précautions standard et complémentaires, à la désinfection des dispositifs réutilisables, à la prévention des infections liées aux dispositifs invasifs (2.3-11, 2.3-13, 2.3-14).
- Promotion de la vaccination des professionnels (2.3-17).

Actions

- Application des bonnes pratiques d'hygiène des mains (2.3-10).
- Mise en œuvre des précautions standard et complémentaires (2.3-11).
- Prévention des infections liées aux actes interventionnels (2.3-12, 2.3-15).
- Prévention des infections liées aux dispositifs invasifs (2.3-14).
- Traitement adapté des dispositifs médicaux réutilisables (2.3-13).
- Application des recommandations vaccinales (2.3-17).

Évaluation

- Évaluation des pratiques d'hygiène des mains, des précautions standard et complémentaires, de l'antibioprophylaxie, des précautions en secteur interventionnel (2.3-10, 2.3-11, 2.3-12, 2.3-15).
- Indicateurs de consommation de SHA par service (2.3-10).
- Indicateurs de prévention des infections (2.3-13).

IQSS IAS (2.3-10, 2.3-11, 2.3-17).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous interrogerez l'équipe sur les précautions standard. Elles correspondent à l'ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre soignant, soigné et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine. Elles s'appliquent à tout professionnel, pour tout soin, en tout lieu et pour tout patient quel que soit son statut infectieux.

Elles constituent les premières mesures barrières.
Elles comprennent :

- l'hygiène des mains ;
- les équipements de protection individuelle ;
- l'hygiène respiratoire ;
- la gestion des excreta ;
- la prévention des accidents d'exposition au sang ;
- le bionettoyage.

Les précautions complémentaires dans certaines situations, sur prescription, viennent s'ajouter aux précautions standard. Elles concernent 3 facteurs : le contact, les gouttelettes et l'air.

Mise en œuvre des précautions standard et complémentaires

1. Précautions standards

- Hygiène des mains
- Équipements de protection individuelle
- Hygiène respiratoire
- Gestion des excreta
- Prévention des AES
- Bionettoyage

2. Précautions complémentaires

- Contact
- Goutelettes
- Air

Experts-visiteurs

Vous vous assurerez que les solutions hydroalcooliques sont à la disposition de tous, et que les patients sont informés sur l'hygiène des mains

Vous observerez si professionnels respectent les prérequis et les indications de l'hygiène des mains, et s'ils privilégient la friction hydro-alcoolique.

Vous interrogerez l'équipe et le référent hygiène sur leur participation à des audits de pratiques, et sur le niveau de consommation de solution hydro-alcoolique de leur service par rapport aux objectifs fixés.

Vous évaluerez l'implication de la gouvernance dans le suivi de la consommation de SHA, et l'exploitation des résultats

Vous vous assurerez de la disponibilité des équipements de protection individuelle (masques, lunettes, protection de la tenue…).

Vous observerez si les professionnels positionnent correctement le masque, et ne portent pas de gants ou de surblouse dans les couloirs.

Vous vous assurerez que les professionnels sont bien informés sur les mesures permettant d'assurer une bonne hygiène respiratoire et que celles-ci sont effectives.

ZOOM sur les précautions standard

5 indications de l'hygiène des mains

- **Avant-bras dégagés**
- **Ongles courts sans vernis**
- **Pas de bijou**

1. Avant de **toucher un patient**
2. Avant un **geste aseptique**
3. Après un **risque d'exposition** à un liquide biologique
4. Après **avoir touché un patient**
5. Après avoir **touché l'environnement d'un patient**

Évaluation

- **Audits**
- **Suivi des consommations**

Équipements de protection individuelle (EPI)

Les EPI désignent un **ensemble de mesures barrières** : port de gants, protection du visage (masque/lunettes), protection de la tenue. Utilisés seuls ou en association, ils protègent les professionnels de santé du risque d'exposition à des microorganismes lors des contacts avec les muqueuses ou la peau lésée ; et en cas de contact ou de risque de contact/projection/aérosolisation de produit biologique d'origine humaine.

⚠ **Le port de gants ne remplace pas l'hygiène des mains**, il est indiqué essentiellement pour les gestes à risques d'AES, et lors des soins si les mains du soignant présentes des lésions ; il doit être précédé et suivi d'une friction hydro-alcoolique.

Hygiène respiratoire

L'hygiène respiratoire est un **ensemble de gestes qui visent à limiter la dispersion de germes** à l'occasion de toux, d'éternuements ou de mouchage.

- → Faire porter un masque à toute personne (patient, résident, visiteur, professionnel de santé, intervenant extérieur, aidant…) présentant des symptômes respiratoires de type toux ou expectoration et en particulier en cas d'épidémie (exemple : COVID 19).
- → Utiliser un mouchoir à usage unique pour couvrir le nez et la bouche lors de toux, éternuement et le jeter immédiatement après usage. En l'absence de mouchoir, tousser ou éternuer au niveau du coude ou en haut de la manche plutôt que dans les mains.
- → Réaliser une hygiène des mains après contact avec des sécrétions respiratoires ou des objets contaminés. Ne pas toucher les muqueuses (yeux, nez, bouche) avec des mains contaminées.
- → Mettre en place une information sur les mesures d'hygiène respiratoire à prendre et mettre à disposition le matériel nécessaire (masques, mouchoirs jetables…) dans les lieux stratégiques.

• • •

Vous vous assurerez que les bonnes pratiques de gestion des excreta sont connues et appliquées, notamment la protection de la tenue, l'hygiène des mains et l'utilisation de lave-bassins ou de dispositifs de recueil à usage unique.

Gestion des excreta

Les excreta sont une **source majeure de diffusion de bactéries**, notamment de bactéries résistantes aux antibiotiques.

Lors de la gestion des excreta, il faut porter des gants de soins et une protection de la tenue, et pratiquer une hygiène des mains au retrait des gants.

En l'absence de sac de recueil à usage unique, les bassins doivent être transportés avec un couvercle et directement déposés dans le lave-bassin, sans manipulation ni rinçage en raison du risque d'aérosolisation.

Vous vous assurerez de la présence de conteneurs pour objets piquants/coupants/tranchants adaptés et correctement remplis .

Prévention des AES

AES (Accidents d'exposition au sang)
IL SUFFIT D'UNE SEULE FOIS !

Pour les **soins utilisant un objet perforant** : porter des gants de soins, utiliser les dispositifs médicaux de sécurité mis à disposition, après usage : ne pas recapuchonner, ne pas plier ou casser, ne pas désadapter à la main, si usage unique : jeter immédiatement après usage dans un conteneur pour objets perforants adapté, situé au plus près du soin, sans dépose intermédiaire, y compris lors de l'utilisation de matériel sécurisé, si réutilisable : manipuler le matériel avec précaution et procéder rapidement à son nettoyage et sa désinfection.

Pour les soins exposant à un risque de projection/aérosolisation, porter des équipements de protection individuelle de manière adaptée (protection du visage, de la tenue, port de gants si peau lésée).

La **conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang** doit être formalisée, actualisée et accessible à tous les intervenants dans les lieux de soins.

Vous observerez la propreté de l'environnement du patient.

Bionettoyage

Procéder au nettoyage et/ou à la désinfection de l'environnement proche du patient (table de chevet, adaptable, lit…), des surfaces fréquemment utilisées (poignées de porte, sanitaires…) ainsi que des locaux (sols, surfaces) selon des procédures et fréquences adaptées.

→ Dans certaines situations, sur prescription, des précautions complémentaires viennent s'ajouter aux précautions standard.

Vous vous assurerez que le patient et ses proches le cas échéant, sont informés de l'indication des précautions, et des mesures mises en place.

Vous interrogerez l'équipe sur ses connaissances des situations justifiant ces précautions complémentaires, et sur les évaluations réalisées.

Précautions complémentaires

Contact

Les précautions Contact s'appliquent pour tout patient suspect ou atteint d'une pathologie transmissible par contact liée à certains microorganismes, par exemple les bactéries résistantes aux antibiotiques, les Clostridium difficile, la gale… Elles reposent sur l'hygiène des mains ; la protection de la tenue, et la mise en chambre individuelle de préférence.

Goutelettes

Les précautions Gouttelettes s'appliquent pour tout patient suspect ou atteint d'une infection transmissible par gouttelettes, par exemple la grippe, la coqueluche, la bronchiolite à VRS, les oreillons, la rubéole… Elles reposent sur le port du masque chirurgical par le patient et les professionnels, et la mise chambre individuelle de préférence.

Air

Les précautions Air s'appliquent pour tout patient suspect ou atteint d'une pathologie transmissible par aérosols, par exemple la tuberculose, la varicelle, la rougeole… Elles reposent sur le port du masque chirurgical par le patient, du masque FFP2 par les professionnels, et la mise en chambre individuelle **impérative**, porte fermée.

Experts-visiteurs

Vous vous assurerez que l'équipe dispose de protocoles d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée actualisés, pour les actes interventionnels réalisés.

Vous observerez dans le dossier du patient la prescription de l'antibioprophylaxie en préopératoire par l'anesthésiste ou le chirurgien.

Vous observerez si le moment de l'administration et la durée du traitement sont conformes au protocole.

Vous vous assurerez que l'équipe vérifie la réalisation de la douche et du traitement des pilosités le cas échéant.

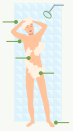
Vous rechercherez la vérification de la préparation cutanée et de l'antibioprophylaxie sur la *check-list*.

Vous observerez le respect du port de la tenue dédiée au secteur.

Prévention des infections liées aux actes interventionnels

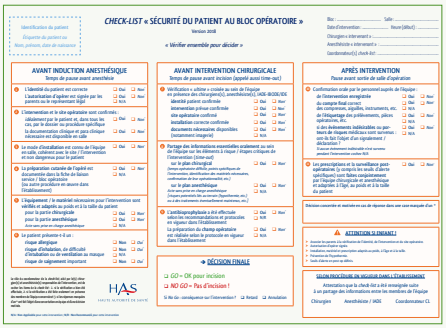
Bonnes pratiques

Douche préopératoire



Antiseptie champ opératoire

Check-list



La préparation cutanée vise à diminuer la quantité de microorganismes sur la peau, elle comporte la douche préopératoire et l'antisepsie 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.

Experts-visiteurs

Vous interrogerez les professionnels chargés de la désinfection sur la formation dont ils ont bénéficié.

Vous rechercherez la liste des dispositifs utilisés et les éléments de traçabilité des étapes de la désinfection.

Vous observerez le relevé du matériel utilisé dans le compte-rendu d'examen.

Vous vous assurerez que les contrôles microbiologiques prévus sont réalisés et les résultats connus de l'équipe.

Vous rechercherez si les indicateurs de prévention des infections sont produits et exploités.

Traitement des dispositifs médicaux réutilisables

Formation

Maintenance
Traçabilité

Contrôles
Microbiologiques
Audit
Indicateurs

Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux réutilisables s'explique par le caractère invasif de l'acte et à la complexité du matériel utilisé.

Les recommandations de bonnes pratiques de traitement des endoscopes prévoient :

- la formation des professionnels qui doit être structurée, et ne pas reposer sur un simple compagnonnage ;
- le suivi et la maintenance du matériel en lien avec le service biomédical ;
- la traçabilité de toutes les étapes du processus : matériel utilisé, désinfection… ;
- la surveillance du dispositif avec les contrôles microbiologiques des appareils, les audits de pratiques et le suivi d'indicateurs en lien avec les actes réalisés.

Experts-visiteurs

Vous vous assurerez que les mesures de prévention des infections liées au dispositifs invasifs sont appliquées. Elles reposent essentiellement sur :

- la formation des équipes ;
- la mise en application de protocoles rigoureux ;
- et la surveillance des signes d'infection chez le patient.

Prévention des infections liées aux actes interventionnels

Un patient sur 3 est porteur d'un dispositif invasif à demeure ; il s'agit d'un cathéter veineux périphérique le plus souvent. L'implantation temporaire d'un cathéter vasculaire, d'une sonde vésicale ou d'une sonde endotrachéale est associée à un risque infectieux non négligeable puisqu'on estime que 60 % des infections associées aux soins auraient pour origine un dispositif invasif. La physiopathologie de ces infections est étroitement liée à la constitution d'un biofilm sur ces corps étrangers.

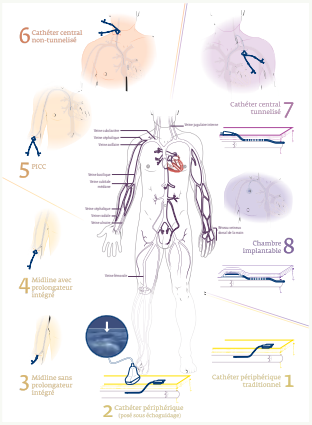
- **Cathéter :** plus de la moitié des bactériémies nosocomiales sont liées à un cathéter.
- **Ventilateur mécanique :** la prévalence des infections liées à la ventilation mécanique peut atteindre 40% suivant les prises en charge.
- **Sonde urinaire :** les infections urinaires sont les principales causes d'infections associées aux soins en France. Les patients sondés ont 5 fois plus de risque de développer une infection urinaire que les patients non sondés.

Pansement transparent

Surveillance des signes d'infection

Formation des équipes

Mise en application de protocoles rigoureux



Experts-visiteurs

Vous évaluerez la connaissance de l'équipe sur l'importance des vaccins recommandés aux professionnels de santé pour protéger les soignants et les patients dont ils ont la charge ainsi que leur connaissance des vaccins obligatoires et recommandés.

Vous vous assurerez que la gouvernance facilite l'adhésion des professionnels en prenant en compte les opposants, ceux qui doutent, ont des craintes sur les éventuels effets secondaires ou ceux qui ne se sentent pas concernés parce que non vulnérables. La gratuité des vaccins dans différents lieux de vaccination, constitue un levier…

Vous interrogerez la gouvernance sur les actions de promotion menées, sur les résultats obtenus en termes de couverture vaccinale (IQSS), et sur les actions d'amélioration.

Application des recommandations vaccinales

La couverture vaccinale contre la grippe parmi les personnels de santé reste insuffisante à moins de 40 %.
Les mesures d'incitation reposent sur la formation, l'information, la facilité d'accès.

Vaccins obligatoires

- Hépatite B
- Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite

Vaccins recommandés

- Grippe
- Rougeole
- Coqueluche
- Varicelle

Freins

- Opposition à la vaccination
- Doutes sur l'efficacité
- Craintes des effets secondaires
- Perception de non vulnérabilité
- Contamination par le soignant

Contexte

Objectifs

- Protéger les soignants
- Protéger les patients d'une contamination par le soignant

Effets positifs des campagnes

- Gratuité des vaccins
- Promotion de la vaccination
- Informations ciblées sur les vaccins
- Lutte contre les *fake-news*

Pour aller plus loin

- Actualisation des précautions standard, SFHH (Société française d'hygiène hospitalière), juin 2017 https://sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf
- Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et à sa promotion, SF2H, 2018. https://www.sf2h.net/publications/hygiene-des-mains-et-soins-du-choix-du-produit-a-son-utilisation-et-a-sa-promotion-mars-2018
- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact, SF2H, 2009. https://www.sf2h.net/publications/prevention-de-transmission-croisee-precautions-complementaires-contact
- Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes, SF2H, 2013. https://www.sf2h.net/publications/prevention-de-transmission-croisee-voie-respiratoire-air-goutelettes
- Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanés, SFHH, 2019. https://www.sf2h.net/publications/prevention-des-infections-lies-aux-catheters-peripheriques-vasculaires-et-sous-cutanes-mai-2019
- Gestion préopératoire du risque infectieux, SFHH, 2013. https://www.sf2h.net/publications/gestion-preoperatoire-risque-infectieux-mise-a-jour-de-conference-de-consensus
- Instruction n°° DGOS/PF2/DGS/VSS1/2016/220 du 4 juillet 2016 relative à relative au traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux au sein des lieux de soins, abroge la circulaire de du 17/12/2003. http://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/2016/instruction/4072016.pdf
- Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes), SFAR, 2018.
- Enquête SPF Couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé, BEH octobre 2019.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I87_A - maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la gestion des droits des patients
selon le référentiel de certification

Les établissements de santé et leurs professionnels doivent **garantir, à toute personne hospitalisée, le respect de ses droits essentiels**, tels qu'ils sont affirmés par les lois – notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – et autres textes dont les références figurent dans le Référentiel V2020.

La certification s'intéresse à ces droits dans plusieurs de leurs composantes.

- **L'information et l'implication du patient :**
  - information ;
  - consentement ;
  - implication ;
  - directives anticipées ;
  - proches et/ou aidants.
- **Le respect du patient :**
  - dignité ;
  - intimité et confidentialité ;
  - liberté d'aller et venir ;
  - bientraitance.

Enjeux nationaux

- Positionner le patient en acteur de sa prise en charge en mettant à sa disposition une information complète et claire.
- Respecter les droits fondamentaux des patients, condition impérative à la qualité et à la sécurité des soins à laquelle doivent se soumettre tous les professionnels hospitaliers.
- Acculturer les équipes de soins aux notions plus émergeantes que sont les directives anticipées ou encore la promotion de la bientraitance.

Principales données actuelles

- Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et des textes de référence qui en découlent, les droits fondamentaux et le respect de la personne hospitalisée ont été régulièrement réaffirmés.
- Plus que jamais, le rôle du patient comme acteur de sa prise en charge est reconnu afin d'améliorer la qualité et l'efficacité de sa prise en charge et de réduire les effets indésirables liés à une non-adhésion à son projet de soins.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Sensibiliser et former les professionnels aux valeurs de la bientraitance (3.2-04).
- Promouvoir la prévention et la détection des situations et actes de maltraitance (3.2-05).
- Favoriser l'accès aux innovations pour les patients (3.2-10).

• • •

Actions

Informer et impliquer

- Transmettre une information claire et adaptée au degré de discernement du patient (1.1-01) y compris en cas de recours à la contention (1.2-06).
- Impliquer le patient, s'il le souhaite, dans la réflexion bénéfice/risque (1.1-02).
- Recueillir le consentement libre et éclairé du patient sur son projet de soins et ses modalités de prise en charge (1.1-03) ou sur le projet de naissance (1.1-07)
- Informer le patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées et, le cas échéant, les recueillir (1.1-14).
- Informer le patient sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles et sur les aides techniques et humaines existantes (1.1-16).
- Remettre la lettre de liaison (2.2-20).
- Recueillir la personne à prévenir et la personne de confiance désignés par le patient (1.1-08).
- Permettre l'implication, si nécessaire, des proches et/ou aidants (1.3-01).

Respecter

- Respecter l'intimité et la dignité du patient (1.2-01) et la confidentialité des informations le concernant (1.2-05).
- Assurer la sécurité des personnes et des biens (3.6-03).
- Assurer la réponse aux besoins élémentaires (1.2-07).
- Préparer la sortie en tenant compte des conditions de vie habituelle (1.4-06).

Évaluation

- IQSS Qualité de la lettre à la sortie ; e-Satis.

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

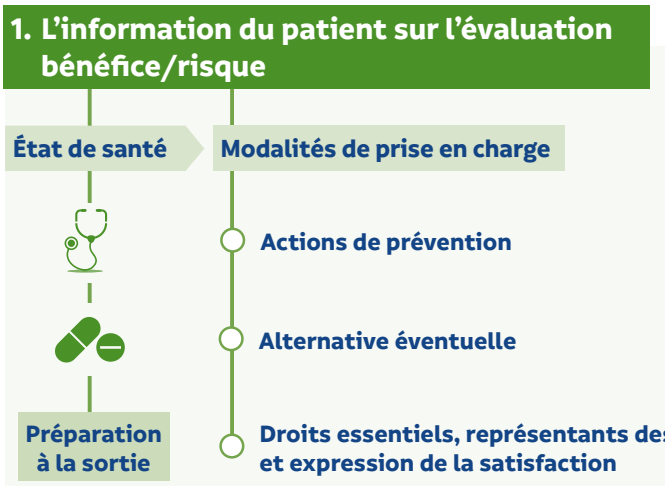
Experts-visiteurs

L'information sur les bénéfices/risques donnée au patient doit être accessible, intelligible et loyale et adaptée à l'âge du patient, son degré de compréhension, sa maîtrise de la langue française et enfin à la gravité de la situation clinique. Chaque patient doit si il le souhaite pouvoir s'impliquer dans l'évaluation bénéfice/risque des décisions qui le concerne.

L'information du patient porte sur tout ce qui peut concerner son séjour au sein de l'établissement :

- son état de santé ;
- les modalités de prise en charge ;
- les investigations menées ou à mener ;
- les actions de prévention ;
- ses traitements ;
- et toute alternative éventuelle, intégrant les protocoles de recherche clinique envisageables.

Pour préparer sa sortie, le patient doit avoir l'ensemble des informations, dont la lettre de liaison, qui permettront d'assurer la continuité de ses soins : les prescriptions lui sont remises et adressées au médecin traitant ; les équipements et le matériel nécessaires lui sont confiés ou l'établissement s'est assuré qu'il saurait se les procurer.



Les informations données sont adaptées :

- à l'âge du patient ;
- à son degré de compréhension ;
- à sa maîtrise de la langue française ;
- à la gravité de la situation clinique.

Les spécificités liées à l'enfant/adolescent, la personne âgée, la personne vivant avec un handicap et la personne en situation de précarité sont abordées dans un module consacré.

Zoom sur l'information et les représentants des usagers

L'information doit également porter sur les droits essentiels garantis à la personne hospitalisée, le rôle et le contact des représentants des usagers et/ou des associations de patients bénévoles (dans l'établissement ou non) qui peuvent intervenir dans divers champs :

- information ;
- accueil ;
- entraide ;
- soutien des personnes concernées ;
- formation des malades, des familles et des professionnels ;
- information et d'éducation thérapeutiques ;
- accompagnement et d'accès aux soins et aux droits.

Elle porte également sur les modalités d'expression et de recueil de la satisfaction des patients.

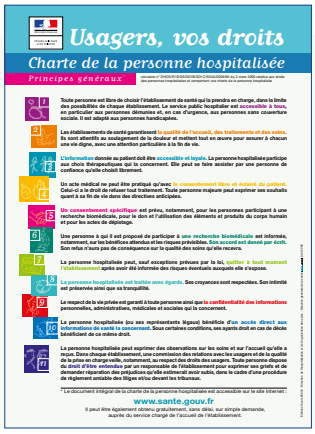
Souvent moralement affecté par son hospitalisation, le patient doit être :

- **respecté** à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- **informé** de l'existence de ces droits et du devoir de l'établissement de les respecter.

Vous regarderez si la charte de la personne hospitalisée dont la dernière version date de 2006, est affichée dans les services et si la synthèse de celle-ci est intégrée au livret d'accueil remis au patient.

2. Le respect du patient

- **Dignité**
- **Vie privé**
- **Liberté d'aller et venir**


Usagers, vos droits
Charte de la personne hospitalisée
Principes généraux
www.sante.gouv.fr

Les 4 aspects du respect des droits

Dignité

Elle fait ici écho à l'intégrité de la personne, à son intimité, à la réponse à ses besoins élémentaires et à la sécurité des biens et des personnes.

Un regard particulier est à effectuer sur :

- la tenue du patient qui doit être en adéquation avec le respect de sa dignité, notamment dans les zones de circulation et d'attente ;
- l'équipement et la propreté des locaux qui doit permettre un isolement lors des soins et toilettes (sanitaires, portes fermées, paravent dans les chambres doubles, ...) ;
- la réponse apportée aux besoins fondamentaux d'hygiène (sanitaires en nombre suffisant et organisation des toilettes adaptées) et également accompagnement aux toilettes quand nécessaire, hydratation, etc. y compris lors des piques d'activité ou la nuit ;
- la manière dont les professionnels s'adressent aux patients qui ne doit pas être familière ;
- la connaissance, par le patient, des solutions de sécurisation de ses objets personnels.

Vie privée

En application du règlement général sur la protection des données (RGPD), l'établissement garantit la protection des données à caractère personnel qu'il peut avoir recueillies. Les informations à caractère médical sont confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe de soins qui la prend en charge. D'autres professionnels de santé ne faisant pas partie de l'équipe de soins peuvent en être destinataires, dans la mesure où le patient en aura été averti et ne s'y sera pas opposé.
Aucune donnée médicale ne doit être accessible depuis les couloirs ou les chambres.
Le patient doit confirmer que sa vie privée a été respectée :

- il a pu recevoir les visiteurs de son choix ;
- la confidentialité de son courrier, de ses appels téléphoniques ou de ses entretiens est assurée ;
- le respect des croyances et convictions et ses choix de vie sont respectés et sont pris en compte lors de la préparation de la sortie ;
- une assistance sociale spécifique lui a été proposée si besoin ;
- ...

La gouvernance veille également au respect des droits et à la promotion d'une relation d'aide et de soutien vis-à-vis des patients et de leurs familles.

Liberté d'aller et venir

- Le patient doit pouvoir quitter l'établissement s'il le désire. Il ne sera pas enfermé dans sa chambre ni même dans un service de soins, y compris dans les établissements de santé mentale.
- Lorsque la demande de sortie est jugée prématurée par le médecin et présente un danger pour la santé de la personne, celle-ci doit signer une attestation établissant qu'elle a eu connaissance des dangers que cette sortie présentait pour elle.
- Lors de l'organisation du transfert d'un patient vers un autre établissement dont relève sa prise en charge, celui-ci doit avoir librement choisi l'établissement si la spécialité dont sa pathologie relève y est pratiquée.
- Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale prise sur les éléments cliniques issus d'un examen médical et doit être motivé au sein du dossier du patient. La prescription mentionne le type de contention, la durée, les modalités de surveillance et de réévaluation.
- Les barrières de lit ou harnais de maintien au fauteuil sont des moyens de contention entravant la liberté d'aller et venir. En ce sens, ils doivent faire l'objet d'une décision médicale. Néanmoins, souvent utilisés à des fins de protection et de sécurité de la personne, la question de la réévaluation peut être adaptée.
- Une information claire et explicite doit être fournie au patient et tracée dans le dossier exception faite de la question des soins sans consentement.
- Les personnes détenues disposent des mêmes droits que ceux dont bénéficient les autres personnes hospitalisées. Cependant, les détenus admis dans un établissement de santé continuent d'effectuer leur peine ; de ce fait, la réglementation pénitentiaire leur est applicable et notamment, les règles particulières restreignant la liberté d'aller et venir et de communiquer.

Bientraitance

- Elle se fonde sur le respect de la personne humaine et de sa dignité et sur la participation des personnes aux projets de soins qui les concernent.
- L'établissement doit prôner la bientraitance dans ses valeurs et mener des actions de sensibilisation ou de formation auprès de toutes les catégories de professionnels.
- Il y a maltraitance quand un geste, une parole, une action ou un défaut d'action a pour effet de porter atteinte aux droits ou aux besoins fondamentaux, aux libertés, aux biens, à la sécurité, à la santé ou au bien-être d'une personne. La maltraitance peut être ponctuelle ou répétée. Elle peut être intentionnelle ou non. Elle peut être individuelle, collective ou institutionnelle. La maltraitance recouvre souvent des formes multiples et associées.
- La gouvernance veille à la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance. Une place importante doit être donnée à la parole et aux signalements et une vigilance particulière accordée aux personnes les plus vulnérables.

Pour aller plus loin

Références documentaires

Informer et impliquer

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Art. L. 1110-4, L. 1111-1 à L. 1112-6 du CSP.
- Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.
- Décret n°2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Charte de la personne hospitalisée (annexe à la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006)
- Art. L. 1111-6 du CSP sur la désignation d'une personne de confiance.
- Plan national maladies rares 2018-2022.

Respecter

- Art. L.1110-2, L.1110-4 du CSP.
- Art. D. 6124-19 et D. 6124-23 du CSP.
- Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- Instruction n°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à « la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ».

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I89_A– maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de l'engagement patients et usagers
selon le référentiel de certification

→ Dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, l'engagement des personnes concernées désigne toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de ceux de leurs pairs.

→ Cet engagement nécessite en regard l'engagement des professionnels et des décideurs, afin que l'expérience, les besoins et préférences des personnes concernées soient prises en compte, tant dans le soin et l'accompagnement social et médico-social que dans l'amélioration des pratiques et des organisations que l'enseignement et la recherche.

→ Cet engagement conjoint concourt à un meilleur service rendu aux personnes concernées et à l'augmentation de leur pouvoir d'agir.

Recommandation de bonne pratique HAS. « Faciliter l'engagement des personnes au service de leur santé, de leurs pairs et des organisations », septembre 2020.

Enjeux nationaux

- Contribution à la qualité des soins.
- Patient partenaire des professionnels de santé pour sa prise en soins individuelle :
  - information des usagers ;
  - participation au projet individuel de soins ;
  - expression sur son retour d'expérience.
- Patient partenaire des structures de soins à l'échelon collectif :
  - recueil de son expression ;
  - appui sur son expertise ;
  - recherche de sa contribution.
- Implication des RU et des associations de patients au sein de l'établissement :
  - respect des droits ;
  - contribution aux démarches d'amélioration de qualité et sécurité des soins.

Principales données actuelles

- Évolutions du positionnement du patient depuis la loi de 2002 d'un individu passif dans sa prise en charge à un patient disposant de droits et maintenant patient engagé pour sa santé et celle de ses pairs.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Promouvoir toutes les formes de recueil de l'expression du patient (3.2-01).
- Promouvoir les actions mobilisant l'expertise des patients (3.2-02).
- Assurer l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement (3.2-11).
- Soutenir toute initiative de prise en compte du point de vue du patient (3.7-02).

• • •

Actions

- Délivrer des messages au patient renforçant sa capacité à agir pour sa santé (1.1 -05).
- Mettre en œuvre des actions d'information, éducatives, de formations destinées au patient favorisant son implication dans sa prise en charge (1.1-06).
- Impliquer les proches et/ou aidants dans la mise en œuvre du projet de soins (1.3-01).

Évaluation

- Recueillir l'expérience et la satisfaction du patient (1.1-17).
- IQSS e-Satis.

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous évaluez l'engagement du patient :

- au regard du partenariat développé avec les professionnels pour sa prise en charge individuelle ;
- avec les structures de soins à l'échelon collectif ;
- et également au regard de l'implication des représentants des usagers et des associations au sein de l'établissement.

Dans le cadre de sa prise en soins individuelle, le patient est informé de manière adaptée sur :

- son état de santé ;
- l'accueil et l'accompagnement de son entourage ;
- les coordonnées des représentants des usagers.

Il a également la possibilité de participer au projet de soins qui va lui être proposé, en participant s'il le souhaite, aux choix diagnostiques et thérapeutiques.

Enfin, il s'exprime sur son retour d'expérience quant à sa prise en charge.

1. Le patient partenaire pour sa prise en soins individuelle

Information

- **Modalités adaptées à la nature des informations et aux personnes considérées dans leur singularité**
- **Fonctionnement de l'ES**
- **État de santé et projet de soins proposé**
- **Accueil et accompagnement de l'entourage**
- **Lieux et personnes ressources (RU, associations, bénévoles, ...)**

Participation au projet individuel de soin

- **Collaboration avec les différents professionnels (médicaux, paramédicaux, équipes de soins, ...)**
- **Adaptation du vocabulaire, des outils**
- **Participation aux choix diagnostiques, thérapeutiques, solutions alternatives, ...**
- **Recueil du consentement ou du refus des soins. Informations visant l'adhésion aux soins le cas échéant**

Expression sur son retour d'expérience

- **Échanges facilités de son ressenti auprès des équipes de soins**
- **Connaissances des dispositions de gestion des plaintes et réclamations (courriers, mails, ...)**

Dans le cadre de son partenariat avec les structures de soins, **vous évaluerez**, à l'échelon collectif :

- le recueil de l'expression du patient notamment au travers des questionnaires de satisfaction ou de la méthode patient traceur ;
- l'appui sur l'expertise patient dans le parcours de soins et dans les formations ;
- et enfin sur la recherche de la contribution du patient dans les projets d'amélioration de la qualité des soins et les projets de recherche.

2. Le patient partenaire des structures de soins à l'échelon collectif

Recueil de son expression

- **Enquêtes de satisfaction**
- **Courriers de réclamation et plaintes**
- **Groupe focus, groupe de pairs**
- **Méthode d'évaluation comme le patient traceur**

Appui sur son expertise

- **Dans le parcours de soins :** accompagnement par des pairs (aidance, éducation, médiation en santé, ...) et dans les programmes d'ETP
- **Dans les formations :** sensibilisation des professionnels aux outils et méthodes de communication du témoignage à la co-construction, à l'intervention jusqu'à l'évaluation

Recherche de sa contribution

- **Dans les projets d'amélioration de la QSS :**
  - exploitation des retours d'expériences du/des patients (courriers, PREMS, PROMS, patient traceur, déclaration EGIAS)
  - contribution à des projets, à des évaluations
- **Dans les projets de recherche :**
  - inclusion des patients dans les essais cliniques
  - contribution du/des patients à des protocoles de recherches
  - relecture de documents destinés aux patients et usagers

Les outils de mesure

Les indicateurs mesurés auprès des patients peuvent se présenter sous la forme :

- d'une ***mesure des résultats de soins rapportés par le patient ou Patient Reported Outcome Measures*** (PROMS) ;
  - les PROMS s'intéressent à l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient. Ils peuvent être génériques ou spécifiques selon la nature des résultats qu'il mesure (exemple : qualité de vie globale VS périmètre de marche).
- d'une **mesure de l'expérience du patient** concernant :
  - son parcours de soins, ou *Patient Reported Experience Measures* (PREMS) ;
  - les PREMS s'intéressent à la manière dont le patient vit l'expérience des soins sur différentes dimensions : le temps d'attente, l'accès aux soins, l'implication dans la décision, la qualité de la communication...

Vous interrogerez les représentants des usagers sur leur implication et celle des associations de patients au sein de l'établissement.

Ces démarches d'intégration peuvent être mesurées par différentes actions dont voici quelques exemples :

- des actions de sensibilisation et d'information auprès des patients ;
- des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients ;
- l'analyse des plaintes, réclamations, EIG, EIAS, questionnaires de satisfaction, indicateurs e-Satis ;
- articulation du projet des usagers avec le projet médical et soignant.

3. L'implication des responsables usagers et des associations de patients

Engagement de l'ES pour soutenir le partenariat avec les RU & associations de patients

- **Sollicitation**
- **Information dans un langage accessible**
- **Écoute**
- **Inscription dans une réelle dynamique**
- **Accès aux résultats**
- **Force de propositions**
- **Avis pris en compte**

Exemple de démarches d'intégration de l'expertise du patient

- **Actions de sensibilisation et d' information auprès des patients**
- **Projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients** (accueil, locaux, signalisation)
- **Analyse des plaintes, réclamations, EIG, EIAS, questionnaires de satisfaction, e-Satis** (résultats et verbatim)
- **Projet des usagers articulé avec le projet médical et soignant**

Pour aller plus loin

Références documentaires HAS

- → Recommandation de bonne pratique : « Faciliter l'engagement des personnes au service de leur santé, de leurs pairs et des organisations », HAS juin 2020.
- → Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins dans le cadre de l'expérimentation « Épisode de soins », HAS septembre 2019.
- → Construire et faire vivre le projet des usagers en établissement de sante - FAS - Fédérations ES - HAS

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS

www.has-sante.fr

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I90_A– maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la gestion des parcours patients intra et extra hospitalier

selon le référentiel de certification

→ **Le parcours de soins intra et extra hospitalier implique la coordination des différents intervenants** dans la prise en charge d'un patient ; la connaissance par tous ces acteurs des ressources disponibles et du rôle de chacun.

→ Cette coordination est renforcée par le **partage et les échanges d'informations** entre les intervenants.

Enjeux nationaux

- Mettre en place la coordination territoriale.
- Définir l'articulation entre les différentes structures intra et extra hospitalières.
- Permettre la lisibilité du parcours de soins.
- Développer des admissions directes dans les services, particulièrement pour les personnes âgées et les malades chroniques.
- Assurer la visibilité des lits et places sur le territoire.
- Maîtriser les situations de tension et de crise sanitaire exceptionnelle.

Principales données actuelles

- 135 GHT regroupant 891 établissements.
- 216 600 lits et 31 988 places MCO, public, ESPIC et privé et 57 900 lits de psychiatrie.
- 19 millions de séjours MCO pour 13 millions de patients avec une durée moyenne de séjour de 5,4 j.
- 7,6 millions de séjours d'hospitalisation en ambulatoire.
- 21 millions de passages aux urgences pour 645 structures d'urgences.
- 4,9 Millions de journées pour 110 000 patients pris en charge en HAD.
- 35 millions de journées en SSR pour 104 820 lits.
- 910 maisons de santé et 339 maisons médicales de garde.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Renforcer les liaisons intra et extra hospitalier avec le territoire (3.1-01, 3.1-03; 3.1-04, 3.7-05).

Actions

- Développer la coordination des parcours en lien avec les acteurs sanitaires et médico sociaux (3.1-01, 3.1-04).
- Fluidifier le parcours et maîtriser l'hébergement :
  - avoir une visibilité des capacités d'hospitalisation des patients (2.2-03, 2.2-08).
- Formaliser des circuits courts (3.1-06).

• • •

– Assurer la continuité des soins tout au long du parcours intra et extra hospitalier :
  • assurer la production de la lettre de liaison (2.2-20) ;
  • prendre en compte l'autonomie et la situation sociale (1.4-06, 2.1-04).

Évaluation

– Évaluer et améliorer l'accès des patients hospitalisés aux plateaux techniques (2.4-07, 2.4-08).
– Améliorer le parcours intra hospitalier (3.1-06, 3.1-07).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

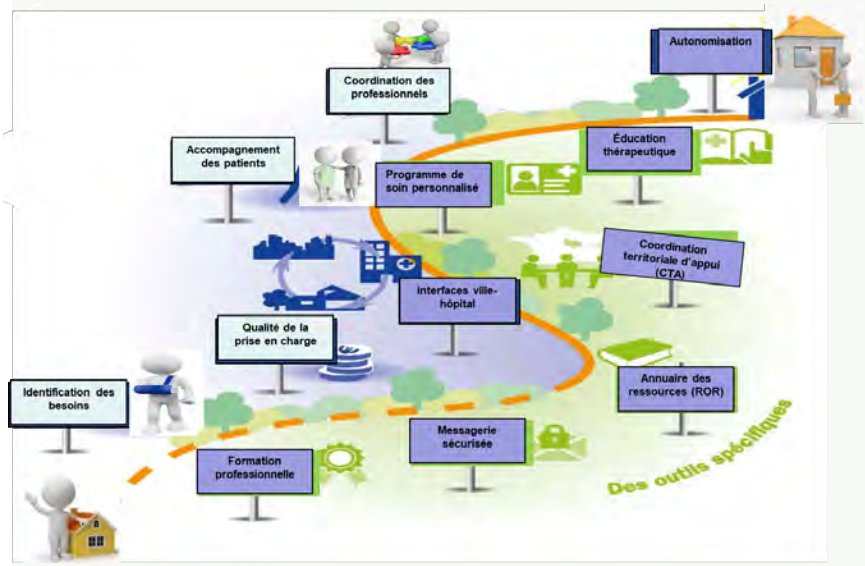
Experts-visiteurs

Lors de l'entretien avec la gouvernance, **vous vous assurerez** de sa connaissance des intervenants de son territoire.

Vous lui demanderez quelles sont les structures de coordination ou les professionnels à qui il fait appel et les partenariats qu'il a établi :

- réseaux de soins en lien avec ses activités ;
- communauté professionnelle territoriale de santé ;
- structures d'exercice collectif ;
- équipes de soins territoriales ;
- …

1. La coordination des parcours en lien avec les acteurs sanitaires et médico sociaux



Le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles

L'amélioration de la qualité de la prise en charge notamment pour les patients atteints de maladies chroniques doit s'appuyer sur la promotion de parcours de soins. Ils correspondent, pour le patient, au juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins.

La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. Le parcours de soins permet de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.

La démarche permet, au final, une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».

Vous vous assurerez pour cette étape à regarder les moyens mis en œuvre pour anticiper et organiser le séjour des patients.

→ Pour permettre une meilleure organisation des séjours hospitaliers, il a été montré la nécessité au sein de chaque établissement de mettre en place de manière concommitante un suivi et une évaluation de quatre piliers indissociables : le besoin journalier minimal en lits, les entrées directes, les séjours programmés et les durées prévisionnelles de séjour.

→ Concernant l'organisation de l'hébergement du patient à son arrivée afin d'avoir la visibilité des lits au sein de l'établissement et par extension pouvoir la diffuser au sein du territoire, vous demanderez s'il existe une cellule de gestion des lits. S'il n'y a pas de cellule, vous demanderez à l'équipe comment sont gérées les entrées quel qu'en soit le mode.

2. L'anticipation de l'organisation du séjour des patients

Les 4 piliers indissociables

- **Besoin journalier minimal en lits**
- **Entrées directes**
- **Séjours programmés**
- **Durées prévisionnelles de séjour (DPS)**

L'organisation de l'hébergement du patient

- **Avoir une visibilité des capacités d'hospitalisation**

- **Avoir une cellule de gestion des lits**

Organisation des flux et hébergements

L'organisation du flux peut passer par une cellule de gestion des lits ou cellule d'ordonnancement. Cette cellule centralise toutes les entrées et sorties qui sont remontées au plus près par les services cliniques.

L'obejectif est d'avoir le bon patient au bon endroit et au bon moment. Lorsque cela n'est pas possible, des règles d'hébergement sont mises en place par consensus médical et validées par la commission médicale d'établissement. Ces règles doivent être disponibles et partagées entre le service d'urgence et les services cliniques, en lien avec la cellule gestion des lits lorsqu'elle existe. Dans le cas d'un hébergement, il convient de s'assurer que l'équipe de la spécialité intervient dans un délai adapté au plus près de l'état clinique du patient.

La saturation de l'aval des urgences (manque de lits d'hospitalisations) étant devenue une composante majeure de la saturation des SU, il est apparu nécessaire de mettre en place un indicateur (BJML) permettant aux établissements d'approximer, a minima, le nombre de lits d'hospitalisations nécessaire au quotidien pour répondre au mieux à la demande d'hospitalisations en provenance des urgences, et ainsi éviter une situation de tension en aval. Le BJML est calculé à partir de la remontée des résumés de passages aux urgences (RPU) par les Services d'Urgences (SU). Il évalue le besoin de lits à attribuer pour des patients qui sont hospitalisés en provenance du SU. Dans 75 % des cas, le besoin est « sous-évalué », il n'y a donc pas de risque de surréservation et/ou de lits bloqués inutilement dans les services cliniques.

Les entrées directes sont des entrées non programmées faites sur appel de médecin à médecin dans les services cliniques, sans passer ni par les urgences ni par la consultation (programmation).

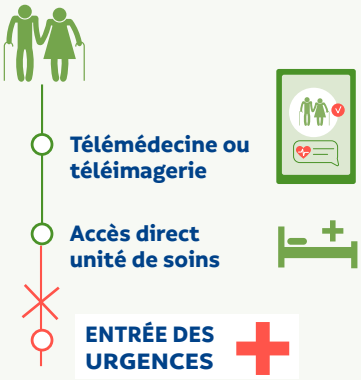
La durée prévisionnelle de séjour (DPS) est élaborée à partir d'un consensus de la communauté médicale par spécialité. Elle est renseignée dès la consultation pour les entrées programmées ou dans les 48 h qui suivent une hospitalisation non programmée. Son renseignement contribue à la visibilité des flux pour la programmation des entrées et des sorties.

Les circuits courts consistent à réaliser, lorsque l'état clinique du patient le permet, des entrées directes dans les unités de soins en ne le faisant pas passer par le service d'urgence.

À ce sujet, **vous interrogerez :**

- **l'équipe** sur la manière dont elle gère les circuits courts au niveau des services cliniques ;
- **l'établissement :**
  - sur la façon dont il a formalisé des circuits courts et/ou mis en œuvre la télémédecine en lien avec ses partenaires de ville, médecins traitants, EHPAD, HAD et autres partenaires...,
  - si ce mode d'entrée concerne particulièrement les personnes âgées mais aussi les patients chroniques, connus des services.

3. La formalisation des circuits courts



La typologie des patients accueillis en entrées directes est à déterminer et formaliser, pour ne pas passer à côté d'une urgence réelle.

L'impact des lits occupés par ce mode d'entrée est à considérer dans la gestion des lits, car il n'existe pas à ce jour d'identification dans le PMSI. Ceci est à l'étude au niveau de l'agence en santé du numérique.

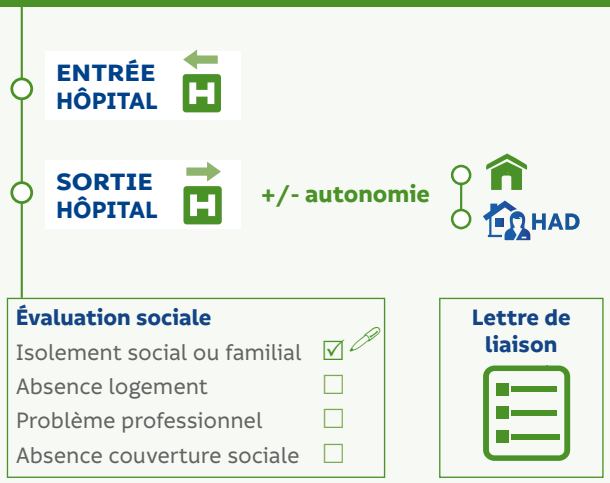
Vous demanderez à l'équipe si elle s'assure de la préparation de la sortie tout au long du séjour, et ce en lien avec le patient et ses proches ou aidants.

Pour anticiper les éventuels problèmes à la sortie **vous demanderez** si une évaluation des conditions sociales a été faite dès la programmation ou dès l'entrée si celle-ci s'est effectuée de manière non programmée,

Vous questionnerez l'équipe sur l'anticipation, dès l'entrée du patient, dans le cas d'une sortie souhaitée en 'HAD et vous demanderez si un suivi de ces demandes est effectué.

Enfin **vous vérifierez** que le service émet une lettre de liaison le jour de la sortie du patient comprenant toutes les informations utiles pour garantir la continuité des soins.

4. La continuité des soins tout au long de son parcours amont et aval



Assurer la continuité des soins

Au cours de l'hospitalisation, et ce dès la programmation ou l'entrée du patient s'il est hospitalisé en urgence, les professionnels ont pris en compte les conditions de vie environnementales et sociales du patient notamment pour organiser la sortie et anticiper les freins à celle-ci. Un document d'identification et de repérage des situations difficiles peut y contribuer

La *check-list* de sortie participe au suivi et à la traçabilité des informations fournies ainsi que la continuité des soins, notamment au travers de la lettre de liaison.

Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier 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 et les prescriptions.

Un IQSS est consacré à la lettre de sortie pour les prises en charge MCO SSR et HAD.

Lorsque les conditions de sortie le permettent, le transfert en hospitalisation à domicile est envisagé et discuté avec le patient et son entourage. La demande d'avis de la structure d'HAD et son retour sont tracés dans le dossier. Une évaluation initiale des conditions à domicile et de l'autonomie du patient permet d'anticiper son implication ou celle de son entourage, notamment dans la gestion de son traitement. Cette alternative est réévaluée tout au long de la prise en charge.

À ce sujet, **vous évaluerez** les principaux éléments suivants :

- les circuits de programmation des actes d'imagerie médicale ;
- leur connaissance et leur respect par tous les acteurs ;
- les délais de rendu des examens de biologie médicale et de radiologie permettant une interface forte entre les prescripteurs et les services cliniques ;
- l'existence de circuits en fonction du degré d'urgence.

5. L'accès des patients hospitalisés aux plateaux techniques

Imagerie médicale
Piloter les flux multiples (hospitalisés, externes, etc.) de patients et optimiser le circuit patient en lien avec les urgences et les services de soins

Biologie médicale
Être en interface forte avec les prescripteurs des services cliniques

Zoom sur les plateaux techniques

L'imagerie médicale et la biologie médicale sont des prestataires pour les urgences et les unités de soins.

La programmation des examens au sein d'un service concerne de nombreux acteurs. La définition d'un processus est essentielle pour s'aligner autour d'une même logique de fonctionnement. Elle permet d' intégrer au mieux les examens dans les vacations définies, uniformiser et simplifier le travail de chacun.

Elle contribue à une amélioration de l'utilisation des ressources matérielles et humaines, et surtout contribue à la réduction des délais de rendez-vous.

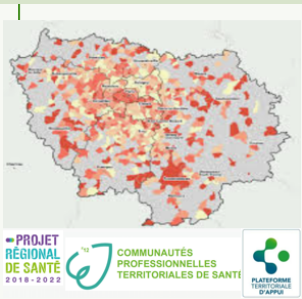
Pour cela il est nécessaire de bien connaître les processus de planification et de programmation dans le service d'imagerie ou de biologie et s'il existe un radiologue référent pour les urgences.

Vous évaluerez dans quelle mesure l'établissement :

- est partie prenante dans la construction et la coordination des parcours de soins, en collaboration avec les autres acteurs du territoire – et notamment dans le cadre du projet régional de santé (PRS) ;
- utilise des modalités de communication adaptées (Répertoire Opérationnel des Ressources par ex.) ;
- utilise, au sein du territoire, une messagerie sécurisée entre les différents établissements.

6. Les liaisons entre l'hôpital et les acteurs d'amont et d'aval

Cartographie de l'offre de soins



Messagerie sécurisée

AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Les données du ROR
(Répertoire opérationnel des ressources)

Les 4 composants de l'offre de santé

- **Structures** ou organisations qui emploient des professionnels et possèdent des équipements pour réaliser des activités
- **Activités** ou prestations délivrées dans le cadre du parcours de santé d'un patient
- **Professionnels** dont le rôle opérationnel doit être connu dans l'exercice de ces activités
- **Équipements** spécifiques utilisés pour réaliser ces activités

Les outils de liaisons territoriales

La cartographie de l'offre de soins permet de décrire dans un document unique les établissements sanitaires (dont l'HAD), les établissements sociaux et médico-sociaux, les professionnels de ville et les dispositifs de coordination territoriaux (communautés professionnelles de territoire et plateformes territoriales d'appui) au sein du territoire.

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) constitue le référentiel des ressources de santé (sanitaires, médico-sociales voire sociales) auxquelles peuvent avoir recours les professionnels de tous secteurs intervenant dans le parcours de soins. Il permet aux professionnels utilisateurs de bénéficier d'informations exhaustives, fiables et comparables pour faciliter l'orientation des patients et de leur entourage vers la structure la plus adaptée à leurs besoins, éviter le risque de rupture dans leur prise en charge, améliorer la coordination entre les acteurs du parcours de santé, de soins et de vie, en particulier pour les personnes âgées, en perte d'autonomie et/ou vivant avec un handicap.

La messagerie sécurisée - l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé protégeant les données médicales des patients est **une obligation légale** qui engage la responsabilité des professionnels de santé et de l'établissement.
Le décret du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison indique que ces dernières lorsqu'elles sont adressées par voie électronique doivent être échangées entre professionnels de santé par messagerie sécurisée. La messagerie sécurisée de santé participe à l'articulation entre médecine de ville et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité.

Pour aller plus loin

- Circulaire DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 sur le pacte des urgences et la mise en place d'indicateurs de flux et de gestionnaire de lit et du besoin journalier minimum en lits (BJML). http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/11/cir_44886.pdf
- Gestion des lits Tome 1 : vers une nouvelle organisation – ANAP. www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-1-cadrage-diagnostic-et-plan-dactions/
- Gestion des lits Tome 2 : mise en œuvre et bilan – ANAP. www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan/
- Mieux soigner moins héberger – Optimisation du parcours patient – ANAP. www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/zoom-sur-mieux-soigner-moins-heberger-optimisation-du-parcours-patient/
- La gestion des épisodes de tension (FEDORU). www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2019/05/FEDORU-GUIDE_TENSION_vf.pdf
  https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE
- La lettre de liaison. Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I91_A - maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la gestion des risques et des vigilances
selon le référentiel de certification

→ La démarche de gestion des risques a pour but d'**assurer la sécurité du patient et des soins** qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables et la gravité de leurs conséquences.

→ Les vigilances sanitaires représentent une **veille permanente** dont les objectifs sont le signalement, le traitement et l'investigation des évènements indésirables liés à l'utilisation des produits et biens thérapeutiques, la traçabilité de ces produits et la réponse aux alertes sanitaires.

Enjeux nationaux

- Mettre en place une démarche de gestion des risques pluriprofessionnelle.
- Identifier l'ensemble des risques, les analyser et les traiter.
- Assurer un retour d'expérience aux équipes.
- Maitriser les vigilances sanitaires.
- Garantir une identification correcte des patients tout au long de leur parcours de soins.
- Renforcer la sécurité transfusionnelle.

Principales données actuelles

- Les IAS concernent 5 % des patients hospitalisés[1], Soit 470 000 cas/an.
- Les IAS les plus courantes sont :
  - infections urinaires ;
  - infections du site opératoire ;
  - pneumonies ;
  - bactériémies.
- C'est la 3e cause d'évènement indésirable grave[2].
- 20 à 30 % des IAS sont évitables. Elles entraînent :
  - des durées d'hospitalisation prolongées ;
  - des réinterventions chirurgicales ;
  - 3 000 à 4 000 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 en France[3].
- Faible taux de couverture des personnels de santé pour les vaccins recommandés (grippe <40 %)[4].

• • •

1. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements antiinfectieux en établissements de santé Mai-Juin 2017, Santé Publique France.
2. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009.
3. Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques Novembre 2005 HAS recommandations pour la pratique clinique.
4. Vaccination des professionnels de santé Mars 2019 Académie Nationalte de Pharmacie.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Programme qualité et sécurité des soins (3.7-03).

Actions

- Respect des règles d'identification du patient (2.3-01).
- Mise en application des vigilances sanitaires (2.3-02).
- Déclaration et analyse des EIAS et EIG (2.4-04, 3.7-04).
- Maîtrise des risques environnementaux et des enjeux du développement durable (3.6-04).
- Information du patient sur les produits sanguins (1.1-11).
- Maîtrise des bonnes pratiques transfusionnelles (2.3-09).

Évaluation

- Évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient (2.4-02).
- Recueil et exploitation des IQSS (3.7-03).
- Évaluer la pertinence des transfusions, le taux de destruction des produits sanguins labiles (2.1-07).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

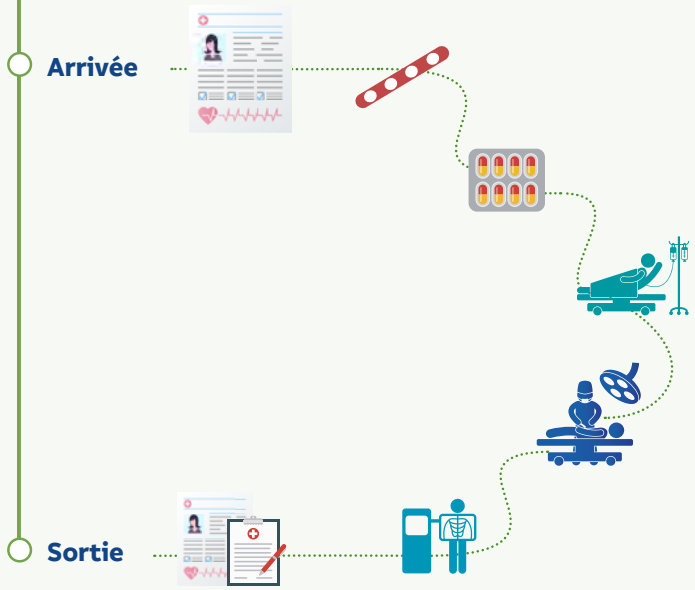
Vous vous assurerez que les modalités d'identification du patient sont connues des professionnels et qu'elle est réalisée tout au long de sa prise en charge depuis l'entrée jusqu'à sa sortie, c'est à dire :

- à l'ouverture du dossier patient ;
- lors de la mise en place de son bracelet d'identification ;
- lors de l'administration des traitements ;
- au cours d'un transport interne ;
- pour tous les actes interventionnels ;
- lors de la sortie pour s'assurer que l'on remet les examens complémentaires et le dossier au bon patient.

Vous rechercherez si tous les documents présents dans le dossier patient correspondent bien à son identité. **Vous observerez** si les patients portent un bracelet d'identification.

1. L'identification du patient

Charte de l'identitovigilance



Identitovigilance

Chaque structure de santé doit décliner sa politique institutionnelle d'identification de l'usager au sein d'une **charte d'identitovigilance**, adaptée à la taille de l'établissement et à la complexité des prises en charge réalisées.

Elle y décrit les moyens mis en œuvre en termes de processus, procédures, ressources humaines et moyens techniques. Elle précise les lieux et professionnels autorisés à créer l'identification des patients.

Le **contrôle de l'identité des patients** est réalisé tout au long de sa prise en charge, afin de s'assurer qu'il s'agit du bon soin au bon patient (à l'entrée pour l'ouverture du dossier et la mise en place du bracelet, pour les traitements, le transport interne, les actes interventionnels, les examens complémentaires et à la sortie avec les documents remis au patient).

Vous apprécierez les connaissances des professionnels sur les vigilances sanitaires :

- responsable identifié pour chaque vigilance .
- modalités de déclaration des signalements et de gestion des alertes descendantes.

2. La mise en application des vigilances sanitaires

Zoom sur certaines vigilances sanitaires

Pharmacovigilance

Matériovigilance

Hémovigilance

Biovigilance

Réactovigilance

Infectiovigilance

Procédures et gestion des alertes

Organisation des vigilances

Les principales vigilances sanitaires sont la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'hémovigilance, la biovigilance, la réactovigilance, l'infectiovigilance.

En France, les vigilances sanitaires sont instituées par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, et modifiées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016

Chaque vigilance réglementaire est organisée selon un circuit précis, avec un signalant, un correspondant et une instance locale, en articulation avec les instances régionales et nationales.

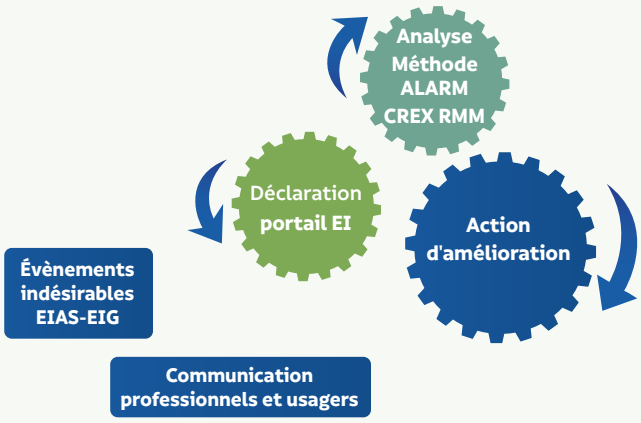
L'ANSM est chargée de coordonner les vigilances sanitaires. La surveillance du risque infectieux est attribuée à Santé publique France. La biovigilance relève de l'ABM.

Vous vous assurerez que les professionnels partagent la culture positive de l'erreur, qu'ils sont sensibilisés au signalement des évènements indésirables associés aux soins ou aux évènements indésirables graves, et qu'ils en connaissent le dispositif de déclaration notamment sur le portail dédié.

Vous rechercherez leur participation aux CREX, RMM, à l'analyse systémique de type ALARM des EIAS et à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

Vous interrogerez les professionnels sur la communication mise en place ainsi que celle en Commission des usagers.

3. La déclaration et l'analyse des évènements indésirables



EIAS, EIG et méthode ALARM

Un **évènement indésirable associé aux soins (EIAS)** est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.

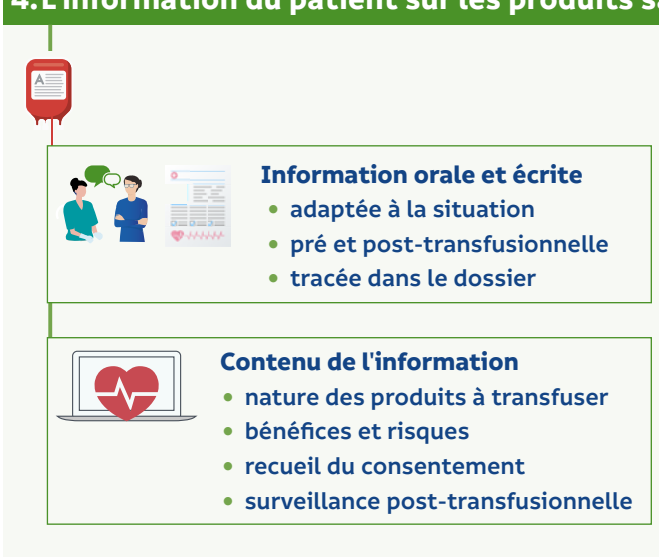
Un **évènement indésirable grave (EIG)** est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation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

La **méthode ALARM** (*Association of Litigation and Risk Management*) est une méthode d'analyse systémique utilisée dans les systèmes de soins. L'objectif est, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un évènement (par exemple : action ou omission commise dans le processus de soin, lapsus, erreur de discernement, oubli, geste non sûr, mise en œuvre incorrecte ou incomplète d'une procédure, manquement délibéré aux pratiques sûres, aux procédures ou aux standards), de rechercher les causes racines, facteurs contributifs à la survenue des ces erreurs pour les corriger en installant des défenses ou barrières, afin de créer un environnement plus sûr.

Vous vous assurerez que le patient reçoit une information orale et écrite, et qu'une 'information lui est donnée.

La surveillance post-transfusionnelle est expliquée au patient.

4. L'information du patient sur les produits sanguins labiles



Produits sanguins labiles

Les produits sanguins labiles (concentrés globulaires, plaquettaires, plasma) sont **issus du sang d'un donneur** et ont une durée de **vie limitée**. Ils relèvent de l'hémovigilance.

Les médicament dérivés du sang (albumine, immunoglobulines, facteurs de coagulation, colle biologique) sont des produits stables, soumis aux mêmes exigences que les médicaments, et encadrés par des règles de pharmacovigilance particulières.

Vous rechercherez les éléments relatifs à la transfusion et à la surveillance clinique des paramètres vitaux. **Une attention particulière** doit être observée pendant les 15 premières minutes, puis à intervalle régulier.

Vous vous assurerez que l'équipe connaît les protocoles de prise en charge des principales complications de surcharge et immunologiques.

Vous interrogerez l'équipe sur les modalités d'évaluation régulière de la pertinence des transfusions, et le suivi du taux de destruction.

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 transfu-sionnelle	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

Complications transfusionnelles

TACO (*transfusion associated circulatory overload*) complication de surcharge, 1re cause de décès transfusionnel en France.

TRALI (*transfusion related acute lung injury*) complication immunologique évoluant vers un syndrome de détresse respiratoire aigue, 3e cause de décès.

Vous apprécierez les actions de sensibilisation menées auprès des professionnels pour influencer leurs comportements en termes de développement durable et s'il existe un plan d'actions issu d'un groupe de travail piloté par un référent.

6. La maîtrise des risques environnementaux et les enjeux du développement durable

Mai 2017 : Signature convention développement durable entre l'État et les fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social

- **Sécurité personnes et biens**
- **Prévention des risques**
- **Obligations réglementaires**

Développement durable

Les établissements de santé sont concernés par les **trois dimensions du développement durable** : préservation de l'environnement, équité sociale/sociétale et efficacité économique.

La convention relative au développement durable signée en mai 2017 entre l'État et les fédérations du secteur sanitaire, social et médico-social, identifie **8 domaines d'actions** : le management et le pilotage de la démarche développement durable la communication sur les enjeux du développement durable, le volet social et humain, la politique d'achat, la préservation des ressources (notamment l'eau), de la qualité de l'air, et l'efficacité énergétique dans les bâtimentsla prévention et la gestion des déchets, le transport et les déplacements des personnels, des patients, des usagers, des personnes accompagnées, de leur entourage, des fournisseurs, et des visiteurs, la promotion des systèmes d'information, notamment de santé (SIS).

Vous vous assurerez que les professionnels sont associés au recueil, à l'analyse des résultats et aux actions d'amélioration issus des plaintes et réclamations, de l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient.

Vous interrogerez les représentants des usagers sur la place qui leur est donnée et l'implication des équipes dans la mise en place des recommandations de la Commission des usagers.

7. L'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient

Commission des usagers (CDU)

- **Plaintes, réclamations**
- **Satisfaction patient**
- **Expérience patient**

Les différentes expressions

Sont considérées comme **« plaintes » et « réclamations »**, toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral) et le mode de recueil.

La **satisfaction des patients** par rapport aux soins reçus, ou le jugement que les patients portent sur la qualité de leurs soins sont reconnus comme essentiels dans l'appréciation de la qualité des soins de santé. La satisfaction est une évaluation subjective basée sur les attentes personnelles du patient.

L'**expérience patient** est l'ensemble des interactions des patients et de ses proches, susceptibles d'influencer leur perception tout au long de leur parcours de santé. Elle invite à considérer le patient non pas seulement par rapport à la pathologie dont il souffre mais comme une personne à part entière avec sa personnalité, ses préoccupations, ses attentes. L'expérience patient évalue des dimensions objectives de la prise en charge.

Le concept de **patient expert** est né à partir des programmes d'éducation thérapeutique. Une formation spécifique permet au patient expert de transmettre ses connaissances aux autres patients et aux équipes soignantes.

Pour aller plus loin

Références HAS

- Culture de sécurité : du concept à la pratique, 2010.
- Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique, 2012.
- Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse des évènements indésirables associés aux soins, 2016.
- Enquête culture sécurité, 2018. Rencontres sécurité : une méthode au service du management, 2018.
- Comprendre et mesurer, 2019.
- Déclarer les évènements indésirables graves (EIGS), 2019.
- Campagnes nationales, développements et expérimentations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), 2020.

Références légales et réglementaires

- Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Instruction DGOS/PF2 n°2012-352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.
- Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Instruction n°DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Les complications de la transfusion sanguine, Michael Bernasinski *et col*, Anesthésie et réanimation Vol 5 - N° 3 P. 157-174, mai 2019.
- Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : air ou gouttelettes. Recommandations pour la pratique clinique (RPC), SF2H, 2013.
- Actualisation des précautions standard, SF2H, juin 2017.
- Note d'information N°DGOS/PF2/2019/69 du 27 mars 2019 relative à la traçabilité des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé et aux outils d'autoévaluation et d'accompagnement disponibles.

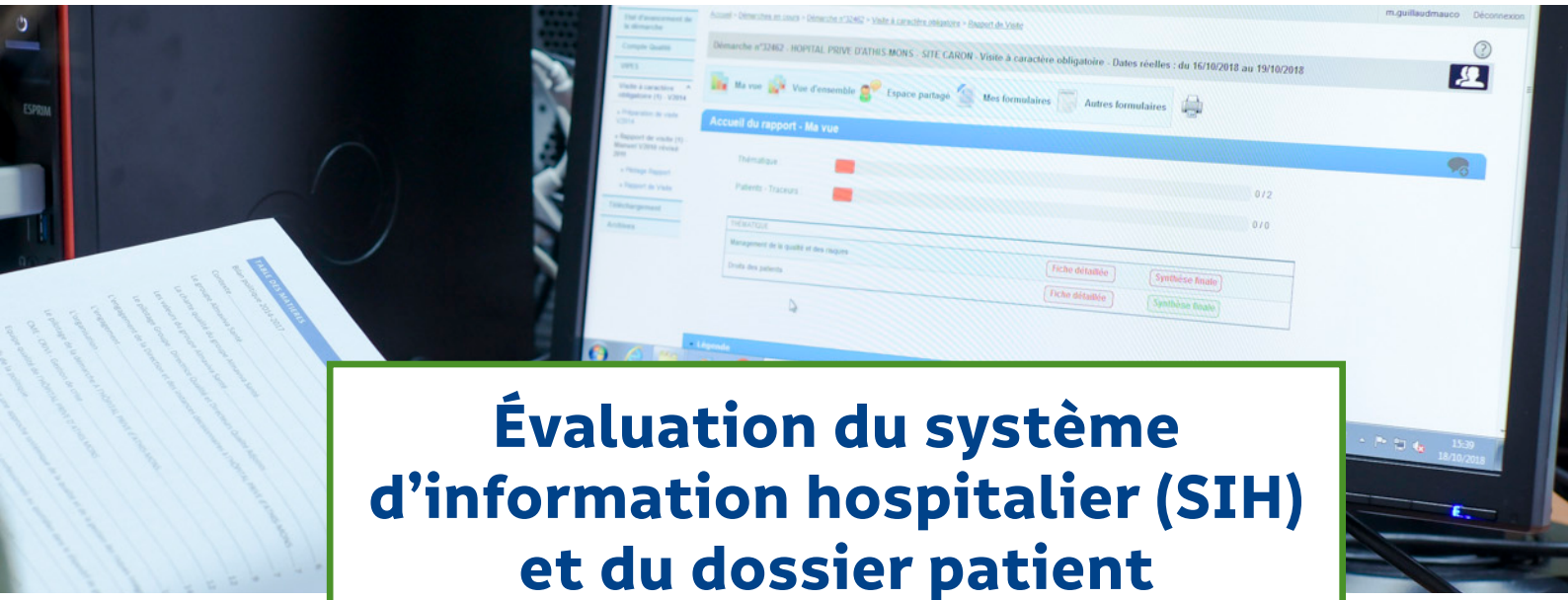
Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I92_A – maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Évaluation du système d'information hospitalier (SIH) et du dossier patient

selon le référentiel de certification

→ Le système d'information de l'hôpital peut être défini comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique.

→ Le Dossier Patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit.

Enjeux nationaux

- Améliorer la pertinence et la continuité de la prise en charge sans rupture pour le patient.
- Contribuer à repenser l'hospitalisation en un parcours de soins.
- Harmoniser les services numériques des établissements de santé.
- Permettre la communication, la coordination et l'information entre les acteurs de soins et les patients.
- Assurer la traçabilité de toutes les actions effectuées.

Chiffres clés (Source DGOS Atlas des SIH 2018)

- Le Dossier Patient Informatisé et Interopérable (DPII) est un des cinq domaines fonctionnels d'Hôpital numérique.
- Le nombre d'établissements ayant déclaré atteindre l'ensemble des prérequis du programme Hôpital numérique est passé de 1 560 à 1 904 établissements.
- Le niveau moyen d'atteinte des prérequis a progressé, passant de 92 % à 95 %.
- La maturité des établissements dans le domaine de la sécurité de leur SIH a progressé. L'échantillon de répondants est en forte progression : de 1500 à 2000 établissements répondants.
- L'informatisation du Dossier Patient est bien engagée avec un taux de projets achevés ou en cours égal à 96 %.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Maitriser les risques numériques (3.6.02).
- Permettre au patient d'accéder à son dossier (3.2-09- 2.3-22).

• • •

Actions

– Assurer la complétude et l'accessibilité du dossier patient :
  - permettre à l'équipe des urgences d'accéder au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement (2.2-04) ;
  - intégrer dans le dossier du patient tous les éléments utiles à la PEC et assurer son accessibilité pour les professionnels impliqués (2.2-05) ;
  - assurer l'accès du dossier patient à l'équipe spécialiste (2.2-08).

Évaluation

– Suivre les délais de remise des dossiers et analyser les retards (3.2-09).

IQSS (3.7-03)

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Évaluateur

Les risques numériques étant de plus en plus importants dans les établissements de santé, **vous vérifierez** que l'établissement a mis en place l'ensemble des points suivants :

- un plan d'action de continuité des activités ;
- la mise à jour des logiciels ;
- la continuité de l'activité et son mode dégradé ;
- la cybersécurité ;
- la modification régulière des mots de passe.

Et qu'il sensibilise l'ensemble des professionnels pour renforcer l'implication des acteurs et la vigilance collective.

L'établissement, dans le cadre de la mise en conformité numérique, établit son plan d'action pour soutenir l'évolution de son système d'information avec le programme Hop'en.

1. Les points clés à maitriser concernant les risques numériques

HOP'EN

Le programme HOP'EN pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement » s'inscrit pleinement dans la politique du numérique en santé. Il poursuit les efforts engagés par les établissements de santé dans leur transformation numérique et leur modernisation et a comme ambition de les amener - d'ici 2022 - quels que soient leur statut, leur taille et leur activité, à un palier de maturité de leur système d'information (SI), nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux de décloisonnement du système de santé et de rapprochement avec les patients.

Objectifs :

- faciliter le partage des données hospitalières ;
- développer les liens entre l'hôpital et ses partenaires, notamment la ville et le médico-social ;
- offrir aux patients de meilleurs services numériques, plus performants et plus sécurisés ;
- harmoniser les services numériques des hôpitaux sur un même territoire ;
- renforcer le socle de maturité des hôpitaux en matière de sécurité du système d'information ou encore de l'identité patient unique.

Le référentiel cible particulièrement l'accès du patient à son dossier.

Les points clés à évaluer sont les suivants :

- l'organisation mise en place par l'établissement pour permettre au patient d'accéder à son dossier dans les délais impartis ;
- le suivi par l'établissement des indicateurs de demandes, d'analyse des délais et leur partage avec la commission des usagers.

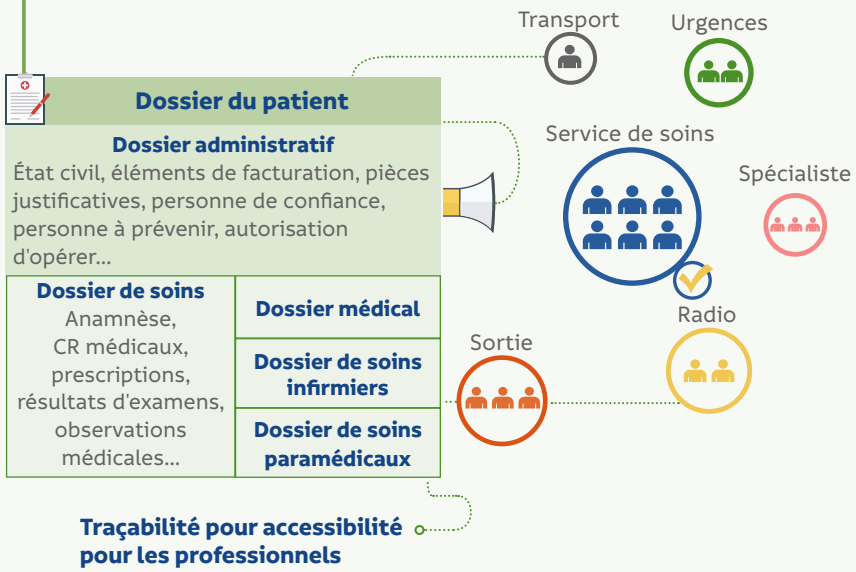
2. Les points clés à vérifier sur l'accès du patient à son dossier

- **Organisation ES**
- **Respect des délais**
- **Exploitation des indicateurs**
- **Partage avec la commission des usagers**

Concernant la complétude et l'accessibilité du dossier patient, **vous veillerez** :

- à ce qu'il soit complet ;
- qu'il intègre toutes les informations utiles en amont tout au long de la prise en charge du patient jusqu'à sa sortie ;
- qu'il soit accessible par les professionnels impliqués quelle que soit l'unité de production des soins ou le lieu de stockage (secrétariat, bloc, imagerie...).

3. Complétude et accessibilité du dossier



Pour aller plus loin

Références HAS

- Amélioration de la qualité et de la tenue du dossier patient. www.has-sante.fr/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient

Références légales et documentaires

- Art.L.6111-2 al.1 du code de la santé publique.
- Art L1111-8-2 du code de la santé publique.
- Instruction 309 de 2016.
- Cybersécurité - Mémento DGOS à l'usage du directeur d'établissement de santé – 2017.
- PSSI-MCAS.RGS.RGPD. Cybersécurité - Mémento DGOS à l'usage du directeur d'établissement de santé – 2017.

Autres références

- ANAP : Cartographie fonctionnelle du SI. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen
- L'homologation de sécurité en neuf étapes simples, ANSSI, version en vigueur. www.ssi.gouv.fr/guide/lhomologation-de-securite-en-neuf-etapes-simples
- « Guide d'hygiène informatique » de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I93_A - maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la fonction transport intra hospitalier
selon le référentiel de certification

→ La finalité de la fonction transport est d'**acheminer la bonne personne au bon moment, de la bonne unité vers la bonne destination** tout en respectant une bonne coordination entre les différentes unités.

→ La fonction transport regroupe ainsi l'ensemble des moyens d'un établissement de santé qui concourent directement à assurer l'ensemble des prestations, internes ou externes, visant un tel acheminement.

Enjeux nationaux

- Optimiser les délais de prise en charge du patient dans l'établissement de santé afin d'assurer une continuité de prise en charge de qualité.
- Institutionaliser et standardiser l'organisation du transport-intra hospitalier.
- Réduire les risques majeurs auxquels le patient peut être exposé pendant le transport.
- Valoriser les actes du transport intra-hospitalier en termes d'activité.

Éléments clés

- Le transport intra-hospitalier est une composante à part entière du traitement médical.
- Le transport intra-hospitalier peut exposer le patient à des risques majeurs.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Former les professionnels du transport intra-hospitalier (2.3-11, 2.3-22).

Actions

- Maîtriser le transport des patients en intra-hospitalier (2.3-22).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Évaluateurs

Tout au long du parcours depuis la demande, **vous veillerez** à ce que les professionnels impliqués informent le patient en temps réel des destinations et des horaires de transport.

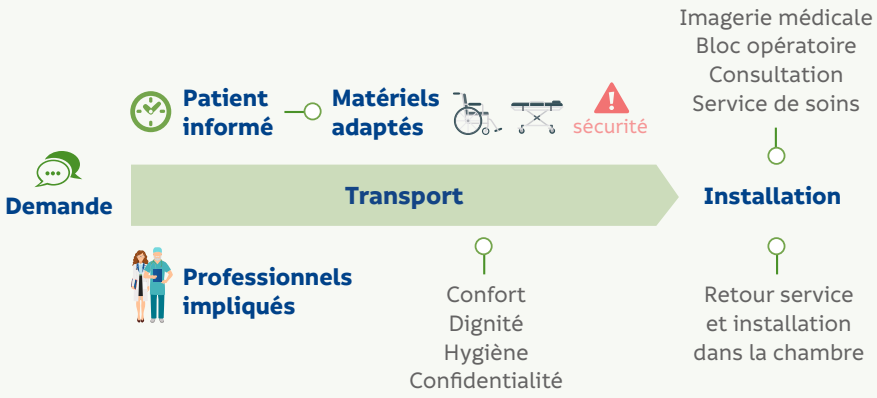
Vous devrez vous assurer que les transports sont réalisés dans le respect de la dignité, de l'intimité et du confort du patient et que les règles de confidentialité sont respectées.

Vous interrogerez l'équipe sur l'adaptation des modalités de transport à l'état du patient notamment pour les patients à risque vital.

Enfin, **vous demanderez** quelles sont les modalités d'installation dans le lieu de destination et de réinstallation du patient dans sa chambre après le transport.

1. Les points clés à maîtriser dans le parcours intra hospitalier

Maîtriser le transport des patients en intra-hospitalier



Pour ce qui concerne les actions de formation, **vous vous assurerez** que les professionnels assurant le transport ont une formation adaptée aux modes de transport pratiqués et à la patientèle prise en charge.

Votre questionnement portera plus particulièrement sur :

- l'identitovigilance ;
- la formation aux gestes en cas d'urgence durant le transport ;
- et la maîtrise du risque infectieux en appliquant avant et pendant le transport, les précautions d'hygiène adéquates, standard et complémentaires.

2. Les différentes actions de formation à destination des personnels dédiés au transport

- **Identitovigilance**
- **Formation aux gestes et soins d'urgence**
- **Maîtrise du risque infectieux**
- **Hygiène**

Pour aller plus loin

Références documentaires

- Transport intra-hospitalier des patients à risque vital (nouveau-né exclu).
  https://sfar.org/transport-intrahospitalier-des-patients-a-risque-vital-nouveau-ne-exclu/
- Recommandations concernant les transports médicalisés intra hospitaliers.
  https://portailsamu.gcsdsisif.fr/IMG/pdf/recomintrahospitalie.pdf
- Améliorer le transport des patients dans les hôpitaux et les cliniques/retour expérience MEAH 2004.
  www.aios.fr/Telechargements/Transp_Int_-_Retours_d_experience_v1.0.pdf

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Septembre 2020– ACC02_I94_A - maquette : Valérie Combe – 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 (2.1-04).

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).
- Maitriser les risques liés aux pratiques spécifiques à l'HAD (2.3-05).

Évaluation

- Analyser et exploiter les indicateurs qualités dont les IQSS (coordination de la prise en charge en HAD), (3.7-03).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Lors de la visite, **vous interrogerez** le patient sur les points suivants :

- sa bonne compréhension et son adhésion à ce mode d'hospitalisation ;
- l'information voire la formation qu'il a pu avoir pour assurer la sécurisation de sa prise en charge : les précautions à prendre, les numéros d'appel en urgence, la formation à l'utilisation de certains matériels ;
- la prise en compte de son avis et de son expérience tout au long de sa prise en charge. L'objectif étant de concilier en permanence l'organisation et la technicité des soins avec le respect de la personne, de son intimité, de sa singularité, de ses préférences et de ses choix.

1. La recherche de l'implication du patient

Confirmation par le patient de sa bonne compréhension et de son adhésion à ce mode d'hospitalisation

Information/formation du patient pour assurer la sécurisation de sa prise en charge

Prise en compte de son avis et de son expérience tout au long de sa prise en charge

Exemples de supports d'information pouvant être utilisés

- le livret d'accueil, les formulaires de consentement, toutes fiches spécifiques d'information.

Ils permettent de retrouver, a minima, les informations suivantes :

- les missions et le fonctionnement de l'HAD ;
- le rôle des professionnels, du médecin coordonnateur, du médecin traitant ;
- la mise à disposition des moyens nécessaires ;
- les conditions de prise en charge, information et recommandations sur l'hygiène, la gestion des déchets de soins, le stockage des produits de santé, des médicaments au domicile ;
- le consentement de soins ;
- les droits des patients ;
- les modalités d'appel et conduite à tenir en cas de besoin urgent ;
- les modalités d'accompagnement des aidants ;
- ...

L'implication de l'entourage au domicile contribue à un relais actif avec l'HAD et leur place au sein de l'équipe pluridisciplinaire est définie dès l'évaluation réalisée par les équipes de l'HAD préalablement à la prise en charge. Son implication est réévaluée régulièrement afin de préserver son propre état de santé.

Vous interrogerez les proches :

- sur les explications qu'ils ont obtenues pour leur assurer une bonne compréhension de leur rôle dans l'accompagnement du patient ;
- sur l'information voire la formation ciblée qu'on leur a délivrée pour s'impliquer dans la surveillance des soins et l'utilisation du matériel médical ;
- sur le type d'accompagnement social, psychologique et/ou logistique qu'on leur a proposé. Exemples : un soutien social, psychologique, une aide pour les démarches administratives, une aide aux soins, etc.

2. La place des proches ou des aidants du patient lors d'une hospitalisation à domicile

Compréhension et prise en compte dans leur rôle dans le projet de soins

Information/formation ciblée

Accompagnement social et/ou psychologique et/ou logistique

Traçabilité
Les interlocuteurs du patient (personne à prévenir, personne de confiance, identification d'un aidant) sont tracés dans le dossier du patient. Sont nécessaires les noms, prénoms, adresse, coordonnées téléphoniques +/- mail et pour certains leur accord écrit (personne de confiance).

Formation et information des proches aidants en HAD

La qualité de l'information, de l'éducation et de la formation des patients et de son aidant sécurise la prise en charge.

Ceci concerne un certain nombre d'actions telles que :

- l'organisation à mettre en place au domicile ;
- les précautions spécifiques à ce type de prise en charge ;
- les modalités d'appel en urgence… Tout cela est consigné dans le livret d'accueil, et les fiches spécifiques HAD présentes au domicile ;
- la formation à l'utilisation de certains dispositifs médicaux tels que les perfuseurs, compresseur, aérosol, etc.

Vous questionnerez les professionnels sur les modalités mises en place pour assurer la coordination des équipes et la continuité des soins.

En plus du schéma ci-contre, **vous pourrez évaluer** l'existence de :

- un numéro d'appel 24h/24, 7 jours sur 7 ainsi qu'une solution de recours en cas de difficultés d'accès à ce numéro ;
- une identification des patients à haut risque vital (ERDF) ;
- une astreinte IDE avec intervention possible 24h/24 ;
- un accès à un avis médical 24h/24, en interne ou en externe à tout moment (médecin de garde, SAMU, pompiers…) ;
- une organisation en cas de transfert ;
- une conduite à tenir en cas d'urgence lors des situations d'urgence pouvant survenir au domicile (ex : arrêt cardiocirculatoire, surdosage, encombrement bronchique, etc.) ;
- un accès facilité aux instructions (livret, support papier, accès informatique, …) ;
- du matériel immédiatement disponible (ex : mallette contenant des antidotes, des médicaments d'urgence) avec leurs protocoles d'utilisation ;
- un accès à du matériel et des médicaments identifiés comme relevant d'une situation d'urgence (ex : aspirateur de mucosités, concentrateur en O^2 etc.).

Si une évolution imprévue et défavorable de la situation du patient et/ou en urgence relative à la suite d'une dégradation progressive et majorée du patient, les équipes doivent se coordonner.

Vous retrouverez dans le dossier du patient les coordonnées des différents intervenants de la prise en charge du patient, internes ou externes à l'HAD.

3. La coordination des équipes et la continuité des soins

Protocole de soins pluriprofessionnel et pluridisciplinaire

- **Validé par le médecin coordonateur en accord avec le médecin traitant qui en est informé**
- **Porté à la connaissance de l'ensemble des intervenants de la prise en charge et du patient**

Continuité des soins tout au long de la prise en charge

- **Capacité d'intervention soignante 24h/24, 7 j/7**
- **Conduite à tenir en cas d'urgence**
- **Solution de recours en cas de difficulté d'accès au numéro de référence**
- **Mise à disposition du dossier spécifique du patient au domicile avec la traçabilité de :**
  - **des interlocuteurs du patient (personne à prévenir, personne de confiance, aidant, etc. ;**
  - **de l'ensemble des intervenants de la prise en charge du patient.**

Beaucoup d'éléments doivent être pris en compte dans la gestion des risques au domicile.

La certification en cible quelques-uns que vous évaluerez (voir schéma ci-contre).

4. La maitrise des risques en HAD

- **La coordination entre le médecin coordonnateur et le médecin trairant**
- **L'implication des aidants**
- **La sécurisation des produits de santé et leur circuit d'approvisionnement**
- **Information, formation du patient/aidant**

La sécurisation des produits de santé et leur circuit d'approvisionnement en HAD

Sont concernés les médicaments, les dispositifs médicaux stériles à usage unique, les dispositifs médicaux réutilisables, le matériel médical et le mobilier médicalisé le plus souvent en location, la gestion des déchets.

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, notamment en présence d'enfants.

Les HAD s'approvisionnent en médicaments auprès des officines de ville, des PUI de centres hospitaliers (par convention), leur PUI personnelle quand ils en disposent ou celle de l'établissement de rattachement si HAD intégré. Pour les autres produits, l'HAD s'approvisionne auprès de prestataires au travers d'une convention formalisée ou en interne selon une procédure définie.

Pour aller plus loin

Références HAS

- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.
- Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile, 2015.
- Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du *post-partum*, 2011.
- Conditions du développement de la chimiothérapie en hospitalisation à domicile, 2015.
- Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments, 2013.
- Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments en hospitalisation, incluant le secteur en HAD, 2013.
- IQSS : Coordination de la prise en charge en HAD.
- Campagnes nationales, développements et expérimentations des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), 2020.
- IQSS 2020 : travaux sur le développement et l'utilisation d'indicateurs, 2020.
- Comprendre les indicateurs, 2019.
- Résultats des indicateurs et impact des dispositifs d'amélioration de la qualité (IQSS), 2019.

Références légales et réglementaires

- Article D. 6124-309 et D. 6124-310 du Code de Santé Publique.
- Article L. 1110-8, L. 1111-2, L. 1111-4 et D. 6124-309 du Code de Santé Publique.
- Article L. 1110-4 et L. 1110-12 du Code de Santé Publique.
- Article D. 6124-308, D. 6124-309 et D.6124-312 du Code de Santé Publique.
- Décret n°2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
- Décret n°2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile.
- Circulaire n°DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social.
- Article D. 6124-309 et D. 6124-310 du Code de Santé Publique.
- Circulaire DGOS/PF2 n°2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé (annexe 2).
- Article L. 6113-2 du Code de Santé Publique.

Autres

- État des lieux et outil HAD (ORFEE HAD) – ANAP.
- Inter diag médicaments HAD avec PUI - Version web – ANAP, 2014.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACCO2_I95_A – maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la médecine et de la chirurgie ambulatoire
selon le référentiel de certification

→ **L'article D. 6124-301-1 du CSP** précise que « les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge ».

Enjeux nationaux

- Sécurité de la prise en charge dans le respect des droits du patient.
- Réduction des coûts d'hospitalisation et optimisation des ressources.
- Augmentation des actes de chirurgie ambulatoire pour arriver à un taux de 70 % en 2022.
- Augmentation des actes de médecine ambulatoire pour atteindre 55 % en 2022.
- Utilisation pleine des indicateurs de qualité.

Principales données actuelles (Chiffres ATIH 2018)

- 6,3 millions de patients en MCO soit 8,1 millions de séjours ambulatoires.
- Taux de recours à la Chirugie Ambulatoire = 54 %.
- 572 établissements ont une marge d'amélioration du taux de réhospitalisation entre 1 et 3 jours après chirurgie ambulatoire (HAS 2018).
- 432 000 patients en séances de chimiothérapie.
- 103 000 patients venus en séances de radiothérapie.
- 78 000 patients venus en séance de dialyse (centre et hors centre).
- 4,3 millions de journées de présence en SSR en hôpital de jour.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Garantir les moyens humains inhérent à la prise en charge ambulatoire.
- Soutenir l'expression du patient et l'évaluation.

Actions

- Assurer l'information du patient au regard des consignes (1.1-12).
- Valider la participation du patient à son projet de soins (1.1-03).
- Favoriser un environnement adapté au respect de l'intimité et de la dignité du patient.

• • •

- Veiller à la bonne coordination des acteurs (2.2-05, 2.2-11).
- Favoriser l'expression du patient (1.1-17).
- Garantir la sécurité du patient en chirurgie ambulatoire (.2.3-21).

Évaluation

- Analyser les résultats cliniques (2.4-03).
- IQSS (3.7-03).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

En complément de l'information donnée au patient sur sa pathologie et les soins associés, **vous vérifierez** que des supports papier lui ont été remis en complément de l'information orale.

Vous évaluerez également que les modalités organisationnelles de cette prise en charge lui ont bien été expliquées. Et ce, avant le début des soins et à chaque fois que nécessaire par un personnel en capacité de répondre à toutes ses questions.

L'ensemble des données sur sa pathologie et les soins proposés sont récapitulés dans le projet de soins ambulatoire pour lequel le patient a donné son consentement.

1. L'information du patient en ambulatoire

Information du patient sur sa pathologie et les soins associés

Information sur les modalités organisationnelles de sa prise en charge

Consentement du patient sur son projet de soin ambulatoire

Zoom sur les modalités organisationnelles

En chirurgie ambulatoire, les informations relatives au séjour concernent particulièrement :

- les indications d'horaires d'arrivée ;
- l'invitation à prévenir d'une situation pouvant impacter la réalisation de l'intervention ;
- l'absolue nécessité de réaliser sa préadmission avant l'hospitalisation pour ne pas emboliser le secrétariat du service ;
- et l'obligation d'avoir un accompagnant à la sortie et dans les heures qui suivent l'hospitalisation.

Si le consentement du patient est requis pour tout acte le concernant, le consentement au projet de soins ambulatoire est un critère d'éligibilité à la prise en charge en médecine ambulatoire. Il traduit l'engagement du patient et son adhésion à sa prise en charge.

Le projet de soins ambulatoire décrit :

- les différentes étapes de la prise en charge appelé chemin clinique ;
- les modalités de la prise en charge comprenant les éventuelles consignes à respecter ;
- les signes d'alerte et les moyens de contacter l'établissement.

Il est complété par la programmation des soins.

Le projet de soins est une pièce du **dossier du patient**.

Vous vous assurerez que les informations sont formalisées dans un document de type « passeport ambulatoire » qui est remis au patient avant l'intervention.

Certains établissements le font en appui d'une consultation infirmière ou d'aide-soignante à l'issue de la consultation d'anesthésie.

2. Consignes pré et post chirurgie ambulatoire et contacts de la veille et du lendemain

Contact de la veille

Contact du lendemain

Le contact doit être réalisé par du personnel en capacité de répondre à toutes les questions que le patient pourrait poser, qu'il s'agisse de questions logistiques ou de questions sur son traitement médicamenteux habituel. La trace du contact et des informations recueillies doivent être retrouvées dans le dossier du patient.

Consignes en chirurgie ambulatoire

Énoncées lors de la consultation médicale ou d'anesthésie et reprécisées lors du contact de la veille par le soignant qui le réalise, les consignes préopératoires portent principalement sur :

- l'arrêt potentiel d'un ou plusieurs médicaments selon les indications médicales ;
- la préparation cutanée nécessaire avant l'intervention et réalisée au domicile. On parle ici du rasage, du lavage de la zone à opérer ou de la douche préopératoire ;
- l'arrêt de l'alimentation et du tabac dans les 12 heures précédant l'intervention.

Le contact du patient la veille de l'intervention peut être l'occasion de faire le point avec lui sur ces éléments et s'assurer :

- que le patient va bien venir en lui confirmant l'horaire d'arrivée ;
- qu'il a compris les consignes préopératoires liées au type d'intervention, comme le respect du jeûne, la tonte de la zone à opérer, la douche préopératoire à réaliser avant de venir… ;
- qu'un accompagnant sera présent au moment de la sortie pour le retour à domicile.

Le contact du lendemain permet quant à lui :

- de s'assurer que le retour au domicile s'est bien déroulé ;
- de s'assurer de l'observance médicamenteuse comme la prise des antalgiques et la reprise du traitement habituel si besoin ;
- de s'assurer que le patient ne présente pas de douleurs, de saignements, de troubles digestifs ou d'hyperthermie ;
- de répondre à ses questions notamment sur la suite de la prise en charge.

En cas d'intervention la veille d'un week-end ou d'un jour férié, le contact est effectué dans les 48h.

Des éléments sont indispensables et mériteront **votre attention pendant la visite** :

- la validation médicale de la sortie ;
- la présence d'un accompagnant à la sortie.

Lorsque la validation médicale n'est pas systématiquement réalisée, **vous devrez vous assurer** que le personnel soignant utilise un score de sortie adapté au profil du patient. Dans ce cas, **vous devez vérifier** que le personnel est formé à l'usage du score et qu'il connaît la marche à suivre si le score est mauvais ou si le patient présente des signes d'alerte. L'établissement doit être organisé pour qu'un recours rapide à un médecin dédié au secteur ambulatoire soit possible.

3. La sortie du patient hospitalisé en chirurgie ambulatoire

Validation médicale

Aptitude à la rue **ou Score de sortie**

SFAR

afca

Personnel formé

+ appel du médecin quand le score de sortie le nécessite

+Présence de l'accompagnant

Outre la lettre de liaison, **vous aborderez les aspects de coordination** en vous assurant que les modalités de fonctionnement sont partagées entre tous les acteurs afin de :

- permettre à tous les professionnels concernés de savoir où trouver l'information ;
- renforcer, en cas de besoin, l'information entre les acteurs, par des moyens de communication sécurisés ;
- vérifier le contenu du dossier avant chaque séance en chimiothérapie ou en dialyse ;
- s'assurer de la continuité des soins lorsque la sortie du patient n'est pas possible.

4. La coordination des acteurs en chirurgie ambulatoire

La complétude du dossier partagé et son accessibilité par tous et à tout moment

La visualisation en temps réel du planning des séances ou du programme opératoitre

Des modalités de fonctionnement partagées

Zoom sur le dossier patient

Parmi les pièces du dossier du patient en ambulatoire, on s'attend à retrouver les éléments suivants :

- le projet de soins ;
- la trace de la consultation préalable à la prise en charge ou de la consultation d'anesthésie, et de toutes les consultations au décours de la prise en charge ;
- les résultats des examens de laboratoire, de radiologie, d'ECG ;
- la feuille de transfert bloc / service le cas échéant ;
- la lettre de liaison ou les documents de liaison ;
- etc.

Le recueil de l'expression du patient est primordial pour la mise en place, par les équipes, d'actions d'amélioration de la prise en charge du patient en ambulatoire.

Pour ce faire, **vous vous assurerez** que :

- le patient connait les outils lui permettant d'exprimer sa satisfaction ;
- les questionnaires e-Satis ;
- le dispositif de réclamation ou de déclaration d'un évènement indésirable grave de l'établissement,

Les équipes motivent le patient ou son aidant à exprimer son expérience.

Dans le cadre de l'amélioration des pratiques, **vous évaluerez** dans quelle mesure les professionnels utilisent l'ensemble des indicateurs pour identifier collectivement des axes de progrès et les actions d'amélioration qui en découlent.

5. L'expression du patient dans la mise en place d'actions d'amélioration par les équipes

Exploitation des résultats par les équipes

- **e-Satis CA**
- **Qualité de la lettre de sortie en CA** (recueil obligatoire 2019)
- **Indicateurs d'activité spécifiques CA**

  Exemples d'indicateurs :
  - taux de conversion en hospitalisation complète ;
  - taux de ré-hospitalisation entre 1 et 3 jours ;
  - taux d'annulation de séjours en ambulatoire.

→ **Analyse collective des résultats**

→ **Plan d'actions**

Il existe plusieurs IQSS dont l'un était en recueil obligatoire en 2019 et d'autres optionnels.

Chaque année, ces recueils peuvent changer de statut (obligatoire, optionnel).

Lors de votre visite, **vous vous attacherez à valoriser** les établissements qui complètent les indicateurs optionnels, les analysent et les exploitent dans leur processus d'amélioration.

6. Zoom sur les indicateurs IQSS en ambulatoire

Indicateur en recueil obligatoire

- **Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire**

Indicateur en recueil optionnel

- **Évaluation à l'admission de l'éligibilité du patient à l'intervention**
- **Anticipation de la prise en charge de la douleur, hors chirurgie ophtalmique**
- **Évaluation du patient pour la sortie de la structure**
- **Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3**

Indicateur en informations complémentaires en recueil optionnel

- **Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires, hors anesthésie locale stricte**
- **Évaluation du risque thrombo-embolique veineux et artériel, hors pédiatrie**

Pour aller plus loin

- Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire. www.has-sante.fr/jcms/c_2887407/fr/mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-pour-une-chirurgie-ambulatoire-e-satis-mcoca.
- Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire (texte court), HAS-ANAP, 2014.
- Chirurgie Ambulatoire Mode d'emploi, ANAP, 2013.
- Guide de bonne pratique en chirurgie ambulatoire de l'enfant, OA CHIRPED.
- Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire. HAS-ANAP, 2013. Recommandation de bonne pratique « Suivi ambulatoire de l'adulte ».

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020 – ACC02_I96_A - maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge soins de suite et de réadaptation (SSR)

selon le référentiel de certification

→ L'activité de SSR a pour objet de "prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion" (Décrets du 17/04/2008).

→ Il s'agit d'une activité de moyen séjour à mi-chemin entre les soins de courte durée et le retour à domicile/les USLD/le secteur médico-social.

Enjeux nationaux

- Évaluation de la pertinence de l'admission en SSR et de la bonne adéquation de la prise en charge des patients tout au long du séjour.
- Formalisation d'un projet personnalisé de soins.
- Implication du patient et de son entourage dans son projet de soins.
- Favoriser l'autonomie des patients âgés.
- Accompagnement de fin de vie des patients
- Garantie de continuité de la prise en charge du patient de SSR en aval.
- Développement d'une coordination efficace avec les différents acteurs du territoire.

Principales données actuelles

- 1 million de patients hospitalisés en SSR sur 12,8 millions (ATIH hospitalisation, 2018).
- Patientèle âgée : 75 ans d'âge moyen en SSR (Ministère des solidarités et de la santé, 2019).
- Le vieillissement de la patientèle augmente le risque de dépendance.
- 11,2 % des programmes ETP autorisés le sont en SSR (HAS, 2012).
- Manque de suivi et de coordination du parcours des patients
- 70 % des séjours SSR se terminent par un retour au domicile du patient et 16 % par un transfert vers une autre unité médicale dont 12 % en MCO (DREES, 2008).
- Inscription nécessaire des structures SSR dans l'offre territoriale.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Développer une coordination efficace avec les différents acteurs du territoire (3.1-01).

Actions

- Évaluer la pertinence de l'admission en SSR et la bonne adéquation de la prise en charge tout au long du séjour (2.1-03).
- Formaliser un projet personnalisé de soins (2.2-06).

• • •

- Implication du patient et de son entourage dans son projet de soin (1.1-06, 1.3-01).
- Favoriser l'autonomie des patients (1.2-04, 1.2-06, 1.4-04).
- Assurer l'accompagnement de fin de vie des patients (2.2-19).
- Assurer la continuité de la prise en charge du patient de SSR en aval (1.4-06).

Évaluation

- Communiquer, analyser, exploiter à l'échelle de l'établissement, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (3.7-03).
- IQSS (1.1-06, 2.2-06).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous devrez vous assurer auprès des équipes de soins que l'évaluation et la réévaluation de la pertinence de l'hospitalisation du patient en SSR a été réalisée aux différentes étapes de sa prise en charge :

- à la demande d'admission ;
- lors du passage en commission d'admission ;
- à l'admission ;
- lors des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires ;
- et lors de la préparation de la sortie.

1. La pertinence de l'hospitalisation en SSR

- **Demande d'admission** *via* Trajectoire ou Médecin traitant
- **Commission d'admission**
- **Admission**
- **Staff pluridisciplinaire hebdomadaire**
- **Préparation de la sortie**

Évaluation pluriprofessionnelle

Réévaluation régulière de la pertinence du séjour

Tracabilité des évaluations et réévaluations pluriprofessionnelles dans le dossier patient avec comme objectif de trouver aux différentes étapes la réponse à la question « Quel est le bénéfice d'un séjour en SSR, pour ce patient, dans son parcours de soins ? ».

Vous devrez également porter une attention particulière sur le projet personnalisé de soins car, pour les patients pris en charge en SSR, il est recommandé de le formaliser dès les premiers jours suivants leur admission.

Vous évaluerez l'existence des 3 points suivants :

- l'évaluation globale pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle qui permet à l'équipe de soins de proposer au patient une base de projet de soins ;
- l'identification des besoins et préférences du patient qui contribue ainsi à la construction de son projet personnalisé ;
- les réévaluations périodiques permettant ainsi des ajustements du projet personnalisé de soins.

2. Le projet personnalisé de soins

- **Évaluation** globale pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle
- **Identification** des besoins et préférences du patient
- **Réévaluation** périodiques dans un souci d'**adaptabilité** des soins

Vous devrez évaluer dans quelle mesure le patient tient son rôle d'acteur dans sa prise en charge. S'il n'est pas en capacité de le tenir ou s'il souhaite être accompagné, vous noterez l'implication de son entourage.

À cette fin, **vous interrogerez** le patient sur les éléments suivants :

- s'il connait sa maladie, ses objectifs de soins et leur rythme ; le patient devant être en mesure de reformuler ;
- s'il connait les risques et ses limites ;
- s'il a bien bénéficié d'échanges réguliers avec l'équipe médicale et de soins ;
- s'il a validé le projet de soins proposé par l'équipe de soins suite à leurs échanges.

Après avoir recueilli ces éléments de réponse auprès du patient, **il vous est recommandé** d'en vérifier la traçabilité dans le dossier patient.

3. L'implication du patient et de son entourage

- **Connaît sa maladie, ses objectifs de soins et leur rythme**
- **Connaît les risques et ses propres limites (repos, régime, etc.)**
- **A bénéficié d'échanges réguliers avec l'équipe médicale et de soins qui le prend en charge**
- **A validé le projet de soins proposé par l'équipe**

Sur ce thème, **vous devez être en mesure** d'évaluer si l'autonomie des patients pris en charge est réellement favorisée par l'établissement.

Tout d'abord, **vous vous appuyez** sur l'évaluation initiale des dépendances physique et cognitive, régulièrement réalisée pendant le séjour du patient. **Vous en retrouvez** la traçabilité dans le dossier patient. **Vous vérifiez** alors qu'à partir des résultats de l'évaluation, l'équipe de soins a su adapter la prise en charge du patient.

En plus de l'évaluation régulière, **vous devez appréciez** l'existence d'outils mis en œuvre permettant de favoriser l'autonomie du patient.

4. L'autonomie du patient hospitalisé en SSR

- **Évaluation des dépendances physique et cognitive à l'admission**
- **Réévaluations régulières tout au long de la prise en charge**
- **Existence et utilisation d'outils permettant de favoriser l'autonomie du patient**

Les outils permettant de favoriser l'autonomie du patient hospitalisé en SSR accès aux plateaux techniques

- → Planning personnalisé d'activités, de stimulation covalidé avec le patient et son entourage et communiqué au patient.
- → Programme d'autonomisation ou de maintien des acquis.
- → Programme d'aide aux aidants.
- → Intervention de l'ergothérapeute, de la diététicienne, etc.
- → Éducation thérapeutique : prévention des chutes, hygiène alimentaire, etc.

Vous devez repérer les situations dans lesquelles l'autonomie des patients est limitée par l'équipe de soins afin d'assurer leur sécurité. Il s'agit des mesures de contention.

Vous vous assurez alors :

- de la présence d'une prescription médicale et du caractère temporaire de la mesure ;
- de la réalisation d'une analyse des risques que cette mesure représente pour le patient ;
- de l'information donnée au patient ou à son entourage,
- de la réévaluation régulière de l'opportunité de la mesure pour un retour à l'autonomie.

5. Mesure temporaire de contention

- **Prescription médicale de contention**
- **Présence d'une analyse du risque**
- **Motivation de la mesure expliquée au patient et à son entourage**
- **Réévaluations régulières pour un retour à l'autonomie**

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche palliative, **vous devrez vous assurer** que la coordination s'exprime par :

- l'identification des patients concernés par l'équipe de soins ;
- une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ;
- l'élaboration d'un projet de prise en charge du patient en soins palliatifs et d'accompagnement de ses proches ;
- l'intervention du psychologue de l'établissement ;
- la consultation du comité d'éthique s'il existe au sein de l'établissement ;
- et bien entendu la prise en compte de l'expression du patient et d'éventuelles directives anticipées.

Vous devez également vérifier que les services de soins ont la possibilité, outre leurs compétences en interne, de recourir à l'expertise d'une structure extérieure de type équipe mobile de soins palliatifs.

6. L'accompagnement de fin de vie des patients : coordination de la démarche palliative

- **Identification des patients concernés par l'équipe de soins**
- **Concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire**
- **Projet de prise en charge du patient en soins palliatifs et accompagnement de ses proches**
- **Intervention du psychologue**
- **Consultation du comité d'éthique s'il existe**
- **Prise en compte de l'expression du patient et d'éventuelles directives anticipées**

Ressources en interne par du personnel formé et/ou diplômé **et/ou** **Recours à une structure d'expertise, type équipe mobile de soins palliatifs**

Durant votre visite, **vous vous assurerez** que pour chaque prise en charge de patient en SSR, son retour à domicile a été envisagé et préparé dès le début du séjour.

Des indices tracés dans le dossier patient vous aideront à vérifier l'existence d'un projet de sortie auquel le patient aura participé :

- une évaluation pluriprofessionnelle des conditions de vie habituelles du patient, réalisée régulièrement pendant le séjour du patient ;
- une évaluation médicale de sortie avec éventuellement des prescriptions médicamenteuse et de rééducation, de soins à domicile et d'adaptation du logement.

Ceci permettra au patient de poursuivre sa prise en charge et d'éviter une ré-hospitalisation.

De plus, **vous vérifierez** qu'une évaluation sociale de sortie est bien réalisée. Elle permet de confirmer avec le patient ses attentes et de coordonner la mise en œuvre des prescriptions médicales, par exemple : l'ergonomie de son logement, les aides déjà en place et la présence d'aidants notamment.

Enfin, **vous interrogerez** l'équipe sur la réalisation d'une évaluation du logement afin que le patient poursuive sa prise en charge à domicile.

7. Continuité de la prise en charge du patient à sa sortie de SSR

Préparation de la sortie dès le début de la prise en charge

Projet de sortie

- **Évaluation régulière pluriprofessionnelle dès l'admission des conditions de vie habituelles du patient**
- **Évaluation médicale de sortie et prescriptions médicamenteuse et de rééducation**
- **Évaluation sociale**
- **Évaluation du logement par les ergothérapeutes si besoin**

Vous devrez vous assurer auprès de la gouvernance que l'établissement s'est rapproché des acteurs du territoire afin de formaliser des partenariats et de tisser des liens privilégiés.

Ceux-ci permettront d'orienter le patient, selon les besoins, dans les services adaptés tels que :

- médecins de ville ;
- soins à domicile ;
- SSIAD ;
- structures médico-sociales ;
- équipes mobiles ;
- autres structures sanitaires : MCO, SSR spécialisé, psychiatrie, Biologie, HAD.

8. Coordination ville – hôpital

Aller à la rencontre des acteurs du territoire

Formaliser des partenariats

- **Médecins de ville**
- **Soins à domicile**
- **SSIAD**
- **Structures médico-sociales**
- **Équipes mobiles**
- **Autres structures sanitaires : MCO, SSR spécialisé, psychiatrie**
- **Biologie**
- **HAD**

Pour aller plus loin

Références HAS

- Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation de juillet 2013.
- Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins Projet de soins, projet de vie en SSR.

Références législatives et réglementaires

- Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire DHOS/O1 n°2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C n°2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n°2008-340 du 17 novembre 2008 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

Autres références

- Stratégie nationale de santé 2018-2022.
- Chiffres clés hospitalisation 2018 – ATIH.
- Chiffres clés SSR 2018 - ATIH.
- Rapport IGAS sur les USLD de mars 2016.
- La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation - Les établissements de santé > édition 2016 > DREES.
- Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 – DREES – Novembre 2018/n°30.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020 – ACC02_I97_A - maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge des personnes vivant avec un handicap

selon le référentiel de certification

→ **Rappel de la loi du 11 février 2005** « Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Enjeux nationaux

- Veiller à l'accessibilité au sens large pour le maintien de l'autonomie de la personne.
- Assurer la qualité et la continuité du parcours de santé.
- Favoriser et formaliser la présence des aidants.
- Former les professionnels à la connaissance du handicap.

Principales données actuelles* (Résultats du baromètre Handifaction – 2019)

- 12 millions de personnes souffrent d'une limitation fonctionnelle.
- 40 % des soins s'effectuent à l'hôpital.
- Dans 42 % des cas, la présence des aidants n'a pas été acceptée.
- Pour 74 % des personnes vivant avec un handicap, la prise en compte de la douleur n'a pas été réalisée.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique ?

Pilotage

- Assurer un accueil et une accessibilité (3.2-07, 3.2-08).

Actions

- Développer la prévention (1.1-06).
- Favoriser le maintien de l'autonomie (1.2-03).
- Développer des modalités d'évaluation adaptées de la douleur (1.2-08).
- Associer le proche aidant dans la mise en œuvre du projet de soin (1.4-02, 1.4-03).
- Mettre en place aux urgences une prise en charge adaptée (2.2-03).

* Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2019 - CNSA

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Au sein de l'établissement, **un référent handicap ou une équipe spécialisée** doivent être personnes ressources et disponibles.

Un numéro de téléphone unique dédié peut être installé pour faciliter l'information de la personne et pour qu'elle puisse joindre directement les équipes.

Rendre l'établissement accessible consiste à lever les différentes barrières qui entravent l'accès aux lieux et aux services.

De ce fait, en visitant l'établissement, **vous observerez** si la structure est adaptée pour faciliter le déplacement de la personne vivant avec un handicap.

1. Assurer aux patients vivant avec un handicap la qualité de l'accueil et l'accessibilité à l'établissement

Accès à l'information

- **Référent handicap ou équipe spécialisée**
- **Numéro de téléphone dédié**
- **...**

Rendre accessible les informations diffusées sur le site Internet de l'établissement : sous-titrage, lecture sonore, etc.

Accès à l'établissement

- **Parking réservé**
- **Rampe d'accès**
- **Ascenseur adapté, ...**

Accès aux soins

- **Fléchage adapté**
- **Plan interactif**
- **Table d'examen à hauteur variable**
- **Guichets à hauteur adaptée aux fauteuils**

Mettre en place une signalétique adaptée et équiper les chambres

Accessibilité à l'information

L'accessibilité à l'information concourt également **à maintenir la personne la plus autonome**. Pour cela des **mesures particulières** doivent être prises par l'**établissement** pour adapter son site internet mais aussi l'ensemble de ses documents d'information (livret d'accueil, fiche d'information...).

Signalétique adaptée

La signalétique doit être adaptée aux **différents types de handicap**, depuis des plans interactifs aux bornes d'accueil qui facilitent le cheminement interne, et avec un fléchage adapté (couleurs, pictogrammes).

Dans les espaces d'accueil, des boucles magnétiques doivent être prévues et les annonces doivent être simultanément sonores et visuelles.

Vous interrogerez les professionnels sur la prise en charge de soins qui ne sont pas directement liés au motif de l'hospitalisation. Ceci permet d'identifier des carences ou des besoins en soins préventifs.

Dans ce cas, **vous demanderez** aux professionnels si l'entourage et les éventuelles structures qui suivent la personne vivant avec un handicap en sont informés et si l'établissement veille à ce qu'une organisation adéquate soit mise en place, au plus tard au moment de la sortie d'hospitalisation.

2. Les actions de prévention en santé pour le patient vivant avec un handicap

- **Identification des besoins de soins complémentaires :** audition, vision, surpoids, addictions, hygiène bucco-dentaire, etc.
- **Information de l'entourage ou des structures au moment de la sortie, pour mettre en place si besoin, les actions de suivi**

En visitant l'établissement, **vous évaluerez** si l'équipe soignante personnalise la prise en charge en tenant compte du niveau d'autonomie et d'handicap en adaptant les moyens et matériel nécessaires.

En amont de son hospitalisation, un contact avec la personne doit être réalisé afin de recueillir ses besoins et d'évaluer ses aptitudes pour maintenir voire renforcer son autonomie.

La personne doit pouvoir rester actrice de sa santé et de sa qualité de vie.

3. Favoriser le maintien de l'autonomie du patient vivant avec un handicap

Évaluer les aptitudes du patient et prendre en compte ses capacités

→ Contacter le patient ou l'aidant avant son arrivée s'il s'agit d'une consultation ou d'une hospitalisation programmée et se renseigner sur ses besoins spécifiques.

→ Transmettre les éléments de liaison entre les équipes.

S'appuyer sur le vécu du patient pour mettre en œuvre sa prise en charge

Vous interrogerez les professionnels sur la prise en charge de la douleur du patient vivant avec un handicap. La douleur physique est source de vigilance car le patient peut avoir des difficultés à l'exprimer. Elle doit être entendue et non banalisée, même si la personne présente des troubles de la pensée.

Il s'agit d'évaluer la douleur selon une échelle adaptée. Ceci permet e prévenir la sous-évaluation de l'expression de la douleur pour les patients ayant des difficultés de communication. Dans ce cas, il est important de s'appuyer sur l'expertise des aidants ou des proches.

4. La prise en charge de la douleur adaptée au patient vivant avec un handicap

- **Vigilance particulière du fait du handicap**
- **Utilisation de moyens de mesure adaptés**
- **Utilisation de moyens de communication adaptés**
- **Mobilisation de l'expertise des aidants ou des proches**

5. La place du proche aidant du patient vivant avec un handicap dans la mise en œuvre de son projet de soin

Lors de votre visite, **vous évaluerez** dans quelle mesure l'établissement favorise l'expression et la participation des aidants. Il fait ainsi bénéficier le patient du droit à être accompagné, par la personne de son choix, tout au long de son parcours de soins.

Les aidants peuvent ainsi être associés dans la mise en œuvre du projet de soin du patient vivant avec un handicap, dans le respect de ses droits ou si celui-ci n'est pas en capacité de donner son accord. À ce titre, et conformément à la loi, les aidants doivent être acceptés et reconnus dans leur mission par la totalité des acteurs de soins, en accord avec le patient.

Avec l'accord du patient, s'assurer de la place effective du proche aidant

- **Expression et participation au projet de soin**
- **Reconnaissance de son expertise**

6. L'adaptation de la prise en charge aux urgences du patient vivant avec un handicap

Lors de votre visite dans les services d'urgences, **vous porterez une attention particulière** sur la prise en charge du patient vivant avec un handicap et notamment sur les points suivants :

- l'existence d'espaces d'attentes séparés de la salle d'attente commune, si le dimensionnement le permet ;
- des circuits spécifiques et courts permettant d'orienter systématiquement les patients vers le service adapté et réduire ainsi les délais d'attente ;
- L'existence d'un dossier de liaison d'urgence associé aux documents spécifiques du handicap ;
- la sollicitation de l'aidant ou du proche permettant de compléter et contribuer à l'explication sur les habitudes de vie et la pathologie du patient vivant avec un handicap, mais aussi, dans une certaine mesure, à la qualité et à la sécurité des soins qui lui seront prodigués.

- **Espaces d'attente appropriés**
- **Circuits spécifiques, délais adaptés et priorisés**
- **Dossier de liaison d'urgence/documents spécifiques handicap**
- **Association de l''expertise patient/aidant**

Pour aller plus loin

- Ministère de la Santé et des Solidarités. Usagers vos droits. Chartre de la personne hospitalisée. Paris, 2006. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
- Charte Romain Jacob. www.handidactique.org/charte-romain-jacob
- Guide Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap, 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2772619
- Vidéo Laurence Chazalette - Présentation du guide d'amélioration des pratiques professionnelles. « Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap ».
- Démarche centrée sur le patient, juin 2015. Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte, 2017.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I103_A - maquette : Valérie Combe – 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 polypathologies, 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).

• • •

Actions

- Informer le patient et favoriser son engagement (1.1-01, 1.1-03, 1.1-05, 1.1-06, 1.1-09, 1.3-01, 2.3-08, 2.3-16).
- Se coordonner de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle : évaluation médicale et sociale précoce (1.2-04, 1.2-07), recours à des services de spécialité et à l'expertise gériatrique (2.2-09), élaboration et mise en œuvre du Projet Personnalisé de Soins (2.1-01, 2.2-06).
- Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation (1.2-04, 2.3-16).
- Assurer la continuité des soins et préparer la sortie pour limiter les réadmissions évitables : organisation du suivi médical en prenant en compte les conditions de vie, maîtrise du risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique (1.1-06, 1.1-09, 1.4-06, 2.2-20, 2.3-08).

Évaluation

- IQSS (1.1-01, 1.1-06, 2.2-20, 3.1-04).

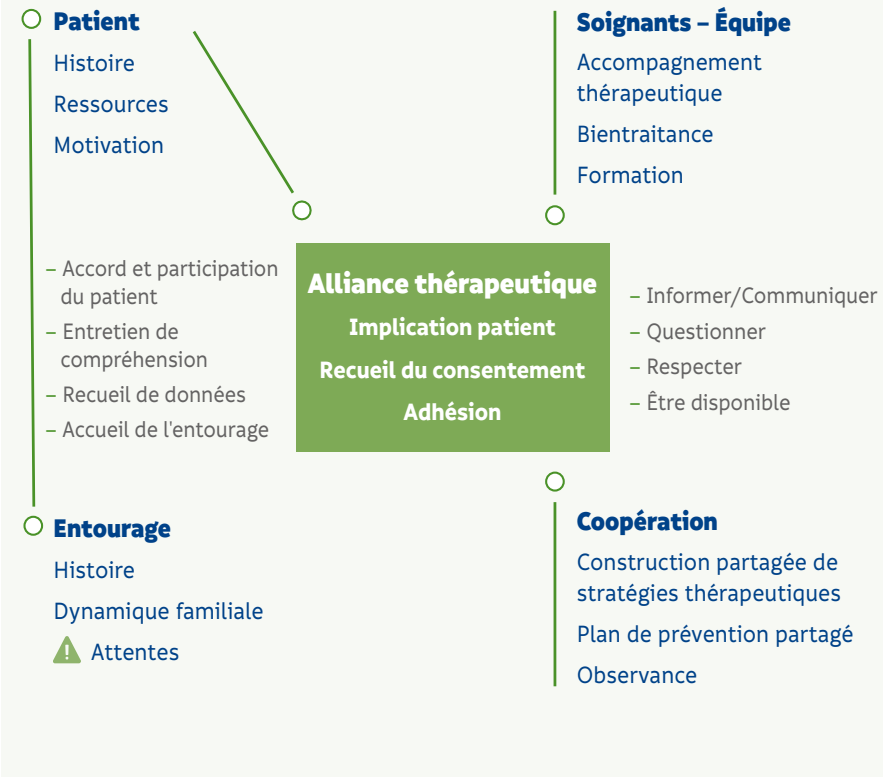
Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous devrez porter une attention particulière sur :

- l'information du patient âgé sur son état de santé, ses traitements et son risque de déclin, quel que soit son âge ou ses troubles sensoriels et cognitifs ;
- l'évaluation du niveau de compréhension du patient et la recherche de son adhésion pour formaliser la proposition et les objectifs de sa prise en charge, en accord avec lui ;
- l'adaptation de la communication des professionnels au degré de compréhension et de discernement du patient en s'appuyant sur des outils de communication internes à l'établissement ou appartenant au patient ;
- la manière dont les équipes procèdent pour aboutir à une alliance thérapeutique entre le patient âgé, les soignants et les aidants permettant d'améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurisation de la prise en charge du patient ;
- les interventions et les actions éducatives dont le patient âgé a bénéficié pour être accompagné, le rendre acteur de sa prise en charge et lui permettre de gérer sa maladie et de maintenir son autonomie.

1. Informer le patient et son entourage et favoriser son engagement



Deux particularités :

→ Le patient âgé doit donner son accord pour que les soignants délivrent des informations à son entourage et l'impliquent dans le projet de soins.

→ Pour tous les patients sous protection judiciaire, le tuteur ou le curateur doit être informé de l'hospitalisation et de l'état de santé du patient.

Experts-visiteurs

Vous devrez vous assurer que les professionnels ont réalisé une évaluation gériatrique globale du patient, basée sur des données médicales et sociales pertinentes, dès les urgences ou au plus tôt de l'admission.

Cette évaluation doit :

- recueillir les besoins spécifiques et préférences du patient âgé ;
- permettre de construire un projet thérapeutique en intra et en extra hospitalier ;
- lui proposer un accompagnement pour favoriser son autonomie.

De plus, un suivi des fragilités doit être retrouvé dans le dossier tout au long de la prise en charge.

2. Réaliser une évaluation gériatrique précoce

PATIENT ÂGÉ

- **Recueil des besoins et préférences**
- **Évaluation médicale et sociale**
- **Coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire**

FOCUS

Évaluation à l'entrée du patient

- Polypathologie/Comorbidités
- Diagnostics et traitement : polymédication
- Capacité à gérer sa maladie et son traitement
- Fragilités fonctionnelles et psychosociales
- Autonomie et risque de chute
- Nutrition
- Troubles sensoriels et cognitifs
- Conditions de vie à domicile, environnement
- Évaluation de l'aidant, ...

Construction du projet thérapeutique individualisé

Évolution par étapes

Experts-visiteurs

Vous devez vous assurer que des stratégies d'interventions, de prévention et de traitement visant les principales causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation sont implémentées dans les services recevant des personnes âgées.

Les équipes doivent adopter des réflexes de bonnes pratiques de prise en charge et de surveillance pour prévenir la dépendance car l'état fonctionnel du patient âgé évolue durant l'hospitalisation. Les stratégies efficaces se fondent sur une approche centrée patient, caractérisée par une prise en charge coordonnée, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

3. Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène

Remettre en cause les pratiques inadaptées en routine hospitalière et se donner les moyens du changement pour **agir sur les causes de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation**

Dénutrition | Syndrome d'immobilisation | Confusion aigüe | Chutes | Incontinence | Effets indésirables du médicament

Adapter et sécuriser l'environnement et les équipements aux besoins spécifiques des personnes âgées

Améliorer l'interface ville/hôpital à l'admission et en sortie d'hôpital

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.

L'objectif principal est de permettre au patient âgé de rester indépendant le plus longtemps possible : marcher, manger, aller aux toilettes seul.

En complément, vous devrez observer :

- la mise à disposition d'un environnement et d'équipements sécuritaires et adaptés aux besoins et capacités des personnes âgées ;
- des dispositifs d'aide à la marche ou aux transferts ;
- des repères temporels et spatiaux ;
- des espaces pour les aidants ;
- etc.

Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène

Dénutrition

Lors de l'hospitalisation, elle est liée à un apport alimentaire insuffisant et/ou à un accroissement des besoins liés à la maladie. La prévalence de la dénutrition des personnes âgées est de 35 % à l'admission, et de 50 %à la sortie. Elle est associée à une augmentation de la mortalité, à des complications (confusion, infection, perte de masse musculaire, retard de cicatrisation, escarre, etc.), à des entrées en institution et à une diminution de l'autonomie et de la qualité de vie.

Syndrome d'immobilisation

Il est à l'origine d'une décompensation multi systémique, avec en particulier une perte rapide de la masse musculaire, une perte d'autonomie et une augmentation du taux de ré hospitalisations. Malgré cela, 70 à 83 % du temps passé par le patient à l'hôpital est alité, alors que la restriction d'activité est rarement justifiée médicalement.

Les facteurs déclenchants sont : environnement, organisation des soins et des aides inadaptés, restrictions d'activité ou alitement injustifiés, contention physique ou chimique, sonde vésicale et cathéter non justifiés, absence d'aide adaptée à la marche et/ou aux transferts, douleur non traitée, etc.

Confusion aigüe

Elle touche 29 à 64 % des personnes âgées pendant leur hospitalisation et augmente le risque de déclin fonctionnel, de chutes, de syndrome démentiel, d'augmentation de la durée d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Les facteurs de risque prédisposants sont : démence ou troubles cognitifs, immobilisation aggravée par la contention, atteinte sensorielle (auditive, visuelle), comorbidités multiples, dénutrition, polymédication, antécédent de confusion, troubles de l'humeur (dépression).

La contention physique doit rester exceptionnelle, en dernier recours et de façon transitoire, pour permettre les investigations et les traitements nécessaires tant que le patient est dangereux pour lui-même ou pour autrui, et toujours associée à des mesures d'accompagnement.

Les chutes

Les chutes sont source de blessures dans 30 à 40 % des cas, de traumatismes (sévères dans 5 % des cas), de peur de tomber, de syndrome post-chute, de perte d'autonomie et d'une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital.

L'incontinence

Elle est fréquente (20 % des personnes âgées) et augmente avec l'hospitalisation (14 % à l'admission et 33,5 % à la sortie). Elle est un facteur de risque de déclin fonctionnel, de chutes, d'infections urinaires, d'altération de la qualité de vie et d'entrées en institution. Lors de l'hospitalisation, elle est favorisée par certaines médications, des conseils diététiques ou prises en charge inadaptés, en particulier le port de protection urinaire non justifié.

Les effets indésirables des médicaments

30 à 60 % des effets indésirables des médicaments sont prévisibles et évitables : on parle de iatrogénèse médicamenteuse évitable. La iatrogénie médicamenteuse représente, à elle seule, 20 % des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25 % des admissions des plus de 85 ans. Les effets indésirables sont augmentés par la prise de diurétiques et anticoagulants.

Expert-visiteur

Vous porterez une attention sur les moyens mis en œuvre par l'établissement pour établir une coordination avec les partenaires de ville, sanitaires et médico-sociaux du territoire afin de :

- proposer une prise en charge pertinente du patient âgé par des admissions directes dans une filière gérontologique identifiée ;
- éviter des hospitalisations et des passages aux urgences souvent longs si l'état du patient ne le nécessite pas (urgence vitale…) ;
- diminuer la durée moyenne de séjour lorsque ce n'est médicalement pas pertinent ;
- sécuriser la sortie d'hospitalisation et optimiser le suivi.

> Il est à noter que le passage aux urgences doit avoir lieu si la situation clinique du patient âgé nécessite de réaliser des examens rapidement.

Vous porterez une attention particulière sur les moyens mis en œuvre par l'établissement pour améliorer le passage dans le service des urgences et organiser l'orientation du patient âgé. De plus, vous vous assurerez que l'équipe mobile gériatrique interne ou externe vient en appui des prises en charge complexes.

Lorsque vous constaterez un taux de passages aux urgences conséquent, il faudra s'interroger sur l'organisation de l'établissement mais aussi tenir compte de la démographie, du bassin de population et du contexte territorial dans lequel s'inscrit l'établissement visité : désert médical, forte population âgée dans la région.

4. Coordonner et fluidifier les parcours de santé sur le territoire

PAERPA : un parcours mieux coordonné

Exemples de moyens et d'actions de coordination des parcours

- messagerie sécurisée de santé ;
- dossier médical partagé ;
- inscription dans une plateforme territoriale d'appui (PTA) ;
- télémédecine, astreintes gériatriques dans les EHPAD ;
- formations ouvertes aux médecins généralistes sur des thématiques gériatriques et troubles cognitifs ;
- mise en place de partenariat avec les structures d'aval sanitaires ou médicosociales telles que les MAIA, SAD, SSIAD, CLIC définissant les modalités d'admission ;
- participation aux journées portes ouvertes ;
- appel à projet, etc.

Pour aller plus loin

Références documentaires

HAS

- Plan personnalisé de coordination en santé, 2019.
- Les personnes âgées en établissement de santé, 2017.
- Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017.
- Comment réduire les ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? 2013.
- L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, 2014.
- Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, 2015.
- Contention physique de la personne âgée, 2005.
- L'éducation thérapeutique du patient, 2014. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, 2014.

Autres

- Approche territoriale : filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées – ANAP, 2015.
- Autodiagnostic filières gériatriques hospitalières de territoire – ANAP, 2013.
- Construire un parcours de santé pour les personnes âgées – ANAP, 2013.
- Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - ARS/Assurance maladie/Ministère des affaires sociales et de la santé, mai 2016.
- Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier – DREES, mars 2017.
- Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue – DREES, mars 2017.
- ICOPE, soins intégrés pour les personnes âgées - OMS 2019.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS

www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Septembre 2020– ACC02_I105_A - maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'accréditation des médecins et équipes médicales

selon le référentiel de certification

VADEMECUM DE L'ACCREDITATION

- → L'accréditation est un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité conçu et proposé par des pairs et encadré par une autorité indépendante, la HAS.
- → L'accréditation n'est pas un programme d'essence administrative, même si sa traçabilité est rigoureuse sur un support d'information administré par la HAS.
- → Il existe deux modèles : l'accréditation individuelle (en 2020, la plus fréquente et qui va perdurer pour différentes raisons) et l'accréditation en équipes (le modèle actuellement privilégié par la HAS et certains Organismes Agréés).
- → L'accréditation notamment dans son mode équipe est de nature à être intégrée au travail en routine (amélioration de la communication, actualisation des connaissances et des protocoles, évaluation et amélioration des pratiques, analyse par l'équipe des événements indésirables, identification des situations à risques…).
- → L'accréditation ne concerne pas uniquement le privé, bien au contraire, la HAS souhaite voir ce programme s'implanter massivement à l'Hôpital notamment dans les CHU, afin que les professionnels apprennent lors de leur cursus de formation, à travailler de manière concertée, protocolée et évaluée.
- → L'accréditation ne concerne pas uniquement les médecins : en effet, dans sa version équipe, sa mise en œuvre sur le terrain est par définition multidisciplinaire et pluriprofessionnelle. C'est sa validation qui est individuelle, car délivrée nominalement aux médecins (en vue d'obtenir certains avantages notamment financiers, mais également la validation d'obligations individuelles : Développement professionnel continu [DPC]).

Enjeux de l'accréditation

- Améliorer le travail en équipe.
- Améliorer la qualité des pratiques.
- Améliorer la sécurité des patients.
- Garantir le maintien des compétences.
- Diffuser la culture sécurité au niveau des équipes et à l'échelle individuelle.

Principales données de l'accréditation en 2020

- Un réel succès : 7.300 médecins engagés dans le programme d'accréditation dont 1250 en équipes.
- La tendance actuelle : 170 équipes constituées, et leur nombre croit rapidement.
- Une base de retours d'expérience unique : plus de 130.000 Évènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) enregistrés.

• • •

Le cadre réglementaire de l'accréditation

- **Est une démarche volontaire** de gestion des risques fondée sur la déclaration d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) et l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.
- **Repose sur des programmes de spécialité médicale**, proposés par des organismes professionnels agréés par la HAS pour l'accréditation (OA-Accréditation). Ces organismes élaborent le programme et évaluent l'engagement des médecins dans le dispositif d'accréditation.
- **Concerne** pour le moment, les médecins exerçant une spécialité ou une activité dite « à risque » en établissement de santé : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, spécialités interventionnelles, activités d'échographie obstétricale, réanimation ou soins intensifs. La liste des spécialités ou activités concernées et les modalités de réalisation de l'accréditation sont définies par le décret n°2006-909 du 21 juillet 2006.
- **La HAS délivre le certificat d'accréditation**, sur avis des organismes agréés, aux médecins ayant répondu positivement aux exigences du programme.

Quels bénéfices, quels indicatifs ?

- **Pour les médecins et les équipes**
  - amélioration des pratiques ;
  - amélioration du travail en équipe (pour la modalité accréditation en équipe) ;
  - participation financière (à la prime responsabilité civile pour les médecins exerçant en partie ou en totalité en libéral) ;
  - validation du DPC (et à l'avenir, la re-certification).
- **Pour l'institution**
  - renforcement de la valeur équipe pluriprofessionnelle autour de cette dynamique médicale – l'équipe, le meilleur angle d'attaque de la qualité en établissements de santé ;
  - co-construction de la culture sécurité (objectifs qualité et sécurité partagés) ;
  - diminution de la sinistralité.
- **Pour le patient**
  - le véritable enjeu de l'accréditation : une réduction du nombre et de la sévérité des événements indésirables associés aux soins.

En quoi la certification répond aux enjeux de la thématique accréditation ?

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

- 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 Managment*).
- L'équipe met systématiquement en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins à la suite des analyses. Le plan d'action issu de l'analyse des EIAS est suivi.

Critère 3.7-06. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement

- La gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement).
- Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite «à risques» (spécialités de gynécologie- obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont des médecins ou des équipes accréditées.

Lien entre l'accréditation et la certification

Accréditation

- Accréditation individuelle et en équipe.
- Identification des situations à risque.

Certification

- Critère 2.4-04. : mise en place d'actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins.
- Critère 3.7-06 : promotion de l'accréditation des médecins et des équipes médicales par la gouvernance.

Ces 3 dimensions sont évaluées dans le cadre d'un **bilan de suivi annuel** par les organismes agréés de la discipline, de la qualité du programme réalisé par le médecin/l'équipe.

Les 3 dimensions qui doivent êtres réalisées réglementairement chaque année dans le cadre d'un programme d'accréditation

1. **Déclarer et analyser** un nombre annuel d'événements indésirables associés aux soins
2. **Mettre en œuvre des recommandations** définies dans le programme de la spécialité
3. **Participer à des activités :** registres, DPC, enquêtes, congrès, formations…

Ces 3 piliers permettent :

- **pour la gestion des risques :** d'analyser tous les évènements indésirables associés aux soins déclarés par les médecins engagés dans la démarche ;
- **dans le cadre du travail en équipe :** élaborer des « Solutions pour la sécurité du patient » (SSP). Les SSP sont présentées sous un format adapté aux médecins pour une mise en pratique « clés en main » de ces bonnes pratiques ;
- **dans le cadre de l'amélioration des pratiques :** de réduire le nombre d'EIAS et en limiter leurs conséquences.

Les 3 piliers que vous aurez à explorer sur le terrain L'accréditation (en équipe) intégrée au travail en routine

La gestion des risques

- **Déclaration et analyse d'EIAS au sein de RMM, décisions et actions pour éviter la récurrence**
- **Identification de situation à risque et élaboration de barrières de prévention ou de récupération**

Le travail en équipe

- **Amélioration de la communication : *briefings/débriefings*, utilisation optimisée de la *check-list* au bloc opératoire**
- **Protocolisation de l'activité**
- **Organisation du travail**

L'amélioration des pratiques

- **Congrès, formation proposées dans le programme**
- ***Staff* qualité, RCP cancéro ou autre**
- **EPP, suivi d'indicateurs, patient traceur, registres , enquêtes…**

Comment se fait le lien entre le programme Équipe et le PAQ de l'établissement

Participation du service Qualité aux actions des équipes
Soutien logistique des démarches mises en oeuvre

Pour aller plus loin

Références HAS

→ www.has-sante.fr/jcms/c_428381/fr/accreditation-des-medecins-et-equipes-medicales

Autres références

→ Rapport UZAN : mission de re-certification des médecins – Novembre 2018.

→ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020-Juillet 2019, Proposition 21.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS

www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020 - ACC02_I107_A - maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques

selon le référentiel de certification

- **Service des urgences :** service hospitalier qui assure la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public ou privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection, se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.
- **SAMU :** service hospitalier qui répond 24h/24 (Centre de Réception et de Régulation des Appels CRRA - Centre 15) par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgences et assure « aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état ». Le SAMU centre 15 coordonne le parcours de soin des victimes en situation sanitaire exceptionnelle.
- **SMUR :** structure hospitalière qui assure en permanence la prise en charge préhospitalière d'un patient dont l'état requiert des soins critiques ou de réanimation. Unité basée à l'hôpital qui intervient exclusivement sur régulation du SAMU.
- **Soins critiques (Réanimation, Surveillance continue, Soins Intensifs adultes et pédiatriques)** : prise en charge graduée selon la gravité de patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérale aigues mettant directement en jeu leur pronostic vital. Elle implique un monitorage continu des fonctions vitales et, le cas échéant, le recours à des méthodes de suppléance.

Enjeux nationaux

- Être préparés à s'adapter pour répondre efficacement aux situations de crise et d'urgence sanitaire[1].
- Permettre à tous les usagers[1] :
  - de bénéficier de filières de recours fluides et accessibles, notamment pour les urgences ;
  - d'accéder à des plateaux techniques comprenant soins intensifs, réanimation, et traitements innovants.
- Favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients[2].
- Renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge dans les services d'urgences[3].
- Faciliter la sortie des patients des services d'urgence[3].

• • •

1. Stratégie nationale de santé 2018-2022.
2. Ma santé 2022.
3. Pacte de refondation des urgences, septembre 2019.

Principales données actuelles

SAMU-SMUR

- 105 SAMU Centre 15 répondent à 40 000 appels par jour[4].
- 456 SMUR ont effectué 787 000 interventions[5].
- 580 médecins correspondants du SAMU en 2016 (chiffre X 4 depuis 2012)[6].
- Intégration dans la certification en V2020.

Urgences[7]

- 21 millions de passages par an avec 3,6 % de passages en plus par an.
- 80 % des services d'urgence disposent d'un IOA.
- 20 % des passages débouchent sur une hospitalisation.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Organiser :
  - l'admission directe en urgence dans les unités spécialisées (3.1-06) ;
  - la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (3.6-01) ;
  - la gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence (3.7-05) ;
  - la réhospitalisation en urgence de patients HAD par le SAMU (2.2-14).
- Former les professionnels (2.2-02, 2.2-03, 3.6-01).

Actions

- Respecter les droits lors de l'accueil, de l'attente et des examens (1.2.02, 2.2-03).
- Sécuriser la régulation médicale des appels et orienter de manière adaptée le patient par l'équipe SAMU (2.2-01, 2.1-02, 2.2-14).
- Permettre une continuité de la prise en charge par le SMUR avec le SAMU-Services urgences-hôpital (2.2-01, 2.2-02, 2.2-03).
- Trier tous les patients dès l'accueil et orienter de manière adaptée le patient par l'équipe des urgences (2.2-03).
- Organiser, mettre en œuvre et évaluer la gestion des tensions hospitalières et les situations sanitaires exceptionnelles (3.6-01).

Évaluation

- Analyser et améliorer (dossier SMUR, résultats cliniques, modalités de prise en charge soins critiques, exercices ou entrainement SSE, occupation des lits) (2.2-02, 2.4-01, 2.4-05, 3.6-01, 3.7-05).
- IQSS (2.4-01).

4. Donnée Samu-Urgences de France, août 2019.
5. Statistique opérateur de télécommunication national.
6. Chiffres clés de l'offre de soin, édition 2018.
7. Rapport public annuel Cour des comptes 2019 (chiffres 2016).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Lors des visites dans les structures d'urgences **vous devrez vous assurer** que les droits des patients sont respectés aux différentes étapes et notamment :

- que le patient est informé des délais d'attente dès son arrivée ;
- que les soignants respectent l'intimité et la dignité du patient lors des soins ;

Une attention spécifique devra être portée sur la prise en charge des personnes vivant avec un handicap ou les personnes âgées. Enfin, il est **important d'évaluer** quelle place les soignants accordent aux accompagnants lors de la prise en charge de la personne soignée.

• • •

1. Le respect des droits du patient lors de l'accueil, de l'attente et des examens aux urgences

- **Informations sur le délai de prise en charge**
- **Respect de l'intimité et de la dignité**
- **Confidentialité**
- **Prise en compte des populations spécifiques**
- **Place donnée aux accompagnants**

Les bonnes pratiques de prise en charge à l'arrivée aux urgences

Le patient est informé aux urgences du délai dans lequel il sera pris en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), par la personne de l'accueil, le médecin par l'IAO, le délai étant calculé en fonction du résultat de l'échelle de tri.

L'intimité et la dignité du patient sont respectées dès son arrivée, en attendant sa prise en charge pendant l'examen par l'IAO ou l'urgentiste. Les patients attendent non dénudés si possible dans un local fermé ou un espace dédié séparé par des paravents.

Le patient est traité avec égards et ne souffre pas de gestes, propos ou attitudes inappropriés de la part des professionnels.

Il convient d'être très vigilant pour éviter l'infantilisation des personnes lors des soins prodigués notamment si le patient vit avec un handicap, ou s'il s'agit d'une personne âgée vulnérable.

La confidentialité des informations données au patient est respectée lors de l'examen du patient par l'IAO et l'urgentiste.

Pour les personnes vivant avec un handicap, leur situation de dépendance ou vulnérabilité doivent être prise en compte notamment lors des temps d'attentes, pendant les soins mais aussi lors de leur orientation vers un service clinique en cas d'hospitalisation.

La présence des accompagnants est facilitée notamment pour les populations spécifiques (personnes âgées, enfants, handicapés, étrangers ne parlant pas la langue, etc.) par la présence d'un aidant (famille ou proche).

L'accueil des proches est organisé dans un local dédié et adapté pour les urgences et les services de soins critiques (réanimation…).

Les règles d'accès aux accompagnants sont affichées (stratégie relative aux enfants, aux horaires, à la suppression des visites et accompagnements pour cause d'épidémie, à l'éviction des accompagnants lors d'actes particuliers …).

Un accompagnant ne doit pas gêner la dispensation des soins au malade, exposer à une maladie contagieuse et troubler le repos et l'intimité des autres malades.

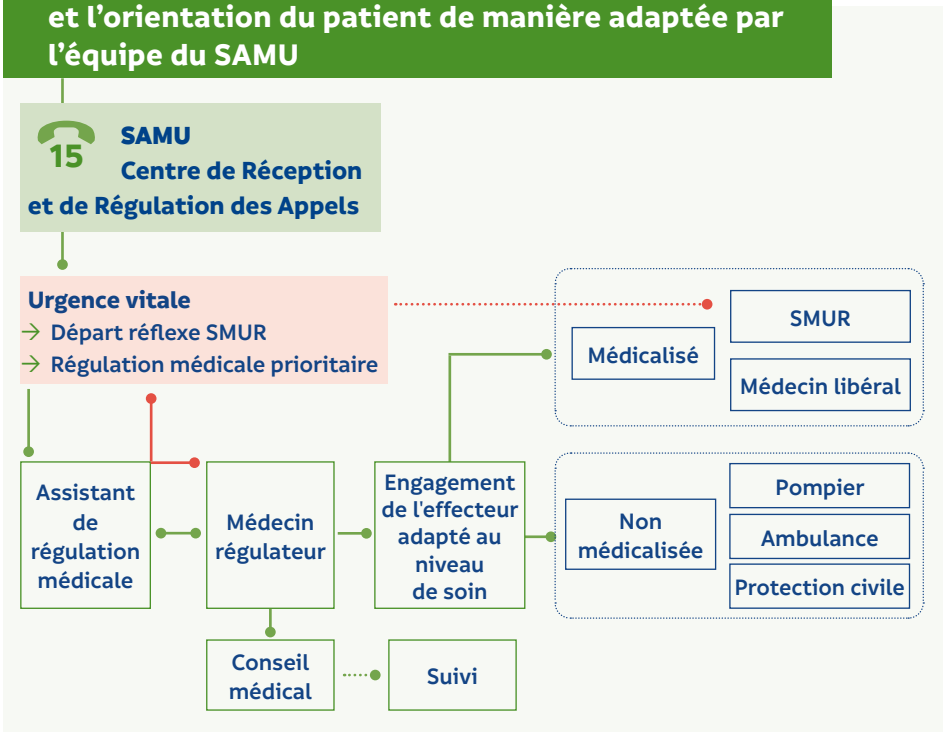
2. La sécurisation de la régulation médicale des appels et l'orientation du patient de manière adaptée par l'équipe du SAMU

Concernant la régulation des appels et l'orientation du patient par le SAMU, **vous vérifierez** les pratiques mises en place lorsqu''un appel arrive au centre de réponse et de régulation des appels (CRRA), centre 15 :

- le traitement de l'appel par un Assistant de Régulation Médicale (ARM) ;
- le recours systématique, à l'issue de son entretien avec l'appelant, au médecin régulateur pour l'informer du motif de l'appel et de la situation du patient ;
- le déclenchement des réponses adéquates suite à la décision du médecin régulateur.

Deux cas de figure sont possibles :

- **le médecin régulateur prend l'appelant en ligne** et prend la décision adaptée au niveau de soins. Il peut lui délivrer un conseil médical et prévoir un suivi ou envoyer un effecteur ;
- **le médecin régulateur ne prend pas l'appelant en ligne**. Dans ce cas, l'ARM soumet sa décision au médecin régulateur pour validation.



En résumé, **vous vous assurerez** que tout appel est régulé médicalement et toute décision est validée par le médecin régulateur. Le patient sera alors pris par un effecteur médicalisé de type SMUR ou médecin libéral tel que le médecin traitant, SOS médecin, ou un médecin de garde, ou bien par un effecteur non médicalisé comme les sapeurs-pompiers, une ambulance privée ou la protection civile.

En cas d'urgence vitale, l'ARM déclenche le départ réflexe d'une équipe du SMUR et le plus souvent d'un autre effecteur avec information immédiate du médecin régulateur et régulation médicale prioritaire, l'appel devrait être pris en charge par le médecin régulateur dans les 20 secondes.

Régulation et prise en charge

Un grand flux d'appels parvient au centre 15. Un serveur vocal interactif informe les appelants qu'ils sont en relation avec le centre 15, que leur appel est enregistré, et qu'un certain nombre d'informations sera collecté. Cela incite les correspondants à ne pas poursuivre leur démarche lorsqu'ils identifient que leur appel ne répond pas à leur besoin (erreurs de numérotation, faux appels, ...).

Le SAMU est un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA15). Un règlement intérieur ou une charte formalise les modalités d'organisation, de fonctionnement et intègre les protocoles de régulation et d'évaluation.

Tout appel arrivant au 15 est pris en charge par un Assistant de Régulation Médicale (ARM). Les ARM doivent être formés à la régulation médicale. Une formation diplômante créée en 2019 est désormais obligatoire. Les ARM exerçant déjà dans un SAMU peuvent obtenir le diplôme par validation des acquis de l'expérience et formation professionnelle continue. Leur départ en formation en vue de l'obtention du diplôme doit se faire avant le 31 décembre 2026.

L'ARM enregistre les coordonnées du patient (identification, adresse, téléphone...) ainsi que le motif d'appel dans le dossier de régulation. L'appel est transmis au médecin régulateur pour analyse diagnostique et décision en lien avec l'ARM.

Si son état le nécessite, le patient pris en charge est orienté vers l'établissement public ou privé permettant sa prise en charge. Cette orientation tient compte dans la mesure du possible de la volonté du patient et des capacités d'accueil des établissements.

Le SAMU organise l'accueil en lien avec le service destinataire, et tient compte des filières existantes permettant un accès direct dans les services spécialisés . »

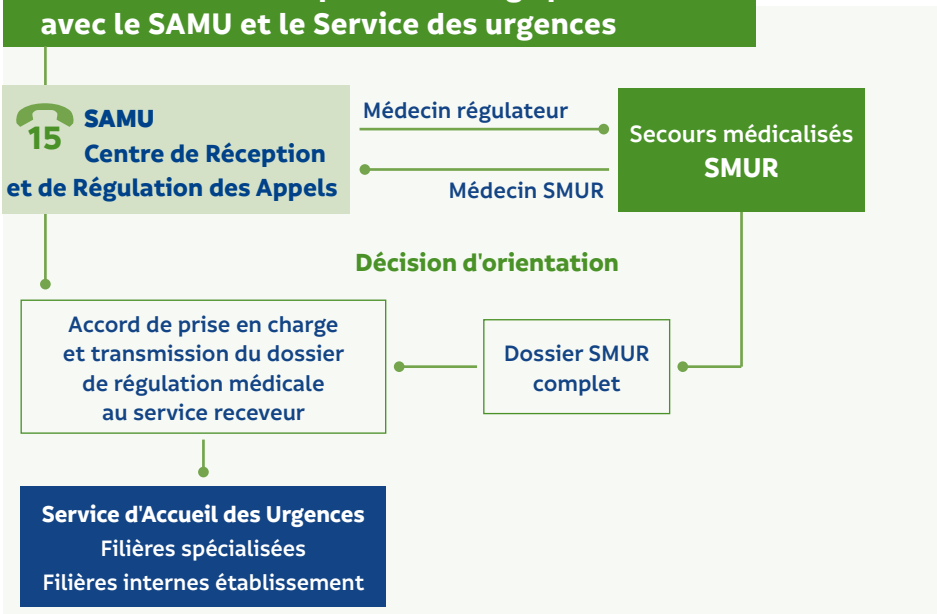
Les modalités d'accès aux filières sont formalisées et connues des professionnels.

Concernant la continuité de la prise en charge entre le SMUR, le SAMU et le Service des urgences ou la filière spécialisée **vous vous assurerez** que toutes les communications et décisions sont tracées :

- les échanges entre le médecin régulateur du SAMU et le médecin du SMUR ;
- la décision d'orientation du patient par le médecin régulateur en accord avec le service d'accueil.

Vous vérifierez que le dossier de régulation médicale alimenté du dossier SMUR ont bien été complétés et adressés au service d'accueil.

3. La continuité de la prise en charge par le SMUR avec le SAMU et le Service des urgences



Dossier de régulation médicale (DRM)

Tout appel pris par l'ARM et la régulation médicale est tracé dans le DRM, ainsi que le bilan de l'état du patient réalisé par l'effecteur.

Le DRM doit comporter les données administratives et médicales lors des actes de régulation dont :

- identification du patient et gestion administrative de l'appel (incluant l'horodatage des déclenchements de moyens,...) ;
- description du processus décisionnel, engagement des moyens, orientation, accueil et clôture du dossier.

Le DRM est transmis par le centre 15 au service receveur pour anticiper et préparer l'arrivée du patient puis il est clôturé au retour de l'équipe SMUR à sa base.

• • •

Dossier SMUR

Le dossier SMUR vient alimenter le DRM.

Le médecin du SMUR en relation avec le médecin régulateur du SAMU trace le bilan dans le dossier SMUR.

Un dossier médical préhospitalier SMUR complet, par patient et par intervention doit être renseigné par le médecin de l'Unité Mobile Hospitalière. Le dossier est transmis au service des urgences.

Certains éléments sont obligatoires :

- le nom et la signature du médecin ayant pris en charge le malade ;
- la date et les horaires des statuts du déroulement de l'intervention ;
- le ou les noms du ou des médecins référents du patient ;
- les antécédents et traitements en cours ;
- l'observation médicale initiale et l'évolution clinique ;
- les données de surveillance ;
- le diagnostic ou l'hypothèse diagnostique retenue ;
- les actes et les traitements réalisés (les actes et les doses de médicaments administrés doivent être écrits et horodatés) ;
- l'orientation du malade.

D'autres sont souhaitables car ne pourront pas être recueillis si le patient est inconscient, par exemple :

- le nom, prénom, sexe, date de naissance et l'adresse du patient ;
- le ou les noms du ou des médecins référents du patient ;
- les antécédents et traitements en cours ;
- le nom du médecin à qui est confié le patient. est réévaluée tout au long de la prise en charge.

Le triage des patients consultant aux urgences est nécessaire lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge immédiate hors urgence vitale.

Vous vous assurerez que l'infirmière d'accueil et d'orientation a suivi une formation spécifique à ce poste.

Vous évaluerez comment est réalisé ce tri, et notamment dès l'accueil du patient jusqu'à son orientation ;

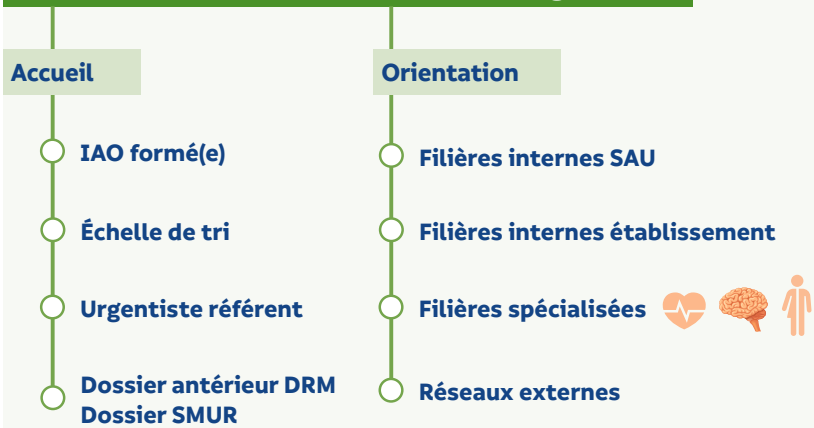
- dans un délai maximal de 30 mn ;
- à l'aide d'une échelle de tri validée.

Vous regarderez également :

- si l'urgentiste référent, en charge de l'accueil et de l'orientation est identifié dans le tableau de service et a pu être facilement joignable par l'IAO ;
- que le dossier de régulation médicale (DRM), le dossier SMUR et l'éventuel dossier antérieur du patient sont facilement accessibles.

Ensuite, **vous évaluerez** comment est orienté le patient et notamment, si les filières internes et spécialisées ainsi que les réseaux externes, sont opérationnels et répondent aux filières territoriales.

4. Le tri de tous les patients dès l'accueil et leur orientation par l'équipe des urgences



Zoom sur l'accueil et l'orientation

Concernant l'accueil : le premier soignant rencontré dès l'arrivée aux urgences est l'IDE d'accueil et d'orientation (IAO) qui est un IDE formé à ce poste.

- L'IAO va, dans les 30 mn, à l'aide d'un examen et d'une échelle de triage validée, évaluer la « charge en soins » nécessaire pour chaque patient afin de déterminer la priorité de prise en charge et l'orientation du patient au sein du service.
- L'IAO est aidé, dans cette mission, par un urgentiste référent en charge de l'accueil et de l'orientation qui est facilement joignable et identifié.
- L'IAO et l'urgentiste référent doivent pouvoir consulter les données disponibles, que ce soit le DRM, le dossier SMUR et le dossier antérieur du patient venu pour une consultation ou une hospitalisation.

La décision d'orientation prend en compte :

- **Les filières opérationnelles et répondant aux filières territoriales de prise en charge**, que sont :
  - les filières internes au service d'accueil des urgences - SAU (circuits court/long, SAUV, UHCD…) ;
  - les filières internes à l'établissement : avis spécialisés (chirurgical, médical), plateaux techniques (biologie, radiologie, bloc opératoire..), services d'hospitalisation (lits d'aval) ;
  - les filières spécialisées : USIC, neuro-chir, AVC, pédiatrie, psychiatrie… ;
  - les réseaux externes : réseaux de soins de ville, HAD, SSIAD…
- **Un éventuel handicap :**

L'aidant/accompagnant doit être intégré dans la prise en charge et l'orientation du patient.

L'établissement d'orientation doit disposer de :

- locaux et moyens adaptés pour une prise en charge spécifique ;
- personnel qualifié à la prise en charge de ce handicap (référent ou autre).

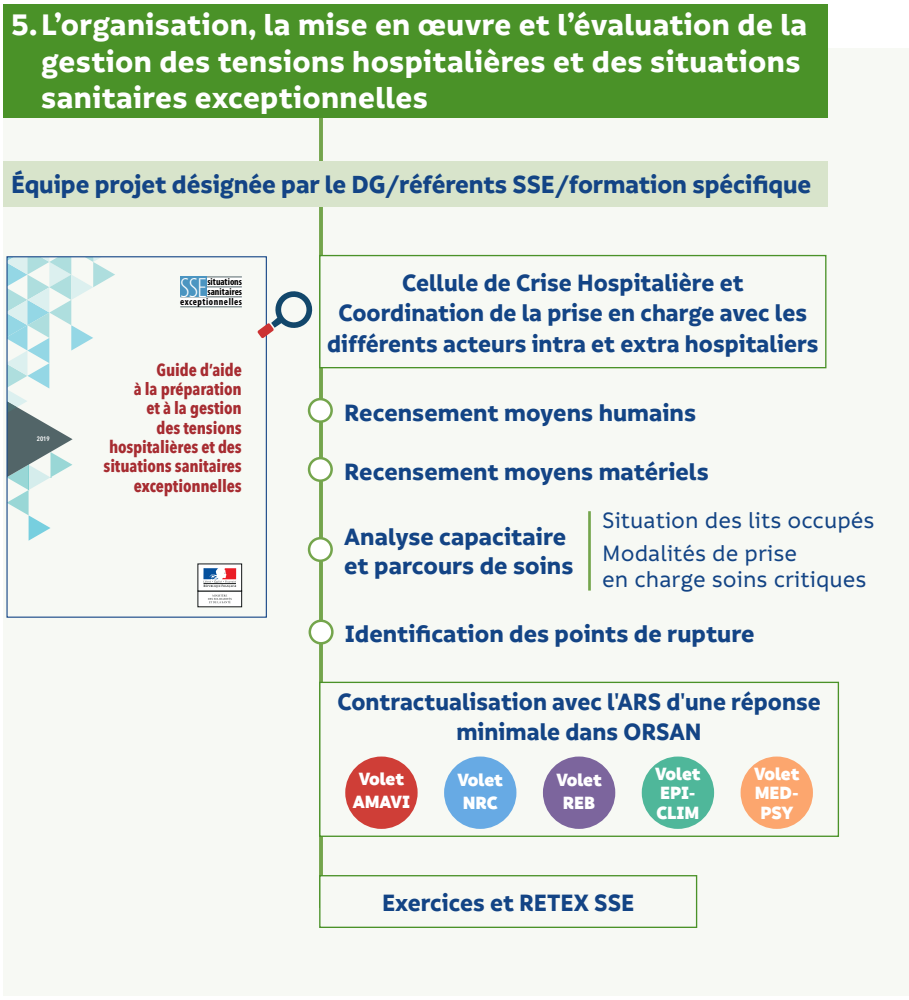
Concernant la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, **vous vérifierez** que l'organisation de la réponse en situation de crise de l'établissement de santé s'appuie :

- sur une équipe projet, pilotée par le directeur général, qui a désigné des référents SSE ayant suivi une formation spécifique. Elle est chargée du pilotage de crise et du dispositif gradué de montée en puissance ;
- ce dispositif s'appuie sur une cellule de crise et qui est l'organe de commandement pour la coordination de la prise en charge avec les différents acteurs intra et extra hospitaliers.

Cette cellule pilote le recensement des moyens humains et matériels, effectue l'analyse du capacitaire et du parcours de soins incluant la situation des lits occupés, les modalités de prise en charge en soins critiques ainsi que l'identification des points de rupture.

Tous ces éléments font partie de la contractualisation engagée avec l'ARS dans le cadre du plan ORSAN.

Vous vous attacherez dans un deuxième temps, à vérifier que l'évaluation de l'organisation mise en œuvre est bien réalisée, c'est-à-dire si des exercices ou entrainements sont organisés au moins une fois par an et si les évènements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expériences partagés. • • •



Marqueurs/indicateurs sur les modalités de PEC des soins critiques

Des marqueurs ou indicateurs sont choisis par l'équipe sur les modalités de prise en charge des soins critiques (admission, prise en charge et sortie).

L'équipe suit a minima les refus d'admission et les ré hospitalisations à 48/72 heures dans leur unité. Ces marqueurs ou indicateurs peuvent concerner aussi les moments clés de l'admission pour les familles, les décisions de limitation des traitements, les transitions sources de dysfonctionnements dont la sortie de l'unité, la gestion du risque infectieux et autres risques, par exemple : les extubations non programmées.

Suite à l'exploitation des résultats des marqueurs ou indicateurs de suivi, des modalités de prise en charge en soins critiques sont améliorées.

Contractualisation avec l'ARS d'une réponse minimale dans ORSAN

Les crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement.

Des outils de réponse préparés en amont permettent de faire face à toutes situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation interne de l'établissement.

L'ensemble de ces éléments, intégré dans un plan global de gestion des tensions hospitalières et des SSE (plan de mobilisation interne et plan blanc), doit permettre à l'établissement de santé d'apporter une réponse adaptée et progressive selon la nature, l'importance en termes sanitaire et la cinétique de l'événement.

Le plan blanc d'établissement répond à une analyse des risques encourus, une cartographie de ces risques permet de définir des priorités dans le plan d'action établi par l'équipe projet.

Le ou les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances) et sont conformes aux guides ministériels et aux missions assignées par le plan ORSAN de la région (ARS).

Un parcours de soin est identifié pour la gestion du risque biologique et infectieux émergent.

En fonction de la catégorisation de l'établissement dans le plan ORSAN, des parcours de soins adaptés sont identifiés (damage control, chimique, nucléaire-radiologique, biologique).Volets AMAVI, NRC, REB, EpiClim, MED PSY.

Cellule de crise

La cellule de crise opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisations de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support).

Les professionnels et services concernés par l'activation des plans de crise sont formés à la gestion de crise et connaissent les modalités de l'alerte et de mise en œuvre :

- processus d'activation ;
- coordination de la situation et organisation :
  - de la prise en charge médicale, des fonctions supports,
  - de la sureté sécurité,
  - du suivi des victimes et de la prise en charge des familles,
  - de la communication.

Exercices et RETEX SSE

Des exercices ou entraînement pour les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) sont réalisés une fois par an par :

- l'équipe du SAMU sur situation sanitaire exceptionnelle mais aussi sur continuité d'activité en situation de panne (téléphonie, réseau, informatique) et l'activation des moyens de gestion de crise (en lien avec préfecture et ARS) ;
- les équipes du SMUR sur les actions de terrain relatives au parcours de soins ORSEC NOVI (en lien avec primo intervenants) ;
- l'équipe des urgences et unités soins la réorganisation en situation d'afflux massif de victimes et mobilisation des renforts (lien CCH/SAMU).

Suite à ces exercices ou entrainements, des retours d'expériences en santé sont réalisés (RETEX).

Pour aller plus loin

- Stratégie nationale de santé 2018-2022.
- Pacte de refonte des urgences 2019.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système.

SAMU

- Art. L6311-1, R. 6311-2, R. 6315-3, R. 6311-7, R. 6311-13, R6123-15, D. 6124-309 et D. 6124-310 du Code de la Santé Publique.
- Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, 2011.
- Arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du CSP.
- SAMU de France guide d'aide à la régulation médicale, 2020.
- Samu centres 15, référentiel et guide d'évaluation - Urgences de France - Société française de médecine d'urgence), mars 2015.
- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.
- Guide SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - 2020.

SAMU - Service des urgences

- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 2012.
- La prise en charge des infarctus cérébraux et des accidents ischémiques transitoires - *European Stroke Organization*, 2008.
- Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse), 2009.

SMUR

- Art. R.6123-15 du CSP.
- Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.
- SMUR référentiel et guide d'évaluation SFMU, 2013.

Service des urgences

- Art. D. 6124-18, L. 1111-7 et R. 1112-2 du CSP.
- Le triage en structure des urgences - Société française de médecine d'urgence, 2013.
- Urgences – ANAP, 2017.
- Gestion des lits – ANAP, 2017.
- Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation, 2007.
- Dossier du patient. Amélioration de la qualité et du contenu, 2003.
- Guide d'aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles, 2014.
- Guide d'aide à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles à destination des établissements de santé, 2019 (publication début 2019).
- Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019.
- Mieux soigner moins héberger – Optimisation du parcours patient – ANAP, 2019.
- Gestion des lits, tome 1 : vers une nouvelle organisation – ANAP, 2015.
- Gestion des lits, tome 2 : mise en œuvre et bilan – ANAP.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACCO2_I100_A– maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation des secteurs interventionnels
selon le référentiel de certification

Derrière le terme **« secteurs interventionnels »** s'entendent particulièrement les points suivants :

- des secteurs dédiés à la réalisation d'actes invasifs (urgents/programmés : cadre de la permanence des soins) ;
- des compétences médicales et paramédicales reconnues ;
- pour les prises en charge des césariennes, 2 types d'organisation pourront être rencontrées :
- une zone d'accouchement et une salle d'opération dédiée dans un bloc opératoire, avec une salle réservée pour les césariennes ;
- une zone d'accouchement et un bloc opératoire intégré où sont réalisées les césariennes.

La radiologie interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux invasifs ayant pour but le diagnostic et/ou le traitement d'une pathologie et réalisée sous guidage et sous contrôle d'un moyen d'imagerie (Rx, ultrasons, scanner, IRM).

Dispositif médical : « Tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Enjeux nationaux

- Enjeu de disponibilités de ressources humaines formées et de maitrise de techniques.
- Enjeu organisationnel et de management.
- Enjeu de communication pour les équipes.
- Enjeu de sécurité et de qualité dans la prise en charge des patients ainsi que le respect des bonnes pratiques.
- Enjeu financier majeur pour maintenir le haut niveau de sécurité, de technicité, d'innovation, etc.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Définir l'organisation :
  - charte du bloc opératoire (2.2-10) ;
  - procédures, protocoles (2.2-10, 2.3-19).

• • •

Actions

- Une programmation opératoire coordonnée et priorisée (2.2-10, 2.4-01).
- Le partage des informations entre les différents acteurs (2.2-11, 2.4-01).
- La réduction des complications péri-interventionnelles par la mise en œuvre opérationnelle de la *check-list* (2.2-12).
- Le circuit spécifique et réglementaire des dispositifs médicaux implantables (1.1-10).
- La maîtrise des risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants dans le respect des droits du patient (2.3-19).

Évaluation

- Analyser et/ou améliorer :
  - le programme opératoire (2.2-10) ;
  - des informations utiles (2.2-11) ;
  - la mise en œuvre des *check-lists* (2.4-06).
- Analyse des résultats cliniques et mise en œuvre de plans d'actions d'amélioration (2.4-01).
- IQSS (2.4-01).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Durant votre visite, **vous évaluerez** que :

- la programmation est organisée et structurée et qu'elle est réalisée conjointement par les opérateurs, les médecins anesthésistes et l'encadrement du secteur interventionnel ;
  - **à J-8 :** la réunion de programmation hebdomadaire permet d'anticiper et d'établir le programme : la gestion des patients, la prévision du matériel spécifique et des moyens humains nécessaires à la réalisation des interventions. La programmation tient compte des possibilités d'accueil en surveillance post interventionnelle et en soins critiques,
  - **à J-1 :** programmation ultime intégrant les modifications (annulation, report).
- les règles de programmation et de déprogrammation sont inscrites dans la charte de bloc y compris les règles d'intégration des urgences ;
- l'application et le respect des règles de programmation sont suivies par le Conseil de Bloc ou autre instance (analyse/actions d'amélioration) ;
- en cas de déprogrammation le patient est informé ;
- les délais de reprogrammations sont suivis et améliorés si besoin ;
- la programmation est organisée de façon périodique avec tous les acteurs concernés. Son fonctionnement est défini et inscrit dans la charte, son suivi est organisé.

1. La programmation au bloc opératoire

Le programme opératoire comprend : l'identité complète du patient, le libellé de l'intervention (le coté à opérer), le nom du chirurgien et de l'anesthésiste, le matériel spécifique (si besoin) le secteur prévu en post opératoire et le type d'anesthésie.

Des spécificités sont à prendre en compte pour la programmation ambulatoire ou pédiatrique.

La charte du secteur interventionnel doit être formalisée, validée, actualisée, diffusée. C'est un outil de management du secteur interventionnel.

Règles d'intégration des urgences dans le programme opératoire « réglé » :

- il est important de prendre en compte l'organisation (bloc d'urgence avec plusieurs salles, une salle d'urgence dédiée, pas de salles dédiée à l'urgence) ;
- la formalisation de ces règles d'intégration des urgences dans le programme opératoire se retrouve dans la charte du bloc, les règles sont connues et suivies sur le terrain. Une évaluation est régulièrement réalisée et suivie ;
- un coordonnateur médical unique et joignable 24h/24 est identifié et connu de tous (il ne s'agit pas *a priori* de la même personne en permanence). Avec la cellule de régulation, il a pour mission de rendre des arbitrages médicaux relatifs à la prise en charge des urgences.

2. Le partage des informations entre les différents acteurs

Vous vous assurerez de l'optimisation du partage d'informations entre les différents acteurs au travers de ces différents éléments :

- toute intervention n'est déclenchée que si le dossier du patient est complet ;
- les équipes des secteurs interventionnels et secteurs de soins se transmettent toutes les informations utiles en amont et en aval de l'intervention pour sécuriser la prise en charge du patient. Ces informations doivent être facilement accessibles ;
- la prise en charge des patients en amont et en aval est formalisée (protocoles/procédures) ; les spécificités des patients sont prises en compte ;
- des documents spécifiques (exemple: fiche de liaison) sont utilisés pour échanger les informations utiles ;
- des ajustements de ces documents sont réalisés en fonction des évaluations périodiques réalisées.

3. L'utilisation de la *check-list*

La *check-list* sécurité patient doit être une **priorité pour tous** :

- un engagement de la direction ;
- un engagement de la commission/conférence médicale d'établissement
- un relais effectif de l'encadrement, responsable de pôle, conseil de bloc, cadres de santé ;
- la participation de l'ensemble des professionnels qui exercent au bloc opératoire.

Son principal objectif est de sécuriser la prise en charge des patients dans les secteurs interventionnels en favorisant la communication entre tous les acteurs impliqués.

Lors de la visite, **vous devrez vous assurer** que :

- la *check-list* est intégrée à la pratique et réalisée pour chaque acte interventionnel ;
- la réalisation de la *check-list* se fait en 3 temps :
  - avant l'induction anesthésique,
  - avant l'intervention chirurgicale,
  - en fin d'intervention et avant la sortie du patient de la salle de bloc opératoire.
- le temps de la *check-list* est un partage exhaustif d'informations entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge en salle. Il nécessite d'impliquer activement le patient (temps 1) ;
- les évaluations indispensables de la *check-list* : évaluation de sa mise en œuvre par les équipes, suivi d'indicateurs, et analyse pratiques.

4. Zoom sur la prévention et la prise en charge précoce de l'HPPI au bloc obstétrical

Concernant les bonnes pratiques liées à la prévention et à la prise en charge précoce de l'HPPI, **vous vous assurez** que :

- le matériel d'urgences vitales est vérifié et conforme ;
- la procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels ;
- l'équipe trace systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et, en cas de voie basse, une conclusion de l'examen du placenta.

L'indicateur IQSS HPPI n'est plus obligatoire depuis 2017 mais l'établissement peut continuer à le suivre en interne s'il le souhaite.

L'utilisation des DM est en augmentation : 1 personne sur 5 serait porteuse d'un DMI dans les pays développés.

Les DM empruntent un circuit spécifique et réglementé dans les établissements. Ce circuit comprend plusieurs étapes (schéma ci-contre).

Vous porterez une attention particulière sur les points suivants :

- tout d'abord, auprès du patient pour vous assurer qu'il a été informé de façon précise et adaptée sur le dispositif médical à implanter avant l'acte interventionnel ;
- puis des éléments concernant la carte d'implant. Elle doit comporter l'ensemble des informations et être remise au patient lors de sa sortie ;
- enfin, la traçabilité des DM dans le dossier du patient et au sein du bloc et à la pharmacie.

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

- **Commande**
- **Réception**
- **Délivrance**
- **Livraison/stockage**
- **Implantation**
- **Suivi/gestion des retours**

Informations	Carte d'implant	Traçabilité
Données au patient avant la pose sur : • les mises en garde • les précautions • les conduites à tenir en cas d'accident	**Fournie par le fabricant à l'établissement qui doit la compléter et la transmettre au patient**	**Traçabilité sanitaire** **Matériovigilance** • identification DM • pose du DM • information patient

Classification des dispositifs médicaux

Les DM sont classés en **4 catégories, en fonction de leur risque potentiel pour la santé**. À chaque catégorie sont associées des règles d'évaluation et de contrôle spécifiques.

- **Classe I (risque le plus faible)** qui comprend par exemple les lunettes correctrices, les véhicules pour personnes handicapées, les béquilles, etc.
- **Classe IIa (risque potentiel modéré/mesuré)** qui comprend par exemple les lentilles de contact, les appareils d'échographie, les couronnes dentaires.
- **Classe IIb (risque potentiel élevé/important)** qui comprend notamment les préservatifs, les produits de désinfection des lentilles.
- **Classe III (classe de risque la plus élevée)** qui inclut par exemple les implants mammaires, les stents, les prothèses de hanche, etc.

La réglementation européenne récente vise à assurer la sécurité des consommateurs et utilisateurs et la libre circulation des DM au sein de l'Union Européenne - **Marquage CE obligatoire**.

Information du patient

Le patient doit être informé de façon précise et adaptée du dispositif médical à implanter avant l'acte interventionnel (le fonctionnement, les mises en garde, les précautions à prendre et la conduite à tenir en cas d'incident).

Ces informations sont orale par l'opérateur. Des documents spécifiques (plaquettes, flyers, ...) ont pu lui être donnés.

L'information du patient sur la pose d'un dispositif médical implantable est réglementaire, dans certains cas elle fait l'objet d'un indicateur régional dans le CAQES.

• • •

Carte d'implant

La carte d'implant est fournie par le fabricant lui même et comprend des items obligatoires : identification de chaque DM, dénomination du DM, numéro de série ou numéro de lot, nom du fabricant ou de son mandataire

L'établissement doit y ajouter ces informations :

- nom du patient ou son identifiant ;
- nom et l'adresse de l' établissement ayant réalisé l'implantation ;
- nom du médecin utilisateur ;
- date d'implantation ;
- mises en garde, précautions ou mesures à prendre par le patient ou par un professionnel de santé.

Elle doit être remise au patient lors de sa sortie.

Traçabilité

Attention tous les DM ne sont pas traçables.

Les DM soumis à traçabilité ont été définis par l'arrêté du 26 janvier 2007 (JO du 10/02/2007), à savoir :

- les DM incorporant une substance qui, si elle est utilisée séparément, est susceptible d'être considérée comme un médicament 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.

La traçabilité entre dans le champ de la matériovigilance et doit être réalisée en temps réel à chaque étape et par chaque acteur.

Si la traçabilité est informatisée : existence d'un logiciel spécifique/ou non, partagé ou non entre la PUI et les secteurs, avec une procédure dégradée.

Si la traçabilité est sous format « papier » : s'assurer de l'exhaustivité des traçabilités.

Dans le dossier du patient la traçabilité des DMI et dans le lettre de liaison à la sortie, différents éléments doivent figurer :

- identification du dispositif médical ;
- dénomination ;
- numéro de série ou de lot ;
- nom du fabricant ou de son mandataire ;
- date d'utilisation ;
- nom du médecin ou du chirurgien-dentiste utilisateur.

La traçabilité sanitaire des DM s'inscrit dans le cadre de la matériovigilance (décret du 29 Novembre 2006) et fixe des règles particulières pour certains DM. Elles doivent permettre de pouvoir identifier rapidement les patients pour lesquels les DM d'un lot ont été utilisés ou les lots de DM utilisés chez un patient.

La directive DM impose la communication des effets indésirables graves survenus suite à l'utilisation d'un dispositif médical. Le fabricant et les professionnels de santé doivent **déclarer sans délai à l'ANSM tous les incidents ou risques d'incidents** dont ils ont connaissance.

De même, les utilisateurs finaux de DM (usagers, professionnels de santé, etc.) sont vivement encouragés à déclarer les incidents qu'ils rencontrent à la suite de l'utilisation d'un dispositif médical, y compris lorsque ces incidents résultent d'un mésusage, c'est-à-dire d'un usage non conforme à la destination ou aux prescriptions d'utilisation du DM.

La transparence et la traçabilité se sont améliorées. Pour chaque **DM un identifiant unique est attribué (système UDI)** :

- **traçabilité sanitaire des DMI :** règles posées par le décret n° 2006-1497 du 29 novembre 2006 (J.O. du 1/12/2006) ;
- **traçabilité financière des DMI :** décret n° 2015-355 du 27 mars 2015 ;
- traçabilité logistique qui permet de localiser le DMI à tout moment.

6. La maîtrise des risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants dans le respect des droits du patient

L'objectif principal des bonnes pratiques des rayonnements ionisants visent **à la maîtrise de l'augmentation des doses**.

La radioprotection est basée sur le principe de protection. Toute exposition engendre un risque qu'il faut essayer de réduire le plus possible.

Aussi, durant votre visite, **vous évaluerez si les 4 principes** définis par la Commission Internationale de Protection radiologique (CIPR) sont mis en œuvre, à savoir :

- **La justification des expositions :** justification de la pertinence de l'acte à réaliser (exemple : pertinence de l'urgence de réalisation d'un examen radiologique).
- **La limitation des doses de rayonnements ionisants**
  - mise à disposition des professionnels :
    - des protocoles connus et diffusés,
    - des procédures techniques : NRD (Niveau de Référence Diagnostique) avec comme objectif d'optimiser les doses délivrées et de rester pour un patient donné en dessous des doses déterminées.
- **L'optimisation de la protection**
  - formations et sensibilisation des professionnels :
    - information et suivi par la PCR et la médecine du travail sur les risques liés aux rayonnements ionisants,
    - formation à la radio protection de toutes les personnes qui interviennent en zone réglementée. Cette formation est sous la responsabilité de l'établissement, réalisée par la PCR, chaque fois que nécessaire et renouvelable au minimum tous les 3 ans,
    - la radio protection des patients est sous la responsabilité des praticiens ;
  - compétences nécessaires à la maitrise du risque :
    - compétences en personnel : PCR (personnel compétente en radioprotection) ;
  - Équipements de protection individuels suffisants, adaptés et bien utilisés, avec maintenance organisée et suivie.
- **L'évaluation et la traçabilité**
  - la traçabilité de la dose délivrée au patient ;
  - la dosimétrie active/passive pour les professionnels, avec un suivi spécifiques selon la dosimétrie et un suivi médical annuel par la médecine du travail ;
  - les niveaux d'alerte : s'assurer de la mise en place des niveaux d'alerte dans l'établissement et la mise en place d'actions correctives avec le suivi du patient, la mise en place de préconisations ;
  - les déclarations d'incidents ASN : mise en place de la radio vigilance. La déclaration doit être réalisée dans les 2 jours au moyen d'un formulaire spécifique.

Les rayonnements ionisants

Le médecin prescripteur et le médecin qui réalise l'acte sont les 2 responsables.

Avant tout acte radiologique une prescription argumentée de l'acte (données utiles, indications, ...) doit être retrouvée dans le dossier.

Après un acte radiologique : un compte-rendu de l'acte argumenté est systématiquement fourni, il comprend :

- l'identification du patient et du médecin réalisateur ;
- la date de réalisation de l'acte ;
- les éléments de justification de l'acte et la procédure réalisée, compte tenu des guides de prescription et des guides de procédures ;
- des éléments d'identification du matériel utilisé pour les techniques les plus irradiantes : radiologie interventionnelle, scanographie ;
- les informations utiles à l'estimation de la dose reçue par le patient au cours de la procédure.

Pour aller plus loin

IQSS

- Événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou (ETE-ORTHO), uniquement si activité d'orthopédie avec prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou.

Références HAS

- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2016.
- Ce qu'il faut savoir sur l'évaluation de la démarche qualité et gestion des risques au bloc opératoire, 2015.
- Accréditation des pratiques à risque, SSP coopération entre anesthésistes et chirurgiens – HAS, CFAR, FCVR, SFFAR, 2015.
- La *check-list* « Sécurité du patient au bloc opératoire », 2018.
- Les autres *check-lists* : endoscopies, radiologie interventionnelle, césarienne, 2016.
- Améliorer le suivi des patients en radiologie interventionnelle et actes radioguidés. Réduire le risque d'effets déterministes, 2014.
- Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé, 2012.
- Entrée en vigueur de l'obligation de la *check-list* « sécurité du patient au bloc opératoire ».

Références légales et réglementaires

- Règlement (UE) 2017/745 du parlement européen et du conseil du 5 avril 2017.
- Décret n°2006-1497 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux.
- Instruction n°DGOS/PF2/2014/158 du 19 mai 2014 : enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des DMI dans les ETS publics ou privés MCO.
- Instruction n°DGOS/PF2/2015/200 du 15 juin 2015 : propositions d'axes d'amélioration à la suite de la synthèse des résultats nationaux. Arrêté du 26 janvier 2007 précise la liste des DM soumis aux règles particulières de traçabilité.
- Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.
- Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.
- Art. L. 1111-23 pour DMI dans DP.
- Art. D. 6124-93 du CSP.
- Art. L.1333-1 à L.1333-20 du CSP.
- Art. R.1333-17 à 44 du CSP.
- Art. R.1333-55 à 74 du CSP.
- Art. R.4451-82 à 92 du code du travail.
- Art. R. 4451-103 à R.4451-130 du code du travail.

Autres

- Guide de traçabilité de dispositifs médicaux, Édition 2016, Europharmat.
- Bloc opératoire – ANAP, 2017.
- Étude mondiale *check-lists*, 2008

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_199_A– maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de l'activité de psychiatrie & santé mentale
selon le référentiel de certification

L'organisation des soins en psychiatrie c'est :

- **3 composantes :**
  - exclusivement ambulatoire (cabinets de psychiatres libéraux) ;
  - sectorisée (établissements publics et ESPIC) ;
  - non sectorisée (établissements publics, privés à but lucratif et ESPIC).

  Seules les deux dernières composantes sont directement concernées par la certification des établissements de santé.
- **Le principe de sectorisation :**
  - l'organisation territoriale de la psychiatrie en secteurs géo-démographiques permet de couvrir l'ensemble du territoire national ;
  - la responsabilité d'un ou plusieurs secteurs est confiée à un établissement autorisé en psychiatrie sectorisé qui est chargé d'assurer accessibilité, proximité et continuité des soins (incluant les soins sans consentement) pour la population de ce/ces secteur(s).

  3 types de secteurs ont été définis : secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire.
- **La territorialisation :**

  Aujourd'hui les PTSM (Projets Territoriaux de Santé Mentale) appellent une coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social au niveau du territoire de santé mentale.
- **3 types de PEC en établissements de santé :**
  - ambulatoire ;
  - à temps partiel ;
  - à temps complet.
- **Soins en psychiatrie :**
  - majorité des soins réalisés avec le consentement du patient ;
  - les soins libres sont la règle ;
  - à titre exceptionnel, des soins peuvent être dispensés sans accord du patient, s'il n'a pas conscience de ses troubles, ni de son besoin impératif de soins.

  Ces soins sans consentement sont encadrés par la loi, selon les procédures suivantes :
  - les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
  - les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) ;
  - les soins sur décision du représentant de l'État, lorsque les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public (SDRE) ;
  - le programme de soins lorsque le patient est pris en charge en ambulatoire.

  L'objectif primordial de ces modalités de soins sera l'évolution vers des soins librement consentis par la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient.

• • •

Enjeux nationaux

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide.
- Garantir le respect des droits et sécurité en psychiatrie.
- Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des patients présentant des troubles psychiques.
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.
- Garantir l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

Principales données actuelles

- La psychiatrie en France représente en 2018 :
  - **424 000** patients hospitalisés en psychiatrie France = **6 pour 1 000 habitants** ;
  - **2,1 millions** de patients pris en charge en ambulatoire ;
  - **552** établissements de santé autorisés en psychiatrie ;
  - **82 000** patients hospitalisés sans consentement.
- Prévalence des troubles psychiques estimée à **18,5 %** en France en 2016
- Troubles mentaux = **1er poste de dépenses du régime général** de l'assurance maladie par pathologie, **19,3 milliards d'euros**.
- Ces troubles ont des répercussions sur la vie personnelle et sociale des personnes concernées ainsi que sur leur entourage > coût économique et social des troubles mentaux évalué à **109 milliards d'euros par an**.
- Troubles psychiques sévères associés à un risque accru de certains troubles somatiques et à une espérance de vie fortement réduite : ♂ **- 16 ans**, ♀ **- 13 ans** par rapport à la population générale.
- **8 948** décès par suicide enregistrés en 2014 en France métropolitaine (25 par jour/9 pour les accidents de la route). **200 000** passages aux urgences pour tentative de suicide par an.
- 8,3 % des patients hospitalisés à temps plein placés en isolement en 2015, en augmentation (6,6 % en 2011 et 7,2 % en 2013).

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Garantir des parcours de soins coordonnés sur le territoire, réduire les risques de rupture prise en charge (PTSM, lien avec la médecine de ville) (3.1-02, 3.1-05).

Actions

- Co-construction du projet de soins du patient intégrant les soins de réhabilitation psychosociale contribuant à son inclusion sociale (1.4-05).
- Garantir droits et sécurité des patients ; garantir pertinence et réévaluation des mesures de restriction de liberté… (2.1-05).
- Prévenir et repérer plus précocement les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques (2.2-17).
- Garantir un accès précoce aux soins par la mise en place de dispositions structurées et connues (2.2-18).
- Renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge, y compris dans la prévention et la gestion des moments de violence ; faciliter l'alliance thérapeutique (2.3-18).

Évaluation

- Évaluation par les équipes des délais d'accès aux soins (2.2-18).
- IQSS « Pratiques d'isolement et de contention mécanique » - en construction
- IQSS « Prise en charge somatique en établissement de santé » - en construction
- IQSS « Coordination entre l'hôpital et la ville » - en construction

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Avec la gouvernance, **vous aborderez** le sujet de son inscription dans une dynamique de PTSM.

Avec les équipes, **vous évaluerez** la collaboration avec la médecine générale de ville et l'accès précoce aux soins psychiques.

1. Sept critères spécifiques au champ de la psychiatrie

1. **L'ES est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)** - cf. Critère 3.1-03, Audit système
2. **Collaboration des services ambulatoires de psychiatrie avec la médecine générale de ville** - cf. Critère 3.1-04, Parcours Traceur
3. **Accès précoce aux soins psychiques** - cf. Critère 2.2-18, Parcours Traceur
4. **Examen somatique*** - Critère 2.2-17, Parcours Traceur
5. **Gestion des récidives des épisodes de violence** - cf. Critère 2.3-18, Parcours Traceur
6. **Pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté*** - Critère 2.1-05, Patient Traceur
7. **Inclusion sociale** - cf. Critère 1.4-05, Patient Traceur

L'enjeu est de réorganiser santé mentale et psychiatrie au niveau du territoire, de réduire les inégalités territoriales et favoriser une coordination de proximité ; **vous vous assurerez** auprès de la gouvernance que les 6 priorités du PTSM sont déclinées :

- repérage précoce ;
- parcours de santé et de vie. Rétablissement et insertion sociale ;
- Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale ;
- promotion des droits. Pourvoir d'agir. Lutte contre la stigmatisation ;
- accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés.

2. Inscription de l'ES dans une dynamique de Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

- **Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (Art.69)**
- **Élaboré et mis en œuvre à l'initiative des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale**
- **Diagnostic territorial partagé**
- **Contrat territorial de santé mentale**

Axes prioritaires du PTSM :

- **6 priorités** prévues par décret autour des parcours de santé et de vie des personnes

Vous vous assurerez qu'il existe une collaboration entre les établissements autorisés en psychiatrie et la médecine générale de ville ; pour assurer la continuité des soins, pour une prise en charge globale du patient, articulant le suivi des troubles psychiques et les éventuelles comorbidités somatiques associées. Les modalités de cette collaboration doivent être structurées.

Le médecin généraliste doit pouvoir accéder à un avis spécialisé ou à un adressage. Pour cela, **vous vérifierez** que des informations sur le fonctionnement de l'ES et sur son offre de soins sont disponibles et qu'un accès téléphonique à un psychiatre sénior de l'établissement est possible, et que le suivi conjoint des patients doit également pouvoir être assuré.

Tout cela dans le respect du principe d'information du patient, de recherche de son accord. Si le patient n'a pas de médecin traitant, il est informé de l'importance d'en désigner un et il lui est proposé de l'accompagner dans cette démarche.

3. Mise en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville

Principe : **Les services ambulatoires organisent la collaboration avec la médecine générale de ville**

- **Informer les médecins généralistes (MG) sur :**
  - le fonctionnement de l'ES
  - l'offre de soins
  - les coordonnées des structures
- **Assurer aux MG une réponse téléphonique rapide :**
  - en vue d'un échange avec un psychiatre sénior
- **Renseigner les coordonnées du MG traitant dans le dossier médical (DM)**

Enjeu : **Assurer une prise en charge globale du patient**

- **Clarifier les rôles de chaque professionnel et définir les modalités de communication**
- **Transmettre les informations nécessaires au MG traitant**
- **Tracer les échanges dans le DM**

Information & accord du patient, secret médical

Vous apprécierez la manière dont le ou les services ambulatoires se sont organisés pour faciliter un accès précoce au soin.

Pour ce faire, **vous devrez porter une attention** à l'existence de dispositifs de repérage, d'évaluation clinique des situations qui requièrent la mise en œuvre d'une prise en charge rapide ;

Vous aborderez aussi avec les équipes la manière dont elles mesurent, suivent, exploitent les délais d'entrée en soins, pour les améliorer en cas de besoin.

Plus globalement, l'enjeu de ces dispositifs et modalités est d'éviter toute perte de chance à un patient dont la situation clinique nécessite une entrée rapide en soins.

4. Prise en charge ambulatoire : un accès précoce aux soins psychiques

Principe : **Les équipes apprécient la nécessité d'une entrée précoce en soins**

- **Dispositif de repérage**
  - dispositif structuré et connu en place

  Pour permettre le repérage et une entrée précoce en soin

Enjeu : **Éviter la perte de chance pour le patient**

L'absence de prise en charge rapide peut conduire à une aggravation de l'état clinique qui ne favorise pas le soin et de ce fait, peut induire une réelle perte de chance pour la personne

- **Évaluation clinique**
  - recueil de données cliniques, à l'appui de critères de mesure de sévérité partagés

  Pour apprécier la nécessité d'une entrée rapide en soins

- **Mesure des délais d'entrée en soins**
  - les équipes suivent de façon régulière et organisée les délais d'entrée en soin
  - une communication sur ces démlais est organisée dans l'ES
  - les équipes exploitent ces données

Pour tout patient et tout type d'hospitalisation, la dimension somatique ne doit en aucun cas être négligée. Notamment parce que les intrications entre pathologies psychiatriques et somatiques sont connues, du fait, du mode de vie, des effets secondaires des traitements, notamment antipsychotiques et du fait d'une non-reconnaissance fréquente des problèmes de santé physique.

Sur ce sujet qui fait partie des critères impératifs, **vous devrez porter une attention** pour les patients hospitalisés sur :

- l'examen somatique d'entrée ;
- le suivi somatique ;
- sur le lien avec le Médecin Traitant si le patient a un médecin traitant, ou sinon sur l'organisation mise en place pour garantir le suivi somatique du patient ;
- sur la lettre de liaison à la sortie qui doit intégrer les éléments du suivi somatique.

Enfin, **vous devrez être attentifs** à l'organisation en place pour assurer la surveillance somatique dans le cadre des soins sans consentement et surtout en cas d'isolement et, à fortiori, de contention.

Et **vous porterez une attention particulière** sur l'existence d'une organisation qui, dans le cadre du PTSM, vise à favoriser l'accès des patients à un médecin traitant.

5. L'examen somatique réalisé pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

Principe : **Pour tout patient et tout type d'hospitalisation, la dimension somatique ne doit en aucun cas être négligée**

Enjeu : **Garantir l'accès aux soins somatiques et le suivi somatique**

Lors d'une hospitalisation à temps plein

- **examen somatique** réalisé dans les premiers temps de l'hospitalisation
- pour les soins sans consentement, cet examen somatique d'entrée est réalisé dans les premières 24h
- le cas échéant, un plan de PEC somatique est établi
- **à la sortie :** compte-rendu de sortie/lettre de liaison intégrant les éléments du suivi somatique
- **le patient est alerté et informé sur les risques somatiques**
- **médecin traitant (MT) :**
  si le patient a désigné un MT, avec l'accord du patient :
  - coordonnées MT renseignées dans son dossier médical,
  - informations nécessaires à sa PEC transmises à son MT.

  si le patient n'a pas de MT : PTSM
  - il est informé de l'importance d'en désigner un,
  - il lui est proposé de l'accompagner dans cette démarche.
- **les éléments du suivi somatique sont tracés dans le dossier médical du patient**

Dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire

- l'équipe de psychiatrie est vigilante sur l'état de santé somatique du patient et fait le lien avec son médecin traitant
- l'établissement a mis en place des modalités de suivi somatique pour les patients qui n'ont pas désigné de médecin traitant

Vous apprécierez la manière dont les équipes préviennent et prennent en charge les moments de violence pouvant intervenir dans l'évolution clinique de l'état de santé du patient. L'enjeu est de renforce la place et le rôle du patient dans sa prise en charge, y compris pour prévenir et gérer les moments de violence.

Pour ce faire, **vous vous assurerez** que les équipes ont conçu des solutions de prévention et de gestion des moments de violence.

Vous aborderez aussi avec les équipes la manière dont elles travaillent avec les patients qui en ont besoin et qui le souhaitent, sur : les circonstances pouvant entrainer des situations de violence, les signes avant-coureurs et les stratégies d'apaisement qui peuvent être mises en place.

6. La gestion des récidives d'épisodes de violence anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé

Principe : **Les équipes gèrent avec le patient la prévention et la gestion des moments de violence**

Enjeu : **Renforcer la place et le rôle du patient dans sa PEC, y compris pour prévenir et gérer les moments de violence**

Solutions de prévention et de gestion construites en équipe
- réflexion partagé
- formation
- évaluations et ajustements pour améliorer les pratiques

Un plan de prévention partagé élaboré par le patient

Pour les patients qui en ont besoin et qui le souhaitent
- circonstances pouvant entraîner des pertes de contrôle
- signes avant-coureurs
- stratégies d'apaisement
- personnes ressources

- Définition des valeurs et d'une philosophie du soin partagées
- Recherche d'une alliance thérapeutique avec et pour le patient
- Réflexion sur ce qui sous-tend les épisodes de violence
- Capacité d'alerte, compréhension partagée des situations, capacité à faire face les patients qui n'ont pas désigné de médecin traitant

Vous devrez valider que la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée. **C'est un critère impératif.**

Toute mesure restrictive de liberté est une décision médicale, c'est-à-dire :
- fondée sur des arguments cliniques en lien avec la nécessité de protéger le patient et/ou les autres ;
- elle est tracée dans le dossier ;
- elle fait état des mesures alternatives.

Une continuité médicale est organisée pour garantir la faisabilité de cette décision médicale.

La contention et l'isolement sont réévaluées selon une périodicité réglementaire. Les autres restrictions de liberté sont systématiquement évoquées et réévaluées en réunion d'équipe. L'absence de mesure restrictive de liberté est clairement affichée comme la règle générale, les restrictions comme des exceptions individuelles

Attention donc dans vos investigations aux règlements intérieurs privatifs de liberté, c'est typiquement ce que l'on ne veut plus voir.

7. Pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté

Principe : **Les mesures restrictives de liberté sont des exceptions individuelles**

Enjeu : **C'est la liberté qui prévaut**

Informer le patient
- conséquence d'une décision médicale individuelle
- motifs et durée expliqués

Évaluation et réévaluation
- contention et isolement : réévalués selon périodicité règlementaire
- autres restrictions réévalués en réunion d'équipe

Décision médicale
- argumentée, tracée, réévaluée
- fait état des mesures alternatives

Après échec des mesures alternatives, analyse bénéfice/risque en équipe
- les équipes appliquent les mesures alternatives, la désescalade et tiennent compte des impacts traumatiques des mesures d'isolement et de contention
- le bénéfice/risque est discuté en équipe

Critère 1.2-06 : le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale. Non spécifique psychiatrie santé mentale > Champ d'application - Tout l'établissement

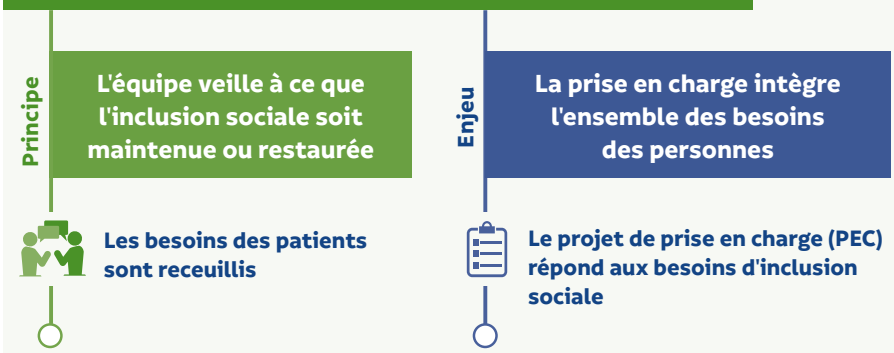
Vous apprécierez la manière dont les équipes coconstruisent avec le patient un projet de soins tenant compte des besoins, attentes et aspirations exprimées par le patient en matière de maintien d'accès à l'intégration sociale.

Pour ce faire, 2 éléments d'évaluation que **vous vérifierez** :

- auprès du patient qu'il est interrogé sur ses attentes et besoins en termes d'inclusion sociale ; et lors d'un échange avec l'équipe de soins, vous vérifierez que les professionnels connaissent le contexte de vie du patient, qu'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé est coconstruit avec lui, intégrant notamment des objectifs de socialisation : accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité ;
- aux services publics, aux activités culturelles et sportives…

Un point d'attention : l'entourage n'est associé aux échanges sur le projet de soins et d'accompagnement qu'avec l'accord du patient.

8. Un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner l'inclusion sociale dans le cas où l'état de santé le nécessite



Le projet de soins veille à s'inscrire dans le projet de vie du patient (travail, logement, famille, relations) et ses éventuelles difficultés

Les projets de PEC prennent en compte les attentes et les besoins du patient pour les différents domaines de sa vie

Les projets mis en œuvre avec le patient se construisent dans le cadre d'un dialogue avec l'entourage le cas échéant

Pour aller plus loin

Références documentaires

- Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.
- Instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.
- JO n°0136 du 04/06/2020 - Contrôleur général des lieux de privation de liberté- Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020– ACC02_I104_A– maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge de l'urgence vitale en établissement

selon le référentiel de certification

- Situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés.
- Le terme peut correspondre à celui d'urgence absolue.
- Toute pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement rentre dans ce cadre.

Enjeux nationaux

- Coordonner la prise en charge de l'urgence vitale au sein des établissements de santé.
- Former l'ensemble des professionnels à la prise en charge de l'urgence vitale.
- Limiter la survenue d'EIG en situation d'urgence.

Principales données actuelles

- 4 % des arrêts cardiaques surviennent en établissements de santé.
- Le taux de survie est de 18 % chez l'adulte suite à un arrêt cardiaque en milieu hospitalier.
- La survenue d'un arrêt cardiaque intra hospitalier pourrait être prévenue dans 2 cas sur 3.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Mise en place d'une organisation pour assurer la prise en charge des urgences vitales (2.2-14, 2.3-20).
- Formations et habilitation des professionnels (3.6-05).

Actions

- Numéro d'appel direct et unique (2.2-14, 3.6-05).
- Accessibilité du matériel par les professionnels habilités (3.6-05).
- Vérification de la conformité du matériel d'urgence (2.3-20, 3.6-05).
- Traçabilité des actions réalisées (2.3-20).
- Exercice de mise en situation (3.6-05).

Évaluation

- IQSS (2.3-20).
- Évaluation du dispositif de prise en charge de l'urgence vitale, Exercice de mise en situation (3.6-05).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Le premier maillon de l'organisation correspond à la mise en place d'une procédure d'alerte comportant l'ensemble des éléments essentiels. **Vous devez donc retrouver** lors de votre évaluation les éléments des 4 briques ci-dessus.

Vous vous assurerez également que la procédure institutionnelle précisant l'ensemble des éléments concernant la prise en charge de l'urgence vitale est connue de l'ensemble des professionnels et fait l'objet d'une réactualisation périodique.

1. La procédure d'alerte

Numéro d'appel dédié

Matériel d'urgence

Attribution des responsabilités en cas d'intervention

Périmètre d'intervention défini par secteur

Zoom sur la procédure d'alerte

NUMÉRO D'APPEL : dans tous les établissements de santé, un numéro d'appel direct doit être affiché dans tous les postes de soins pour joindre un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale. Ce numéro d'appel doit être connu de tous les professionnels rencontrés.

En HAD : il est important de disposer d'**un système de communication** permettant au patient et à ses proches de joindre 24h/24 l'équipe de coordination de l'établissement d'HAD. Les modalités sont expliquées au patient et/ou à son entourage dès sa préadmission / admission. Elles sont également décrites dans le dossier spécifique (dossier « chevet ») du patient et comprennent a minima :

- un numéro d'appel 24h/24, 7 jours sur 7 ;
- la conduite à tenir en cas d'urgence ;
- une solution de recours en cas de difficultés d'accès au numéro de référence.

CHARIOT D'URGENCE : les chariots/sacs dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont aisément et rapidement accessibles aux professionnels concernés avec un planning prévisionnel de vérification mensuelle.

La vérification tracée de l'ensemble du matériel d'urgence, quantitative et qualitative (date de péremption, intégrité des emballages, ...) est assurée après chaque utilisation.

La maintenance préventive et curative du matériel d'urgence est assurée ainsi que sa traçabilité.

En HAD : les moyens doivent être adaptés à la prise en charge des situations relevant de l'urgence au domicile, au regard des situations d'urgence identifiées, avec :

- du matériel immédiatement disponible (ex : mallette contenant des antidotes, des médicaments d'urgence) avec leur protocoles d'utilisation. La composition du matériel mis à disposition est défini par chaque structure.
- un accès à des dispositifs médicaux et des médicaments identifiés comme relevant d'une situation d'urgence (ex : aspirateur de mucosités, concentrateur en O^2, etc.).

ATTRIBUTION DES RESPONSABILITÉS

Une définition précise du rôle et des missions de chaque professionnels est attendu. Il doit être également précisé si les intervenants sont directement sur place ou à domicile en cas de renfort nécessaire.

En HAD : une organisation doit être définit pour garantir la sécurité du patient. Cette organisation s'appuie, a minima, sur :

- une identification des patients à haut risque vital (ERDF) ;
- une astreinte IDE avec intervention possible 24h/24 ;
- un accès à un avis médical 24h/24 (en interne ou en externe (médecin de garde, SAMU, Pompiers...) ;
- une organisation pour répondre à une urgence, recours à la permanence des soins et en cas de transfert.

PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION DÉFINI PAR SECTEUR

À l'hôpital, le périmètre d'action doit être clairement établi en fonction du type d'urgence. La prise en charge de l'urgence vitale intra hospitalière ne concerne pas uniquement les patients lorsqu'ils sont dans le service d'hospitalisation. Elle concerne également la prise en charge de l'urgence vitale d'un visiteur, d'un professionnel de santé au sein de l'établissement mais également au niveau des lieux extérieurs (parking, etc.).

Vous interrogerez les professionnels sur leur participation à une formation spécifique et adaptée à la prise en charge de l'urgence vitale.

Vous les questionnerez également sur la tenue d'exercices de simulation et de mise en situation afin de leur permettre de s'initier directement sur le terrain.

2. La formation des professionnels et les exercices de mise en situation

Formation spécifique à la prise en charge de l'urgence vitale

Simulation

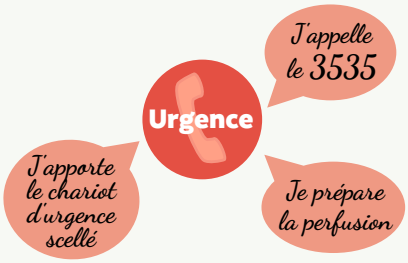
Concernant la coordination des professionnels sur le terrain, **vous vous assurerez** que les professionnels mettent en pratique les connaissances acquises lors de leur formation et appliquent les procédures établies.

La coordination entre les professionnels doit être effective car elle est essentielle pour la bonne prise en charge du patient.

Vous regarderez si le matériel est vérifié périodiquement afin de s'assurer de l'exhaustivité de l'ensemble des dispositifs nécessaires pour la prise en charge lors d'une urgence vitale.

3. La coordination des professionnels en situation d'urgence

Dans l'action, cela donne quoi...



Vous interrogerez les professionnels sur l'analyse du dispositif de prise en charge de l'urgence vitale, par exemple :

- de l'analyse des évènements indésirables graves ayant conduit à une urgence vitale ;
- de l'actualisation, le cas échéant, du protocole urgence vitale en fonction des retours d'expérience, des évènements indésirables graves, et des indicateurs

L'ensemble de ces analyses ont pour objectif l'amélioration continue et la réactualisation de l'ensemble du processus de prise en charge de l'urgence vitale.

4. L'analyse du dispositif de prise en charge de l'urgence vitale

L'analyse des évènements indésirables graves ayant conduit à une urgence vitale

L'actualisation, le cas échéant, du protocole urgence vitale en fonction des REX, des EIG, des indicateurs

Pour aller plus loin

Références HAS

- Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs, 2017.
- Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du *post-partum*, 2011.
- Hémorragies du *post-partum* immédiat : recommandation de bonne pratique, 2004.
- Simulation en santé et gestion des risques, 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-309 et D. 6124-310 du CSP.
- Art. L. 1110-5 et R. 6123-12 du CSP.
- Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et GHT.

Autres

- Réanimation du choc hémorragique - SFAR -2014.
- Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intra hospitalières.
- SFAR – 2004.

IQSS

- Événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou (ETE-ORTHO), uniquement si activité d'orthopédie avec prothèse totale de hanche (hors fracture) ou de genou.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – novembre 2020 – ACC02_198_A – maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents
selon le référentiel de certification

Les enfants et adolescents constituent une population : « [...] âgée de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable » - Convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989.

Enjeux nationaux

- Implication et prévention des ruptures de prise en charge.
- Accès à un environnement adapté.
- Continuité de la vie familiale, sociale et scolaire.
- Prévention et détection précoce.
- Accès à l'innovation et la recherche.

Principales données actuelles

- Environ 1,2 millions de mineurs hospitalisés chaque année (hors naissance)[1] :
  - 1,1 millions de mineurs en MCO (15 % de l'activité) ;
  - 49 000 mineurs en psychiatrie (11 % de l'activité). Environ 500 mineurs admis à la demande d'une autorité administrative ;
  - 37 000 mineurs en SSR (4 % de l'activité) ;
  - 8 000 mineurs en HAD (7 % de l'activité) ;
- 1,5 à 4 millions de mineurs atteints d'une maladie chronique[2].
- Durée moyenne de séjour : 45 jours en psychiatrie et 36 jours en SSR1
- Prévalence chez l'enfant et l'adolescent[3] :
  - 20 % en surpoids ;
  - 26 % sont des fumeurs réguliers ;
  - 3 % déclarent avoir fait une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation ;
  - 33 % des décès par accident chez les moins de 25 ans (contre 7 % dans le reste de la population).
- Augmentation de la vaccination des enfants nés depuis le 1er janvier 2018[4].
- Maladies rares : 3 millions de malades en France, 75 % des malades sont des enfants[5].

1. ATIH, 2018
2. Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2015.
3. L'état de santé de la population, DRESS, 2017.
4. Semaine européenne de la vaccination - Santé Publique France, 2019.
5. Plan maladie rare, 2018-2022.

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Accéder à un environnement adapté :
  - prévoir un environnement adapté à l'âge (1.2-02, 1-2-05, 2.1-05) ;
  - prévoir les ressources utiles à la prise en charge (2.2-09).
- Favoriser l'accès aux innovations et à la recherche, notamment pour les maladies rares (3.2-10).

Actions

- Assurer la continuité de la vie familiale, sociale et scolaire :
  - assurer la continuité de la vie familiale, sociale, éducative et scolaire (1.4-03) ;
  - favoriser la présence des parents auprès de l'enfant (1.3-03).
- Impliquer et éviter les ruptures de prise en charge :
  - informer et impliquer de manière adaptée le patient et ses parents (1.1-01, 1.1-04) ;
  - prévenir les ruptures de prise en charge (2.2-15, 2.2-16) ;
  - prévenir et détecter au plus tôt (1.1-05, 1.1-06, 3.2-05).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous devrez vous assurer que les enfants et les adolescents sont hospitalisés dans un environnement adapté à leur maturité.

Par exception, dans le cas où un enfant ou un adolescent est hospitalisé avec des adultes, **vous serez vigilant** à ce que :

- il soit hospitalisé en chambre seule ;
- les professionnels sont formés aux spécificités de leur prise en charge ;
- le matériel est adapté (par exemple, les lits, les appels malades, etc.) et permet l'atteinte des objectifs du projet de soin.

1. L'environnement de l'enfant/adolescent hospitalisé

Principe

Idéalement les enfants/adolescents sont réunis par groupe d'âge

Il faut éviter l'hospitalisation d'un mineur dans un secteur d'adultes

Exceptions

Elles sont encadrées (chambre seule, professionnels formés) et le jeune patient doit conserver un environnement adapté (matériels, nutrition, dossier médical adapté à la pédiatrie, etc.)

Chez les enfants et/ou les adolescents, le handicap ou une maladie chronique peuvent obliger à des hospitalisations longues ou itératives. Pour prévenir les ruptures de la vie familiale, sociale et scolaire, **vous vous assurerez** que le projet de soin intègre ces préoccupations. Ainsi, **vous veillerez** à ce que :

- les équipes se coordonnent avec le rectorat ou l'établissement scolaire de l'enfant ou l'adolescent et prévoient les ressources humaines et matérielles nécessaires pour maintenir la vie familiale, sociale et scolaire ;
- les interactions familiales, sociales, scolaires sont prises en compte dans l'évaluation médicale et sociale et recueillies au plus tôt de l'admission. Cette évaluation permet de construire un projet de soins individualisé. Vous vous assurerez que des ressources et coopérations permettent la mise en œuvre réelle de ce projet de soin ;
- à la sortie, les réseaux de soins existants sont présentés à l'enfant ou l'adolescent.

2. La continuité de la vie familiale, sociale et scolaire

Bilan à l'entrée : vie sociale, fratrie, scolarité, activité sportives ou associatives, etc.

Projet de soin intégrant les souhaits et préoccupations de l'enfant et des parents

À la sortie présentation et inscription dans un réseau territorial

Situation de handicap ou maladie chronique

Coopération avec le rectorat ou accord ponctuel avec l'établissement scolaire de l'enfant

Ressources adaptées pour concilier projet de soins et activités ludiques, éducatives et scolaires

Les actions de prévention et d'éducation à la santé rentrent pleinement dans la prise en charge de la santé globale de l'enfant et de l'adolescent. Elles répondent à ses besoins de développement.

Vous devrez vous assurer que ces actions s'appuient sur des outils adaptés et ludiques.

Les actions de prévention visent l'ensemble des actes, comportement, etc. qui réduisent les risques d'apparition de maladie, notamment à l'âge adulte.

Vous devrez également **vous assurer** que l'établissement participe à la détection précoce des comportements à risques et des actes de maltraitance dont peuvent être victime les enfants ou les adolescents.

3. La détection précoce chez les enfants et les adolescents

Nutrition & sport

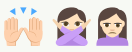
Handicap et maladies chroniques

Vaccin

Sexualité

Prévention chez la jeune génération

Addictions



Maltraitance

Votre questionnement devra s'adapter à l'âge et à la maturité de l'enfant.

En toute matière, le sujet de l'information, du consentement, de l'implication passe des parents vers l'enfant à mesure que celui-ci mûri.

À l'approche de l'âge adulte, pour prévenir les ruptures dans la continuité des soins, le passage du suivi pédiatrique vers un suivi par des services d'adultes doit être anticipé - aussi bien par les acteurs du suivi pédiatrique que par les services d'adultes qui vont accueillir de jeunes adultes.

Ainsi, s'il s'agit d'un enfant jeune, l'objet du patient traceur sera les parents, puis ce sera plutôt conjoint, et ensuite c'est l'enfant lui-même qui sera l'objet du patient-traceur.

4. L'implication des parents et la prévention des ruptures de prise en charge

Maturité de l'enfant >ado
Le sujet de l'information et de l'alliance thérapeutique passe des parents vers l'enfant à mesure qu'il mûri

Transition ado/adulte
Anticipation et coordination de l'équipe pédiatrique avec l'équipe du secteur adulte et la ville

Vous devrez vous assurer que l'établissement propose aux patients concernés un adressage dans un centre de référence ou de compétences pour une prise en charge spécialisée. Les 7 000 maladies rares identifiées concernent 3 millions de personnes dont 75 % sont des enfants et dans la moitié des cas des enfants de moins de 5 ans. Elles sont responsables de 10 % des décès entre un an et 5 ans. Elles sont souvent sévères, chroniques, d'évolution progressive et affectent la qualité de vie.

Aujourd'hui, seule une personne atteinte d'une maladie rare sur 2 dispose d'un diagnostic précis, qui met en moyenne 5 ans à être posé. L'objectif est de réduire l'errance diagnostique en le ramenant à 1 an avec un accompagnement des patients lors des étapes clés come l'annonce du diagnostic et de renforcer la coordination des acteurs de la prise en charge.

Pour réduire l'errance diagnostique, des centres de référence multi-sites pour la prise en charge des maladies rares (CRMR) assurent la prise en charge et organisent les parcours de santé des patients. Et 3 plans nationaux maladies rares sont déployés.

5. L'accès à l'innovation et la recherche, notamment pour les maladies rares

- **7 000 maladies rares identifiées**
- **3 millions de personnes malades dont 75 % sont des enfants**
- **10 % des décès entre 1 et 5 ans**

Réduction de l'errance diagnostique	**Lisibilité des parcours**	**Rapidité du diagnostic avec un objectif à 1 an**
Accompagnement lors des étapes clés, comme l'annonce du diagnostic		**Coordination des actions des acteurs concernés**

- **109 Centres de références multisites pour la prise en charge des maladies rares labellisés**
- **3 plan nationaux maladies rares**

Pour aller plus loin

Références HAS

- Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine, 2016.
- Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé, 2011.
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, 2012
- Activité physique et sportive pour la santé promotion, consultation et prescription, 2018.
- Stratégies de prévention de la carie dentaire, 2010
- Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, 2012.
- Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, 2017.
- Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaitre les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur, 2012.

Références légales et réglementaires

- Convention internationale relative aux droits de l'enfant 1989
- Code de la santé publique (L.1111-2, L.3211-10, L.1115-5, R.1112-2) et Code civil (art. 372)
- Circulaire ministérielle n°83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.
- Circulaire DGS/DH n°132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.
- Charte de l'enfant hospitalisé, Leïden, 1988.
- Décision du Défenseur des droits MDE-MSP 2015-190 du 4 septembre 2015.

Autres

- Stratégie nationale de santé, 2018-2022.
- Plan national maladies rares 2018- 2022 .
- Rapport du Défenseur des droits de l'enfant, 2017.
- Guide de bonne pratique en chirurgie ambulatoire de l'enfant.
- « Le parcours de santé de l'enfant polyhandicapé », archives de pédiatrie, vol. 19, n°2, p. 105-108, M-C Rousseau, *Th Billette de Villemeur et al. Adequacy of care management of patients with polyhandicap in the French health system : A study of 782 patients. PLOS One ; 2-12* ; Juil 2018.
- Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques, Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2015.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2020 – ACC02_1106_A – maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la prise en charge médicamenteuse
selon le référentiel de certification

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 soins[1]. 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.

• • •

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Identifier des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux (2.2-07).
- Organiser l'analyse pharmaceutique (2.3-03).
- Sensibiliser et former les professionnels concernés aux risques spécifiques induits par l'utilisation des médicaments à risque (2.3-06).
- Faire bénéficier aux praticiens de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus (2.1-06).
- Définir les modalités d'approvisionnement des produits de santé (2.3-07).

Actions

- Appliquer et/ou respecter les bonnes pratiques de prescriptions et de dispensation des médicaments (2.3-03,).
- Appliquer et/ou respecter les bonnes pratiques d'administration des médicaments (2.3-04).
- Maitriser l'utilisation des médicaments à risque (2.3-06).
- Sécuriser l'approvisionnement, le stockage et les conditions de transports des produits de santé (2.3-07).
- Prévoir l'organisation des soins du patient à la sortie et ses prescriptions, avec le matériel nécessaire en amont de la sortie. Expliquer et fournir au patient, un tableau comparatif de son traitement habituel et de son traitement à la sortie = volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie (1.1-09, 2.3-08).

Évaluation

- IQSS (2.1-06, 2.3-08).

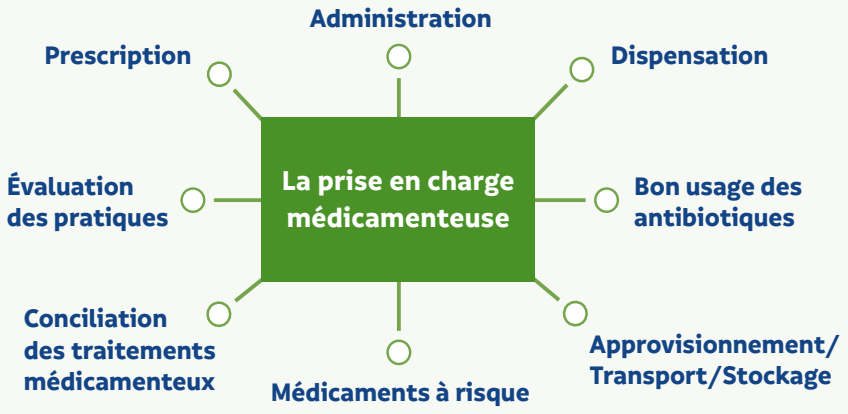
Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

La prise en charge médicamenteuse repose sur plusieurs points clés :

- la prescription médicale en vue de la dispensation et de l'administration au patient avec l'information du patient qui s'y rapporte ;
- le bon usage des antibiotiques ;
- les modalités et conditions d'approvisionnement, de transport et de stockage des médicaments ;
- les médicaments à risques ;
- la conciliation médicamenteuse ;
- la participation des équipes à des audits et/ou les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) concernant les prescriptions.

> L'ensemble de ces points sont détaillés à la suite de ce document.



1. La prescription médicamenteuse

La prescription des médicaments

- **Prescription informatisée**
- **Prescription manuscrite**
- **Habilitations**
- **Prescriptions particulières**
- **Prescriptions à hauts risques**
- **Support unique de prescription d'administration**

La prescription représente l'étape initiale du circuit du médicament ; étape importante sous la responsabilité médicale et de certaines catégories professionnelles.

Vous devrez vous assurer que :

- toute prescription soit rédigée sur un support informatique ou papier et validée par le prescripteur (signature manuscrite ou électronique) ;
- l'identité et la signature manuscrite ou électronique soient identifiables.
- le niveau d'habilitation des prescripteurs soit vérifié et suivi par la Direction de l'établissement.

Vous observerez le niveau de déploiement de l'informatisation de la prescription dans l'établissement et notamment les interfaces entre les services informatisés et les services non informatisés pour la prescription (souvent source de dysfonctionnements).

Vous porterez une attention spécifique sur :

- les prescriptions dites « particulières » : prescription anticipée, prescription « si besoin », prescription orale (cette dernière devant être exceptionnelle) ;
- les prescriptions considérées à risques : en fonction de l'âge ; en fonction du médicament lui-même et en fonction du type de prescriptions.

L'analyse portant sur l'intégralité de la prescription, il sera important de vérifier que celle-ci intègre donc tout médicament pris par le patient durant son hospitalisation y compris son traitement personnel.

Vous vous assurerez que le support de prescription **est toujours lié** au support d'administration (support unique). **Vous interrogerez** les équipes sur leur participation à des audits et/ou des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) concernant les prescriptions. **Vous apprécierez** l'appropriation par les professionnels des résultats des évaluations.

Zoom sur la prescription informatisée

L'informatisation de la prescription est un **élément de sécurisation** car elle permet :

- la standardisation de la prescription ;
- une aide à la prescription grâce à l'accès possible depuis tout poste connecté sur le réseau de l'établissement de santé à des protocoles locaux validés et à des banques de connaissances à jour, tel que : le livret thérapeutique de l'établissement, la base Thériaque du Centre national hospitalier d'information sur le médicament, le dictionnaire des monographies des médicaments (par exemple, le Vidal), … ;
- l'intégration de la prescription au dossier informatique du patient permet une meilleure traçabilité des informations et un meilleur partage d'informations avec tous les différents acteurs.

Zoom sur les prescriptions manuscrites

L'**ordonnance médicale** est composée des éléments suivants :

- informations concernant le prescripteur, comme son nom, sa spécialité et son diplôme, son n° RPPS créé dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé ;
- identification du service et/ou de l'unité, pôle : nom, n° de téléphone, fax, e-mail ;
- date et du lieu d'établissement de l'ordonnance ;
- informations concernant le patient, comme son nom, son prénom, son sexe, sa date de naissance ou son âge, son poids (obligatoire pour l'enfant), sa taille (si nécessaire), sa surface corporelle (anticancéreux), sa clairance de la créatinine (recommandée pour les personnes âgées), ... ;
- liste des produits prescrits au patient par le médecin ;
- dénomination en toutes lettres du médicament ou du principe actif désigné par sa DCI (si plusieurs, les écrire toutes) ou la formule détaillée pour une préparation magistrale, écrites en majuscules - Forme galénique - Dosage (si prescription en Dénomination Commune (DCI) : dosage(s) en principe actif) - Posologie (éventuellement en fonction du poids ou de la surface corporelle, de la fonction rénale si insuffisance rénale...) - Voie d'administration - Mode d'emploi - Durée du traitement ;
- description du traitement et de sa posologie ;
- modalités de renouvellement des médicaments (durée de validité pour x jours ou traitement pour x mois...) ;
- signature du médecin prescripteur.

Zoom sur les habilitations

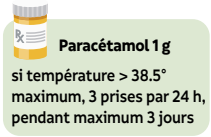
- Les médecins doivent être habilités à prescrire.
- La liste des prescripteurs habilités doit être tenue et régulièrement mise à jour, retrouvée à la PUI.
- Cette liste doit aussi comprendre les prescripteurs délégués (internes).
- Les sages-femmes peuvent également prescrire (médicaments/dispositifs médicaux) mais uniquement dans leurs domaines de compétence ; la liste des médicaments est définie par l'Arrêté du 12 octobre 2011.

Zoom sur les prescriptions particulières

On retrouve des prescriptions particulières :

Prescription de protocole anticipé

- La rédaction est pluriprofessionnelle.
- Elle doit être datée et signée par un médecin, revue annuellement, diffusée à l'ensemble des professionnels ; Elle est tracée dans le dossier de soins infirmiers.
- C'est une prescription qui peut être appliquée à un ou plusieurs patients.



Prescription conditionnelle : « si besoin »

- Pour cette prescription, les conditions d'administration sont clairement établies : nombre maximal d'administrations par période de 24 heures accompagné d'un intervalle temporel entre deux prises consécutives, durée maximale de traitement. Cette prescription est revue annuellement.

La prescription conditionnelle ne s'applique qu'à un patient.

Prescription orale : (interdite sauf de façon exceptionnelle en situation d'urgence)

- L'administration sur prescription orale majore le risque d'incompréhension, d'oublis et d'erreurs.
- Elle ne doit être acceptée qu'exceptionnellement, devant une situation d'urgence dans l'attente de l'arrivée imminente du prescripteur.
- Cette situation sous-entend l'existence obligatoire de protocoles d'urgence validés par le responsable médical de structure. Hormis ce cas, toute prescription orale est interdite, la responsabilité de l'infirmier(e) étant alors entièrement engagée.
- La prescription orale doit être écrite et contresignée par le médecin le plus tôt possible.

Zoom sur les prescriptions à haut risque

Pour certaines populations - Enfant, personne âgée

Exemples chez l'enfant : la dose de médicaments est adaptée à son poids. La plupart des médicaments utilisés en pédiatrie sont présentés et conditionnés pour les adultes.

- Il est donc nécessaire de fractionner les doses de médicaments disponibles, de préparer la dose à administrer à un volume ou à une concentration calculée à partir d'un dosage réservé à l'adulte. Ces opérations préalables présentent un risque majeur pour le professionnel comme pour le patient. Une attention particulière doit leur être apportée.

Exemples pour des médicaments inappropriés chez la personne âgée

- Il est nécessaire d'intégrer en amont de la prescription les capacités de déglutition de la personne âgée.
- Il faut privilégier la prescription de formes galéniques adéquates (Formes liquides : solutions, gouttes, sirop, suspension…).
- Ainsi que la gestion de l'autonomie de la prise des médicaments.

Pour certains types de médicaments - Stupéfiants, chimiothérapie, ...

- Prescription des stupéfiants : conditions de prescription réglementaire : prescripteur habilité, prescription nominative, ordonnance sécurisée, indication en toutes lettres du nombre d'unités thérapeutiques par prise, du nombre de prise, du dosage, de la durée, attention durée limitée de prescription suivant les formes de morphiniques.

Selon le type de prescriptions : entrée, sortie, ambulatoire, ...

Afin d'assurer la continuité médicamenteuse

- À l'entrée : le traitement personnel complet du patient, mis en place antérieurement à son hospitalisation, doit être pris en compte, validé par un médecin et prescrit en fonction de l'état clinique du patient et de son motif d'hospitalisation.
- À la sortie : le traitement de sortie du patient doit être rédigé dans la lettre de liaison.
- Pour les patients « vulnérables » un tableau comparatif des traitements de l'entrée et de la sortie doit être formalisé et expliqué au patient et à son entourage.

Zoom sur les différents supports de prescriptions

Les supports de prescription doivent être définis :

- **Pour la prescription informatisée**, le plan d'administration des médicaments permettant leur traçabilité se trouve en regard de la prescription médicale.
- **Pour la prescription manuscrite**, **la retranscription** des prescriptions **n'est pas autorisée**, il faut un support unique de prescription/administration qui permette d'avoir la prescription au regard de la traçabilité de l'administration.

Vous vous assurerez que la dispensation comprend bien les **4 étapes** suivantes :

1. l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale ;
2. La Préparation éventuelle des Doses à Administrer (PDA) ;
3. la délivrance des médicaments ;
4. La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments.

Concernant l'**analyse pharmaceutique, vous observerez :**

- **son organisation** (Quels sont les données accessibles aux pharmaciens ? Quels sont les moyens humains disponibles à la pharmacie et les priorités identifiées en matière d'analyse ?) ;
- **sa réalisation** (Comment l'analyse pharmaceutique est-elle réalisée en fonction des profils de patients, en fonction des services ?) ;
- **sa prise en compte** (Les avis pharmaceutiques émis par les pharmaciens sont-ils pris en compte par les médecins ?).

Concernant la **Préparation des Doses à Administrer, vous devrez évaluer :**

- les modes de préparation des médicaments réalisés par l'établissement et vous assurer de leur adaptation et de leur sécurisation en fonction des services, des profils de patients, en routine, hors routine.

Concernant la **délivrance des médicaments, vous devrez évaluer :**

- les modes de délivrance des médicaments mis en place dans l'établissement (délivrance individuelle nominative, délivrance globale, délivrance reglobalisée) et vous assurer de leur adaptation et de leur sécurisation en fonction des services, des patients, en routine, hors routine.

Concernant la mise à disposition des conseils sur le bon usage des médicaments, vous rechercherez :

- les documents remis aux patients sur les informations à délivrer ;
- les conseils et outils sur le bon usage mis à disposition des professionnels.

2. La dispensation des médicaments

- **Analyse pharmaceutique des prescriptions**
- **Préparation éventuelle des doses à administrer**
- **Délivrance des médicaments**
- **Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament**

Définition

La dispensation des médicaments au patient est l'acte placé sous la responsabilité directe du pharmacien. C'est une activité clé dans la prise en charge médicamenteuse du patient à l'hôpital et permettant sa sécurisation.

Il est défini réglementairement par l'article R. 4235-48 du code de la santé publique (CSP).

La dispensation constitue un enjeu de santé publique important puisqu'elle contribue à une efficacité optimale des traitements et à une diminution des risques d'iatrogénie médicamenteuse.

Le mot « dispensation » est employé pour désigner tout ce qu'un pharmacien doit exécuter pour délivrer un médicament.

Ce n'est pas :

- juste une délivrance des médicaments ;
- un simple approvisionnement de médicaments ;
- un sujet qui **ne concerne que la PUI** (absence d'interface ou de prise en compte des interventions pharmaceutiques par les secteurs de soins).

Zoom sur l'analyse pharmaceutique des prescriptions

L'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique donne la définition de l'analyse pharmaceutique des prescriptions.

L'analyse pharmaceutique est un outil d'aide à la prescription médicamenteuse ayant pour objectif de détecter les prescriptions inappropriées : sur-prescriptions, sous-prescriptions, interactions médicamenteuses non voulues,

Selon les établissements, le niveau d'analyse pharmaceutique est variable : fonction des types de médicaments, de certains services, ...

Suite à l'analyse pharmaceutique, le pharmacien va émettre un certain nombre d'avis /conseils/ interventions pharmaceutiques concernant le traitement médicamenteux des patients.

Ces avis, conseil, interventions pharmaceutiques sont tracés dans une fiche d'intervention pharmaceutique.

Ils sont mis à la disposition des médecins pour être pris en compte.

L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance ou l'analyse pharmaceutique liée à une demande de médicament à prescription médicale facultative fait partie intégrante de l'acte de dispensation et permet la vérification des posologies, des doses, des durées de traitement, du mode et des rythmes d'administration, de l'absence de contre-indications, d'interactions et de redondances médicamenteuses.

Le pharmacien vérifie la présence d'interactions entre les médicaments délivrés au cours d'un même acte de dispensation mais également avec ceux qui ont pu être dispensés antérieurement (avec ou sans prescription) et dont le pharmacien a connaissance.

La détection d'une interaction entre plusieurs médicaments est analysée par le pharmacien : mécanisme en cause (pharmacodynamique ou pharmacocinétique), conséquences cliniques éventuelles (majoration des effets thérapeutiques, des effets indésirables), et possibilité de remplacement par un autre médicament avec l'accord du prescripteur.

La rédaction d'une intervention pharmaceutique est conseillée lorsque le pharmacien identifie un problème mettant en jeu l'efficacité ou la sécurité du traitement. Elle permet la formalisation écrite de l'analyse pharmaceutique et sa transmission éventuelle au prescripteur.

L'analyse pharmaceutique nécessite des informations concernant le patient et ses traitements en cours. Ainsi, le pharmacien peut recueillir dans l'historique du logiciel d'aide à la dispensation mais également auprès du patient les informations nécessaires telles que son âge, son sexe, son poids, sa taille, ses traitements en cours, ses antécédents allergiques, ses contre-indications, son état de grossesse ou d'allaitement. Le pharmacien peut recueillir dans le dossier médical personnel (DMP) mais également auprès du patient et/ou du prescripteur les résultats des analyses biologiques, les états physiopathologiques, les antécédents pathologiques, le diagnostic établi par le médecin chaque fois qu'il le juge nécessaire et notamment dans l'objectif de détecter d'éventuelles contre-indications aux médicaments prescrits.

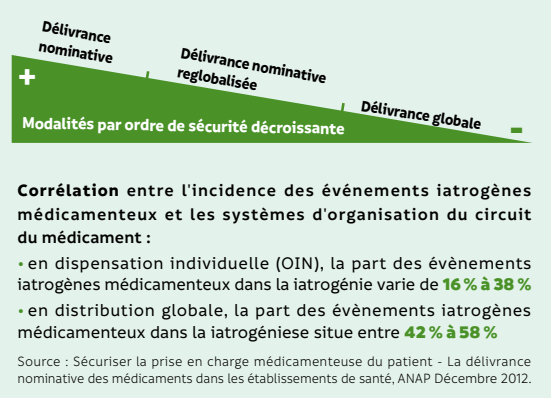
De plus, le Dossier Pharmaceutique (DP), lorsqu'il existe, permet au pharmacien d'assurer une analyse pharmaceutique plus exhaustive, prenant en compte l'ensemble des médicaments délivrés avec ou sans prescription médicale, enregistrés dans le dossier pharmaceutique.

Le niveau d'informations à recueillir est à adapter en fonction de chaque situation et du ou des médicaments à dispenser.

Le pharmacien peut, s'il le juge nécessaire, évaluer le choix d'une molécule (en fonction des recommandations pour la pratique clinique, du profil patient, des effets indésirables liés à chaque molécule notamment,) et propose, le cas échéant, un traitement mieux adapté au prescripteur qui peut établir une nouvelle ordonnance ou donner son accord au pharmacien pour qu'il délivre un autre médicament.

Si le pharmacien délivre un médicament autre que celui prescrit, en situation d'urgence, il en informe le prescripteur dans les meilleurs délais.

Zoom sur la délivrance des médicaments



Corrélation entre l'incidence des événements iatrogènes médicamenteux et les systèmes d'organisation du circuit du médicament :

- en dispensation individuelle (OIN), la part des évènements iatrogènes médicamenteux dans la iatrogénie varie de **16 % à 38 %**
- en distribution globale, la part des évènements iatrogènes médicamenteux dans la iatrogéniese situe entre **42 % à 58 %**

Source : Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient - La délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé, ANAP Décembre 2012.

Il existe **3 organisations** pour la délivrance :

1. **La délivrance individuelle nominative (DIN) :**
   - les médicaments sont préparés par la PUI prise par prise, pour chacun des patients, et délivrés aux unités de soins en doses unitaires, par patient ;
   - correspond à l'administration pour une période prédéterminée selon les organisations (journalière, hebdomadaire, bihebdomadaire, mensuelle...).

   On peut retrouver plusieurs formes de DIN :
   - DHIN (délivrance hebdomadaire individuelle et nominative), soit chaque semaine par patient.
   - DJIN (délivrance journalière individuelle et nominative), soit chaque jour, par patient, et ce pour les différentes heures d'administrations de la journée (matin, midi, soir, nuit).

2. **La délivrance globale (ou distribution globale) :**

Présence permanente d'une dotation de médicaments dans l'unité de soins. Son contenu est déterminé conjointement par le pharmacien, et le médecin responsable de l'unité de soins. Cette dotation fait l'objet d'une mise à jour régulière.

3. **La délivrance reglobalisée :**

C'est une organisation intermédiaire, qui se différencie du circuit en DIN par le fait que les médicaments sont délivrés à une unité de soins de manière globale en quantité correspondant aux besoins des patients pour une période donnée au vue des prescriptions. La préparation des doses unitaires est assurée par l'infirmière.

Zoom sur la mise à disposition d'informations/conseils sur le bon usage des médicaments

Du point de vue du patient, le « bon usage » consiste à **utiliser le bon médicament, à la bonne dose, de la bonne manière, en suivant l'avis du médecin ou du pharmacien et les recommandations de la notice**.

On retrouve :

- des Informations génériques à donner aux patients :
  - exemple : comment bien lire son ordonnance, la DCI c'est quoi … bien prendre son médicament, etc.
- des Informations spécifiques aux médicaments :
  - exemple : heures de prise, le moment de la prise, les éventuels contrôles, les non-associations, etc.

Le pharmacien doit mettre à disposition des patients, des **outils d'information** : affiches, plaquettes, flyers spécifiques, vidéo,…

Zoom sur la préparation éventuelle des doses à administrer (PDA)

La préparation des doses à administrer consiste à préparer les traitements des patients prescription du médecin.

Elle consiste à déconditionner les médicaments pour les reconditionner dans un pilulier ou équivalent pour un patient donné.

- La PDA est un **acte pharmaceutique**, réalisée par un pharmacien ou un préparateur pharmaceutique sous la responsabilité d'un pharmacien.
- La préparation des traitements est un acte de soins effectué exclusivement par l'IDE.
- La PDA peut être **manuelle** : répond à des règles strictes définies (durée, matériel, concordance des informations d'identitovigilance du patient sur le pilulier avec la prescription ; identification du médicament (nom, dosage, n° lot, date de péremption) par mise en sachet ou par sur étiquetage.
- L'objectif principal le médicament doit rester parfaitement identifiable jusqu'au lit du patient - Double contrôle, traçabilité.
- La PDA peut être **automatisée** : Le principe de fonctionnement de l'automate est de produire des sachets nominatifs par patient et par prise ; il accepte toutes les formes sèches, les fractions de doses, à l'exception des médicaments trop friables, et des stupéfiants.
- La PDA peut être **semi-automatisée** : La méthode est manuelle, mais assistée par ordinateur avec un logiciel de gestion.

L'étape d'administration est la plus sensible en termes d'erreurs médicamenteuses car elle cumule les risques liés aux étapes précédentes de prescription et de dispensation.

C'est l'étape de sécurisation ultime avant le patient. Elle représente la moitié des erreurs médicamenteuses.

Vous devrez vous assurer que :

- l'administration est réalisée au regard d'une prescription qui est prise en compte et vérifiée ;
- la préparation répond à des règles précises :
  - une zone de préparation bien identifiée, adaptée, dépendante respectant toutes les règles d'hygiène,
  - un délai de préparation proche de l'administration (la préparation doit se faire le plus près possible de l'administration),
  - des conditions de préparation draconiennes permettant d'éviter les interruptions de tâches,
  - la disponibilité d'outils d'aide à la préparation : procédures, outils d'aide au calcul de dose, tables de conversions.
- c'est un professionnel de santé habilité qui administre ;
- l'administration proprement dite se déroule selon les contrôles essentiels (vérification par le professionnel habilité des concordances : produit/patient/prescription) ;
- la traçabilité de l'administration est réalisée dans le dossier au plus près de la prise ; ainsi que la non-administration ;
- l'information du patient est réalisée ;
- la surveillance du patient et le suivi de l'observance du traitement sont évalués.

3. L'administration des médicaments

- **Prescription prise en compte**
- **Vérification des concordances (contrôles) entre le produit, le patient et la prescription**
- **Administration par un professionnel de santé habilité**
- **Traçabilité dans le dossier**
- **Information et surveillance du patient**

Définition

L'administration est la dernière étape du processus de prise en charge médicamenteuse du patient.

Elle comporte **la prise en compte de la prescription médicamenteuse, la préparation extemporanée, le contrôle préalable de la concordance du produit/patient/prescription**, **l'administration et sa traçabilité** et enfin **la surveillance du patient**.

La sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle fondamentale des 5B : Administrer au **B**on patient, le **B**on médicament, à la **B**onne dose, sur la **B**onne voie, au **B**on moment, règle dont il faut rechercher systématiquement la formalisation, la mise en œuvre et la maîtrise par les professionnels de santé concernés.

Cela implique de vérifier que l'IDE avant toute administration, identifie le patient, vérifie la concordance entre la prescription médicale et le médicament à administrer, l'étiquetage de celui-ci, le dosage adapté au patient, l'informe et trace l'administration ou la non-administration.

Zoom sur la prise en compte de la prescription médicale ou d'un protocole thérapeutique + gestion de l'autonomie du patient

La prise de connaissance de la prescription médicale par l'infirmier(e) a pour objectifs de :

- disposer d'une vision globale de la prise en charge thérapeutique du patient ;
- détecter, au regard de ses compétences et de sa connaissance du patient, les effets délétères potentiels du médicament ;
- analyser la faisabilité de la prescription médicale (disponibilité des médicaments, de protocoles thérapeutiques, ...).

L'infirmier rencontre différents types de prescription médicale dans son exercice hospitalier, développés dans le chapitre sur la prescription médicale.

La retranscription de la prescription d'un médicament constitue une source d'erreurs. **Elle est donc à proscrire.**

La règle à adopter est le support unique de la prescription de l'ensemble des traitements utilisé jusqu'à l'administration.

L'infirmier doit disposer d'une prescription manuscrite ou informatisée, conforme à la réglementation.

L'infirmier peut consulter à tout moment le livret thérapeutique de l'établissement et les « bases de données » disponibles.

En cas de doute, de prescription médicale incomplète, ou de difficultés pour l'exécution de la prescription, l'infirmier doit demander un complément d'information et une confirmation ou, le cas échéant, une modification de la prescription au prescripteur.

L'infirmier doit refuser d'exécuter une prescription médicale dans 3 situations :

- quand il estime, sur des arguments fondés, vérifiables et partagés que le traitement prescrit ne répond pas aux besoins du patient. Il en informe le prescripteur afin d'aboutir à une optimisation de la thérapeutique. Cet avis fait l'objet d'un compte-rendu écrit dans le dossier du patient. L'IDE en informe le cadre de santé et le responsable médical du service ;
- quand le soin prescrit ne relève pas de sa compétence (par exemple injections de certains médicaments par voie intrarachidienne, voie intra-cardiaque…) ;
- quand la prescription est orale, sauf en situation d'urgence.

La gestion de l'autonomie du patient est une évaluation clinique de l'IDE (sur protocole médical) avant toute administration.

Le patient autonome doit être capable de prendre son traitement selon la prescription médicale ; comprendre l'utilité du traitement ; connaitre les effets secondaires et les risques liés à la prise médicamenteuse.

Le patient autonome :

- L'IDE doit déposer le comprimé ou la gélule dans un gobelet pour médicaments ou dans la main du patient (hygiène des mains).
- L'IDE doit donner un verre d'eau au patient.

Le patient dépendant :

- l'IDE doit expulser le médicament de son emballage, sans le toucher avec les doigts avant de le donner au patient.
- En cas de médicaments broyés ou de difficultés de déglutition, l'IDE doit utiliser une compote ou de l'eau gélifiée.
- L'IDE doit disposer d'une liste de médicaments non broyables /non sécables.

L'auto-gestion du traitement médicamenteux peut s'intégrer dans un programme d'éducation thérapeutique, notamment dans le cadre de pathologies chroniques.

- La participation active du patient/entourage doit être recherchée.
- L'évaluation de la capacité d'autogestion du patient/ entourage à gérer son traitement (préparation, administration proprement dite et surveillance) doit prend en compte :
  - la complexité du traitement médicamenteux ;
  - la prise de médicaments à risque ;
  - le niveau d'autonomie du patient/entourage ;
  - la décision est prise avec son accord et celui de l'équipe, et est tracée dans le dossier de soins.

Zoom sur la préparation des médicaments

La préparation des médicaments est du **rôle propre de l'IDE (sur protocole médical) et répond à des règles :**

- Une **zone de préparation adaptée :**
  - l'organisation de la zone de préparation des produits doit être bien identifiée : un plan de travail propre, dans le respect des circuits.
- **Zone dépendante :**
  - des zones de stockage et de distribution des médicaments et des conditionnements ;
  - du conditionnement des médicaments (dose unitaire ou pas).
- **Un délai de préparation proche de l'administration :**
  - la préparation doit se faire le plus près possible de l'administration ;
  - si préparation la veille, vérification obligatoire par l'infirmier qui administre (responsable).
- **Des conditions de préparation :**
  - il convient de réduire les facteurs environnementaux (lumière, bruit, interruptions, charge de travail) ;
  - l'interruption de tâches est un facteur contributif de la survenue d'erreurs médicamenteuses.

– **La disponibilité d'outils d'aide à la préparation :**
Des procédures doivent être disponibles et connues des professionnels :
- procédures d'administration des médicaments per os et injectables, liste des médicaments broyables et à ne pas écraser ;
- outils d'aide au calcul de dose, tables de conversions ;
- protocole « étiquetage injectable, stockage et préparation administration des médicaments » et des médicaments à risque, des chimiothérapies ;
- documents d'aide à la reconstitution des médicaments injectables pour la standardisation des règles de préparation, élaborés à partir des résumés de caractéristiques des produits ((RCP), et précisent : les solvants utilisables pour la reconstitution et/ou la dilution, les conditions de stabilité, les délais de conservation après reconstitution et/ou dilution, validés par le pharmacien, datés, signés ;
- le protocole du traitement personnel…

Préparation des piluliers
- Les piluliers doivent être strictement nominatifs, identifiés avec nom, prénom, date de naissance.
- Ils doivent être préparés quotidiennement pour 24h en court séjour mais cela dépend des organisations.
- Les médicaments sont répartis selon la prescription : (matin - midi - soir - coucher).
  Chaque médicament doit rester identifiable jusqu'au moment de l'administration c'est-à-dire : nom, dosage, date de péremption et numéro de lot lisibles sur chaque unité de médicament après répartition dans le pilulier.
- Il existe d'autres organisations avec des tiroirs patients sans découpage de blister

⚠ Les médicaments ne doivent pas être dé-blistérisés et ne doivent pas être coupés afin de permettre leur identification jusqu'à la prise (contrôle ultime).

Pour les blisters non unitaires ou les médicaments en vrac dans des flacons.
- Il convient de mettre le blister ou le flacon en entier dans le pilulier (dernière case) après avoir vérifié le nom du médicament, le dosage, le numéro de lot et la date de péremption.
- Si le flacon est volumineux il faut le garder sur le chariot avec les multi doses
- Il convient de déconditionner qu'au moment de l'administration.
- À la sortie du patient, le blister ou le flacon doit être remis dans l'armoire à pharmacie.

Pour les médicaments hors dotation délivrés pour plusieurs jours par la pharmacie.
- À la fin de la préparation du jour, les médicaments hors dotation pour les jours suivants doivent être rangés.
- Préparation des injectables
- La préparation des injectables doit être exécutée par une IDE dans une zone identifiée propre dans un temps dédié, sans interruption ni changement de lieu, avec une organisation dédiée pour limiter les interruptions de tâches (blouse, brassard, pancarte de porte, horaire dédié…).
- Les règles de préparation et d'étiquetage doivent être standardisées, notamment pour la perfusion continue en seringue électrique.
- De préférence, l'infirmier(ère) qui prépare est celui(celle) qui administre.
- Des pratiques où les médicaments sont préparés à l'avance par une personne et les administrations sont effectuées par d'autres personnes ne sont pas recommandées.

Toute préparation réalisée doit être étiquetée.
- L'étiquette pour les injectables doit comporter : nom, prénom du patient, nom du médicament, date, heure de préparation, heure de début et fin de perfusion, débit, signature de l'IDE et surtout pas de numéro de chambre (étiquette pré imprimée ou informatisée de préférence).
- En cas de graduation, l'étiquette est apposée de telle sorte que la graduation reste visuelle.
- Une attention particulière est portée dans le cadre des chimiothérapies préparées en URCC, à l'étiquetage des médicaments complémentaires tels que antiémétiques, corticoïdes et le cas particulier des intrathécales.

La double vérification (vérification croisée) de la préparation
- C'est un système de contrôle croisé sur des critères d'administration entre 2 professionnels de soins réalisé de façon indépendante.
- Ce système est utilisé dans un contexte bien précis, défini par l'établissement, pas en routine.

Préparation des chimiothérapies
- La préparation des chimiothérapies répond aux bonnes pratiques définies par l'ANSM.
- La décision d'application de ces bonnes pratiques de préparation a été publiée au Journal Officiel (JO du 21/11/2007).

www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a5d6ae4b3d5fdee013ca463462b7b296.pdf

Zoom sur la vérification des concordances (contrôles) entre le produit, le patient et la prescription

La vérification des concordances exige que l'IDE avant toute administration doive :

- vérifier la concordance entre la prescription, l'identité du patient et le médicament : si l'état du patient le permet, lui demander de se présenter (par sa date et nom de naissance, pas son nom d'usage ou nom marital) ou bien utiliser le bracelet d'identification ou un autre mode défini pour le patient non communicant ;
- connaître la procédure d'identitovigilance en vigueur dans l'établissement (savoir gérer les homonymies) :
- connaître les allergies du patient. Associer le patient, ultime verrou de sécurité : si son état le permet, lui demander de signaler systématiquement son allergie à un médicament avant tout branchement de perfusion ;
- vérifier la concordance entre le médicament à administrer : nom, date de péremption et la prescription médicale ;
- vérifier que le dosage est adapté au patient (pers âgés, enfant, ...), approprié au poids, à la voie, au mode d'administration...

Zoom sur l'acte d'administration proprement dit /Traçabilité dans le dossier

- L'administration des médicaments est réalisée par des **professionnels habilités (IDE).**
- Une aide à la prise peut être réalisée par des AS, AP ou AMP mais **toujours sous la responsabilité de l'IDE**.
- La traçabilité de l'administration doit être faite **au plus près de la prise**.
- La traçabilité de l'administration par l'IDE doit correspondre à la **prise effective des médicaments** et donc à l'**administration et non de la distribution**.
- L'IDE trace l'administration ou la **non-administration** des médicaments dans le dossier du patient (le motif de non-administration **doit être argumenté**).
- L'IDE doit tracer l'information donnée au patient dans le dossier.

Cas particulier de l'administration faite par le patient/entourage :

- l'IDE doit tracer les prises de manière rétroactive (l'enregistrement de l'administration fait l'objet d'un questionnement auprès du patient/entourage lors de chaque passage) ;
- l'IDE doit tracer la non-administration et le motif.

D'un point de vue juridique, **tout acte non tracé est considéré comme non fait** :

- nom du médicament ;
- forme, dose, voie ;
- date, heure ;
- soluté, débit et durée de perfusion s'il y a lieu ;
- date d'arrêt s'il y a lieu ;
- l'identification de l'infirmière.

Cas particulier de l'administration en HAD :

En HAD, une évaluation initiale, dès l'admission, des aptitudes du patient et/ou de l'entourage et des capacités notamment d'observance à l'aide d'une grille d'évaluation doit être réalisée.

Cette évaluation de référence va permettre de **préciser les modalités d'administration des médicaments per-os à domicile qui peuvent prendre plusieurs formes** :

- préparation et administration par le patient ;
- préparation par l'entourage et administration par le patient ;
- préparation et administration avec l'entourage ;
- préparation par un IDE et administration par le patient et/ou avec l'entourage ;
- préparation par un IDE et administration par un IDE ;
- préparation par un IDE et administration avec l'aide d'un professionnel habilité (AS, AVS).

Quelle qu'elle soit, l'organisation choisie pour l'administration par l'établissement d'HAD, elle doit être **partagée en équipe, tracée dans le dossier du patient et faire l'objet de réévaluation périodique.**

- Les responsabilités doivent être connues : qui prépare ? qui administre ?
- Le patient et/ou son entourage doit avoir la possibilité de tracer sa prise de médicaments sur un support identifié.
- La traçabilité de l'administration des médicaments per-os peut être assurée par le patient.
- Ces modalités d'administration sont évaluées par les indicateurs de coordination en HAD.

Zoom sur la surveillance du patient

La SURVEILLANCE implique au préalable l'INFORMATION du patient.

L'IDE doit informer le patient du traitement qu'il a à prendre, des modifications éventuelles, des consignes pour une bonne prise, des bénéfices et des effets secondaires éventuels

L'information orale peut être associée à la remise de documents d'information, d'éducation, de suivi : brochures, carnet de suivi, ...

L'information donnée au patient précède l'obtention de son consentement.

L'IDE doit :

- surveiller la **survenue d'effet(s) indésirable(s)** :
  - vérifier le(s) **bénéfice(s) obtenu(s),**
  - contrôler les voies d'abord,
  - surveiller le débit et la durée pour la perfusion continue,
  - contrôler les **paramètres biologiques si besoin et cliniques**,
  - tracer la surveillance ;
- assurer un suivi régulier de l'observance.

Durant votre mission d'expert-visiteur, il sera **important de vérifier** que :

- pour toute prescription d'un traitement d'antibiotique, la justification de la prescription est tracée explicitement dans le dossier patient (justification si changement d'antibiothérapie, justifier pourquoi et en fonction de quels résultats, de quel état clinique du patient ? La traçabilité de la réflexion du praticien doit être retrouvée) ;
- la justification médicale d'une antibiothérapie de + de 7 jours est retrouvée dans le dossier ;
- tous les prélèvements microbiologiques ont été effectués avant la prescription d'antibiotiques et sont retrouvés dans le dossier (prélèvements, antibiogramme, etc.).

Vous regarderez :

- s'il existe un système d'informatique permettant de générer une alerte pour réviser l'antibiothérapie est en place ;
- si des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont réalisées et tracées dans le dossier ;
- si les praticiens peuvent se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne) ;
- si les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques notamment ceux en cours de cursus ;
- si les résultats des évaluations sont diffusés aux instances et aux acteurs.

4. Bon usage des antibiotiques

- **Justification et traçabilité de la prescription**
- **Prélèvements microbiologiques effectués et tracés dans le dossier**
- **Existence d'une alerte pour réviser l'antibiothérapie et réévaluer la pertinence**
- **Formalisation de recommandations locales (protocoles) de références réactualisées**
- **Évaluations : exemples (évaluation des prescriptions d'antibiotiques, surveillance des résistances bactériennes et diffusion des résultats pour guider les actions)**
- **Formation au bon usage des antibiotiques de l'ensemble du personnel impliqué**
- **Information des patients et/ou des proches**

Concernant l'**approvisionnement des produits de santé, vous devrez vous assurer** de l'existence et la mise en œuvre de la procédure de gestion des commandes par les services (bon de commande : informatique ou format papier ? Quel est le système de réapprovisionnement ?.

Vous observerez les différents types de commandes : standardisées ou en urgence.

Vous devrez comprendre comment sont gérées les ruptures de stock de médicaments (par les services et par la pharmacie).

Vous interrogerez la gouvernance sur la prise en compte des besoins des professionnels et les actions palliatives mises en place en cas de rupture de stock.

Concernant le **transport des produits de santé, vous devrez vérifier** que :

- le **responsable du transport** des médicaments, entre la pharmacie à usage intérieur et les unités fonctionnelles ou leur équivalent soit **identifié** ;
- les **conditions de transport** des médicaments soient **adaptées** :
  - chariot ou container identifiés et scellés,
  - chaîne du froid respectée,
  - confidentialité des données du patient respectée,
  - une organisation du transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité soit mise en place,
  - une **organisation de la réception des produits de santé** (lieu, professionnel en charge) soit mise en place (contrôle),
  - l'entretien des **moyens de transport soit organisé et effectif.**
- la **traçabilité des contrôles** à réaliser (départ/arrivée) soit retrouvée (rapprochement entre le bon de réception et le bon de demande des médicaments dans les unités de soins).

Concernant le **stockage des produits de santé, vous devrez vérifier** qu'il soit sécurisé, notamment pour les produits à risque (produits thermosensibles).

Il ne doit pas y avoir de produits périmés en stock. Le choix des équipements de stockage doit être basé sur **le respect de la sécurité, de la confidentialité, de l'hygiène, de l'ergonomie et de la fiabilité**.

5. Approvisionnement/Transport Stockage des produits de santé

- **Gestion des commandes pour approvisionnement**
- **Transports des produits de santé**
- **Règles de stockage**

Zoom sur l'approvisionnement

L'approvisionnement en produits de santé est un processus logistique. Il permet d'apporter un produit de santé depuis le fournisseur jusqu'à celui qui le délivre finalement au patient. Il demande une parfaite collaboration entre tous les intervenants.

On distingue :

- **la logistique « amont »** (acheminement du médicament ou du DM depuis le laboratoire ou le fabricant jusqu'aux portes de la PUI) ;
- **la logistique « aval »** qui, sous le contrôle du pharmacien, organise la distribution des traitements à travers les services jusqu'au patient.

Ce processus d'approvisionnement comprend **5 étapes** :

1. La commande,
2. La livraison,
3. Le transport,
4. La réception,
5. Rangement et stockage dans l'unité de soins.

Les modalités d'approvisionnement doivent être définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.

L'approvisionnement des produits de santé doit répondre aux besoins des professionnels.

Les risques liés aux ruptures de stock doivent être identifiés et faire l'objet d'actions palliatives.

Zoom sur le transport des produits de santé

Tout transport de médicaments entre la pharmacie à usage intérieur et les unités fonctionnelles ou leur équivalent doit se faire **dans des conditions d'hygiène et de sécurité** permettant :

- de respecter le maintien des températures pour les produits thermosensibles ;
- de garantir la sécurité par tout système de fermeture approprié (caisse scellée par exemple) ;
- d'assurer un transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité.

Le transport doit permettre l'approvisionnement des unités de soins : de façon régulière (procédure de transport courant) mais prévoir des procédures de livraison spécifiques, notamment pour les transports rapides liés à des demandes ponctuelles, urgentes ou à des produits particuliers (chimiothérapie, stupéfiants…).

Zoom sur le stockage

Le **stockage** des produits de santé doit être **sécurisé**, notamment pour les produits à risques.

Les conditions de stockage des produits thermosensibles doivent être respectées.

Le stockage des produits de santé doit se faire dans les bonnes conditions de conservation. Il ne doit pas y avoir de produits périmés en stock.

Des responsabilités sont définies

- Le pharmacien et le cadre de santé du service définissent le rangement des médicaments et des dispositifs dans l'unité.
- Le cadre de santé en accord avec le pharmacien, définit des procédures pour les commandes, **la réception et les conditions de stockage** des médicaments, permettant de sécuriser l'accès aux médicaments.
- Le pharmacien et le médecin responsable définit la **dotation de médicaments permettant de faire face, dans l'unité concernée, aux besoins urgents**.
- Le pharmacien contrôle les quantités au regard des prescriptions faites, le **mode de détention et le respect des règles d'étiquetage et de conservation** des médicaments ; des audits réguliers des conditions de stockage et de détention des médicaments dans les unités sont réalisés pour s'assurer de leur bonne qualité.

Les résultats des audits sont communiqués et connus des équipes soignantes concernées.

❶ Stockage à la PUI

- La pharmacie dispose d'aires de réception, de stockage, de distribution et de dispensation adaptées à son activité.
- Les locaux de stockage sont situés, dans la mesure du possible, dans la continuité immédiate de la zone de réception.

Ils sont divisés en plusieurs zones spécialisées en fonction de la nature des produits détenus.

Leurs dimensions permettent un aménagement intérieur assurant une circulation facile et un rangement fonctionnel.

Les produits ne doivent **pas être stockés à même le sol**, mais à une hauteur minimale suffisante, pour palier au risque d'inondation, le cas échéant.

- Les équipements de stockage à basse température sont proportionnés aux besoins et pourvus de systèmes de contrôle et de sécurité qualifiés (alarmes, enregistrements…). Un système de secours est prévu en cas de panne. Ces équipements sont exclusivement affectés au stockage des produits pharmaceutiques. Ils ne contiennent ni boissons, ni aliments.
- Les dispositifs médicaux stériles sont souvent volumineux et fragiles. Ils sont stockés dans des locaux d'un volume suffisant pour permettre de les conserver dans leur emballage secondaire.

❷ Stockage dans les Unités de soins

Principaux enjeux : le bon médicament (risque de confusion), la bonne forme galénique, la bonne dose, la bonne concentration, au bon emplacement et dans de bonnes conditions de conservation

Le stockage et l'étiquetage des médicaments détenus dans les unités de soins doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Le choix des équipements de stockage est basé sur le respect de la sécurité, de la confidentialité, de l'hygiène, de l'ergonomie et de la fiabilité

Conditions de stockage :

- la zone réservée au stockage des médicaments doit être indépendante de celles liées à la préparation des traitements,
- les médicaments doivent être détenus dans des locaux, armoires ou autres dispositifs de rangement fermés à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité. Les modalités de détention, de mise à disposition et de transmission du système de sécurité du stockage (clé, code) doivent être décrites, ainsi que la conduite à tenir en cas de perte. **En dehors des périodes d'utilisation, les accès au stocks doivent être maintenus verrouillés** ;
- le choix du dispositif de stockage doit être validé par le pharmacien, en concertation avec les médecins, les cadres de santé et les responsables logistiques, et doit **être standardisé et harmonisé sur l'ensemble de l'établissement de santé.**

❸ Sécuriser la dotation du service

- Le stockage des médicaments à risques doit être restreint et limité au strict besoin.
- Une liste de dotation pour besoins urgents doit être disponible, adaptée qualitativement et quantitativement et mise à jour au moins annuellement.

Les médicaments doivent être conservés dans l'emballage délivré par la PUI, qu'il s'agisse du conditionnement industriel d'origine ou de formes unitaires reconditionnées à la PUI.

- **Ne pas déconditionner les médicaments,** le médicament doit, en effet, rester identifiable jusqu'au moment de l'administration ; **conserver le conditionnement identifiant jusqu'à l'administration**. Les formes en conditionnement unitaire sont à privilégier.
- Les médicaments doivent être maintenus dans des contenants dont l'étiquette doit mentionner :
  - la dénomination de la spécialité (et la dénomination commune internationale le cas échéant) ;
  - le dosage exprimé en quantité ou en concentration ;
  - la forme pharmaceutique ;
  - la voie d'administration ;
  - la date de péremption ;
  - le numéro de lot.
- Les étiquetages des casiers doivent être harmonisés et optimisés.
- Les locaux doivent être aménagés en favorisant un éclairage suffisant.
- Le personnel doit être responsabilisé et un référent pour la gestion du stock dans l'unité doit être nommé.
- Le retour des médicaments à la pharmacie concerne :
  - les médicaments délivrés nominativement non administrés,
  - les médicaments de la dotation en surstock par rapport aux quantités définies,
  - les médicaments périmés. *NB : dans certains établissement, les médicaments des dotations pour besoins urgents sont tracés et éliminé par le service de soins*,
  - les médicaments personnels du patient non remis à sa sortie.

❹❺ Aménager le rangement

- les procédures de stockage dans les unités doivent être standardisées et harmonisées ;
- les risques de confusion liés à la ressemblance des noms et des emballages doivent être pris en compte ;
- chaque casier doit être adapté à la dotation et contenir un seul médicament et un seul dosage ;
- le nombre de concentrations disponibles pour un même produit doit être standardisé et limité ;
- les médicaments à risques doivent être identifiés ;
- les bonnes conditions de conservation (lumière, température, etc.) doivent être garanties.

Système plein/vide

Principe

Chaque casier contient un volume estimé suffisant pour un cycle de réapprovisionnement (par exemple une semaine). L'un des casiers est muni d'une étiquette à code-barres. Quand le casier est vide, le personnel place l'étiquette sur un rail prévu à cet effet. Pendant la durée nécessaire au réapprovisionnement, le contenu du second casier est utilisé. Les étiquettes placées sur les rails commandes sont scannées périodiquement à l'aide d'un lecteur optique.

Intérêts

- Diminution du stock
- Diminution des erreurs de commande
- Meilleure rotation du stock
- Diminution des périmés, etc.

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

La rencontre avec la gouvernance de l'établissement permettra à l'EV d'appréhender si 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 (CTM).

La rencontre avec les professionnels (pharmacien, médecin…) permettra à l'EV d'appréhender :

- pourquoi et comment ont été retenus les secteurs, les situations ou les profils de patients pour lesquels l'établissement développe la conciliation des traitements médicamenteux ;
- le niveau de développement de la conciliation médicamenteuse de l'établissement ;
- les critères de priorisation pris en compte ;
- le niveau d'intégration de la conciliation au sein des équipes ;
- le type de CTM mis en place (conciliation proactive ou rétroactive).

Pour pouvoir considérer que l'établissement met en œuvre de la conciliation médicamenteuse des traitements conformément aux Bonnes Pratiques, **vous devrez retrouver** :

- **au moins 3 sources d'informations** parmi : patient, prescriptions, Dossier Pharmaceutique, officine, médecin traitant, IDE libérale ;
- les **4 étapes de CTM avec réalité de l'échange médico-pharmaceutique** (cf. Zoom suivant) ;
- la **traçabilité des 4 étapes de la CTM dans le dossier patient**.

6. La conciliation des traitements médicamenteux

Les 4 étapes de la conciliation des traitements médicamenteux et leur traçabilité

1. **Le recueil de l'information**
2. **La rédaction du bilan médicamenteux**
3. **La validation du bilan médicamenteux**
4. **Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux**

Définition

La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle pres-cription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient.

Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle.

Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. L'enjeu de la conciliation médicamenteuse est de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins.

La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) vise à prévenir un risque de survenue d'erreur médicamenteuse (EM) grâce à un partage efficace des informations complètes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition, au sein ou entre les établissements de santé, les structures médico-sociales et la ville.

La conciliation est **dite proactive** lorsque le bilan médicamenteux est établi **AVANT** rédaction de la 1re ordonnance à l'admission - **méthode de prévention** des erreurs médicamenteuses.

La conciliation est **dite rétroactive** lorsque le bilan médicamenteux est établi **APRÈS** rédaction de la 1re ordonnance à l'admission - **méthode d'interception** des erreurs médicamenteuses.

La CTM n'est pas :

- **de l'analyse pharmaceutique ;**
- **de la révision globale des traitements ;**
- **de l'éducation thérapeutique du patient ;**
- **RMM, REMED, CREX…**

Zoom sur les 4 étapes de la conciliation des traitements médicamenteux et leur traçabilité

Les 4 étapes de la CTM et leur traçabilité

Quelle que soit l'étape du parcours de soins du patient (admission, transfert, sortie), 4 étapes de réalisation doivent être définies et assorties des outils ad hoc.

Étape N°1 - Le recueil d'information : il est réalisable par tout professionnel de santé ; c'est l'étape clé du succès de la conciliation des traitements médicamenteux.

- **Au moins 3 sources d'information** : patient, prescriptions, DP, officine, sont nécessaires pour parler de CTM.
- La **traçabilité** de cette **étape N°1** est réalisée sur une **fiche de recueil des médicaments par source d'information/fiche de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission**.

Étape N° 2 - La rédaction du bilan médicamenteux (BM) et toutes les informations sont croisées et synthétisées et aboutissent à l'élaboration du bilan médicamenteux.

- **Le bilan médicamenteux** n'est ni une prescription, ni une ordonnance. Il établit la liste habituelle exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou le spécialiste, ou qu'ils soient pris en automédication.
- La validation du bilan médicamenteux est réalisée par le pharmacien expert en produits de santé.
- La **traçabilité** de cette **étape N°2** est réalisée sur un **support** dans lequel figure le **résultat de la comparaison du bilan à la prescription**.

Étape N°3 - La validation du bilan médicamenteux

- La validation du bilan médicamenteux est réalisée par le pharmacien expert en produits de santé.
- La **traçabilité** de cette **étape N°3** est réalisée sur la **fiche de conciliation** des traitements médicamenteux.

Étape N°4 - Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux

- Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux concernent l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient.
- Pour optimiser la prescription, l'échange collaboratif se fait nécessairement entre pharmacien et médecin : il induit une éventuelle révision des médicaments du patient par le prescripteur et en conséquence une nouvelle prescription.
- La prise en compte par le prescripteur doit être tracée sur la **fiche de conciliation des traitements médicamenteux.**
- **L'information du patient sur les changements de ses médicaments doit lui être délivrée**. Elle est réalisée par le médecin, le pharmacien, la sage-femme, ou l'infirmière.
- La traçabilité est retrouvée dans une **fiche d'information patient**.
- À la sortie, on compare le bilan médicamenteux à l'admission avec l'ordonnance de sortie + le courrier provisoire de sortie + la dernière ordonnance du service + dossier patient pour avoir la complétude globale.

Selon le type de conciliation :

- La CTM est réalisable selon le moment déterminé d'un parcours de soins au cours duquel le patient passe d'un lieu/système à un autre induisant un changement de responsabilité dans sa prise en charge.
- Ce moment déterminé est appelé : point de transition.

3 points de transition sont identifiés :

- Admission du patient correspond à son entrée dans l'établissement.
- Transfert du patient est le passage d'une unité ou d'un service de soins à un(e) autre, d'un praticien libéral à un autre ou d'un établissement vers un autre établissement sanitaire ou médico-social.
- Sortie du patient correspond à son retour à domicile.

Le document correspondant à une fiche de conciliation des traitements médicamenteux à la sortie = le **volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie**.

Le volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie permet de tracer sur un même document l'ensemble des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation et à prendre après son hospitalisation.

Il détaille :

- le bilan médicamenteux pour les établissements de santé réalisant une démarche de conciliation des traitements médicamenteux ;
- le traitement du patient avant son hospitalisation pour les établissements de santé qui ne réaliseraient pas cette démarche.

Dans les deux cas, le volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie permet de tracer le devenir de ce traitement et in fine le traitement de sortie d'hospitalisation prescrit.

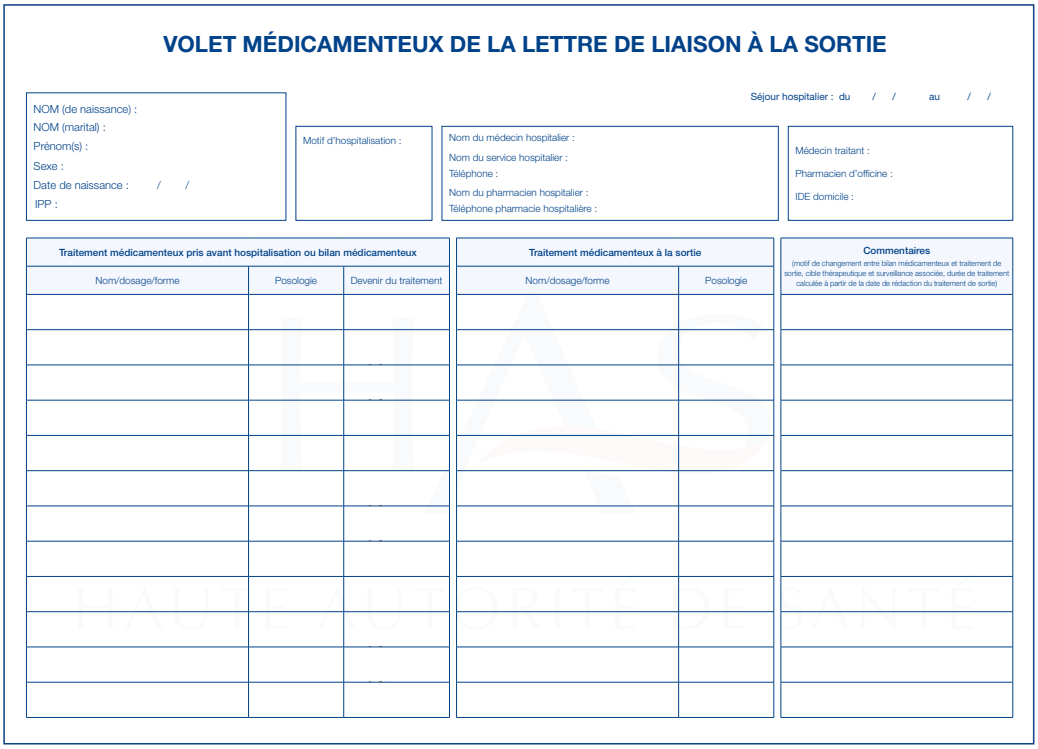
Des commentaires explicatifs doivent être associés. Ce document doit être joint à la lettre de liaison à la sortie. Il est accompagné des consignes de remplissage.

Si conciliation proactive :

- Le bilan médicamenteux est établi **AVANT** qu'il y ait une prescription.
- Le bilan communiqué au prescripteur doit être pris en compte lors de la rédaction de l'ordonnance autant que de besoin.
- Les changements décidés sont documentés.
- La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux doit être réalisée.

Si conciliation rétroactive :

- Le bilan médicamenteux est établi **APRÈS** la rédaction de la prescription.
- Le bilan sera comparé à la prescription en cours.
- Les éventuelles divergences repérées seront communiquées au prescripteur. Il les prendra en compte lors de la rédaction d'une nouvelle ordonnance autant que de besoin.
- Les changements décidés sont documentés.
- La traçabilité de la part du prescripteur de la prise en compte du bilan médicamenteux est réalisée.



VOLET MÉDICAMENTEUX DE LA LETTRE DE LIAISON À LA SORTIE

Séjour hospitalier : du / / au / /

NOM (de naissance) :
NOM (marital) :
Prénom(s) :
Sexe :
Date de naissance : / /
IPP :

Motif d'hospitalisation :

Nom du médecin hospitalier :
Nom du service hospitalier :
Téléphone :
Nom du pharmacien hospitalier :
Téléphone pharmacie hospitalière :

Médecin traitant :
Pharmacien d'officine :
IDE domicile :

Traitement médicamenteux pris avant hospitalisation ou bilan médicamenteux			Traitement médicamenteux à la sortie		Commentaires (motif de changement entre bilan médicamenteux et traitement de sortie, cible thérapeutique et surveillance associée, durée de traitement calculée à partir de la date de rédaction du traitement de sortie)
Nom/dosage/forme	Posologie	Devenir du traitement	Nom/dosage/forme	Posologie	

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Vous vous assurerez de l'identification par l'établissement de la liste de ses médicaments à risques.

point de vigilance : 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**.

Vous rechercherez si l'établissement à :

- identifié ses médicaments à risques ;
- mis en place de **barrières de sécurité** pour **prévenir** les erreurs.

7. Les médicaments à risques

- **Identification des médicaments à risques**
- **Sécurisation des médicaments à risques**
- **Les *Never Events***

Définition - Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

Les **Médicaments à risques** sont :

- des médicaments **requérant une sécurisation** de la **prescription**, de la **dispensation**, de la **détention**, du **stockage**, de l'**administration** et un **suivi thérapeutique approprié** ;
- fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient (exemples : anticoagulants, antiarythmiques, agonistes adrénergiques IV, digitaliques IV, insuline, anticancéreux, solutions d'électrolytes concentrées...). ;
- il s'agit le plus souvent de médicaments à marge thérapeutique étroite.

Les erreurs d'utilisation des médicaments à risque ne sont pas forcément plus fréquentes mais elles ont des conséquences plus graves pour le patient.

La sécurisation de l'utilisation des médicaments à risque obéit à 3 objectifs :

- **prévenir**, **détecter les erreurs** ;
- **atténuer** les conséquences ;
- **informer et sensibiliser** les patients, familles et professionnels de santé sur les risques liés à ces produits dans les établissements de santé.

Zoom sur l'identification des médicaments à risques

- Un état des lieux des produits à risque doit être réalisé dans les différents secteurs ; l'objectif est de limiter leur accès.
- Une liste spécifique des médicaments à risques de chaque unité/secteur/pole doit être identifiée, connue des professionnels et consultable
- La liste des médicaments à risque doit être élaborée en concertation avec tous les professionnels
- La liste des médicaments à risque doit être régulièrement révisée et adaptée
- La formation des professionnels sur ces médicaments à risques doit être réalisée et régulièrement renouvelée.

4 familles de médicaments identifiés comme les médicaments les plus à risque (source : *Institute for Healthcare Improvement [IHI]*)

1. les anticoagulants ;
2. les narcotiques et opiacés ;
3. les insulines ;
4. les sédatifs.

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 : unidose 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

Du point de vue de l'évaluation des pratiques sur la prise en charge médicamenteuse, **vous devrez vous assurer** :

- de l'implication de tous les acteurs sur les évaluations du circuit et le lien indissociable avec l'équipe qualité de l'établissement ;
- que des évaluations sont mises en œuvre sur les étapes clés du circuit du médicament, quel que soit le mode d'évaluation (Suivi du CAQES, suivi des IQSS, audits, évaluations de pertinence, autodiagnostic du circuit du médicament, réunion collective d'analyse des erreurs ;
- que des actions d'amélioration correctives sont réalisées après les évaluations
- que l'amélioration des pratiques est réelle en prenant en compte les spécificités d'organisation de chaque établissement.

8. L'évaluation des pratiques

Évaluation des pratiques de prise en charge médicamenteuse

- **Suivi du CAQES** (Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins)
- **Suivi IQSS**
- **EPP**
- **Autodiagnostic Circuit du médicament**
- **RMM, CREX, REMED**

Exemples d'évaluation à suivre

1. **L'état d'avancement du CAQES**, car fait l'objet d'une évaluation annuelle sur la base d'indicateurs dans une trame de rapport annuel d'évaluation
   - Exemple pour le CAQES 2021 : prévision de suivi de 15 indicateurs régionaux et nationaux centrés sur l'amélioration de la pertinence et de l'efficience des soins.
2. **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 qui doit comprendre le volet médicamenteux du patient (MCO, SSR, Chir ambulatoire).
3. **Mise en place d'EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles)**
   - EPP centrée sur la pertinence : Évaluation sur la pertinence d'une prescription d'antibiotiques entre la 24è et 72è heure.
   - Audit ciblé sur le bon usage des antibiotiques (amélioration de la prescription).
   - Mise en place d'évaluations vis-à-vis de population à risques spécifiques (exemple : EPP sur la prescription médicamenteuse de la personne âgée).
   - Suivi des événements indésirables (EI/EIG) dus aux médicaments.
   - Audit annuel de la prise en charge du médicament.
4. **Réalisation d'autodiagnostic sur la prise en charge du médicament**
   - *« Inter Diag médicament »* : outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients au niveau de l'Unité de Soins.
   - Autres autodiagnostic (exemple : ARCHIMED ; Questionnaire de l'EAHP : https://sat.eahp.eu/fr/home)
5. **Analyse collective des erreurs médicamenteuses**

Analyse collective par l'ensemble des professionnels concernés, dans un cadre strict, des prises en charge défaillantes afin d'analyser et d'identifier les réponses organisationnelles et professionnelles à mettre en œuvre) ; plusieurs formes sont possibles dont :

- Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) ;
- Comité de Retour d'EXpérience (CREX) ; CREX Médicament ;
- Revue des Erreurs liées aux MEdicaments et Dispositifs médicaux associés (REMED).

Pour aller plus loin

Références HAS

- Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en cancérologie, 2019. www.has-sante.fr/jcms/c_2964356/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-cancerologie
- Guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé », 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante
- Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, 2015 www.has-sante.fr/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee
- Guide « Outils sécurisation auto-évaluation administration des médicaments », 2013. www.has-sante.fr/jcms/c_946211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments
- Recommandations professionnelles « Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé », 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_665169/fr/strategie-d-antibiotherapie-et-prevention-des-resistances-bacteriennes-en-etablissement-de-sante

Références légales et réglementaires

- Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023865866
- Article R. 4235-48 du code de la santé publique (CSP) relatif à l'acte de dispensation. www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913703/2004-08-08/

IQSS

- « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO, 2020. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/fiche_descriptive_secteur_mco_qls_2020.pdf
- Volet médicamenteux de la lettre de liaison. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf

Autres

- Caractérisation des antibiotiques considérés comme critiques, ANSM, 2013. www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information
- Liste des *"Never Events "* 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
- Proposition pour des antibiothérapies plus courtes. SPILF, 2017. www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2017-mars.pdf
- Questionnaire d'auto-évaluation de l'EAHP ; *Self Assessment Tool* : https://sat.eahp.eu/fr/home

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2020 – ACCO2_I86_A – maquette : Valérie Combe – 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 spécialisé.
- 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).

• • •

Soins palliatifs : véritable enjeu de santé publique depuis 1999

- Source : DREES, SAE, 2015 :
  - 6 592 lits dédiés de soins palliatifs ;
  - 139 unités de soins palliatifs ;
  - 424 équipes mobiles de soins palliatifs.
- 352 associations de bénévoles en soins palliatifs (SFAP-2017).

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Mettre à disposition des recommandations de bonnes pratiques (3.7-01).
- Former les professionnels (3.4-03).

Actions

- Anticiper ou soulager rapidement la douleur du patient (1.2-08).
- Argumenter la pertinence des décisions de prise en charge (2.1-01).
- Appeler si besoin un réseau d'équipes de recours ou d'expertise (2.2-09).
- Faire valoir la décision du patient d'accéder aux soins palliatifs (1.1-15).
- Mettre en œuvre une démarche palliative pluridisciplinaire pluriprofessionnelle et coordonnée (2.2-19).
- Impliquer les proches et/ou aidants dans la mise en œuvre projet de soins et faciliter leur présence en dehors des heures de visite (1.3-01 , 1.3-03).
- Appeler si besoin un réseau d'équipes de recours ou d'expertise (2.2-09).

Évaluation

- Mettre en place des plans d'actions d'amélioration après analyse de résultat clinique (2.4-01).
- IQSS (2.4-02, 2.4-03 , 3.2-01, 3.7-03).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

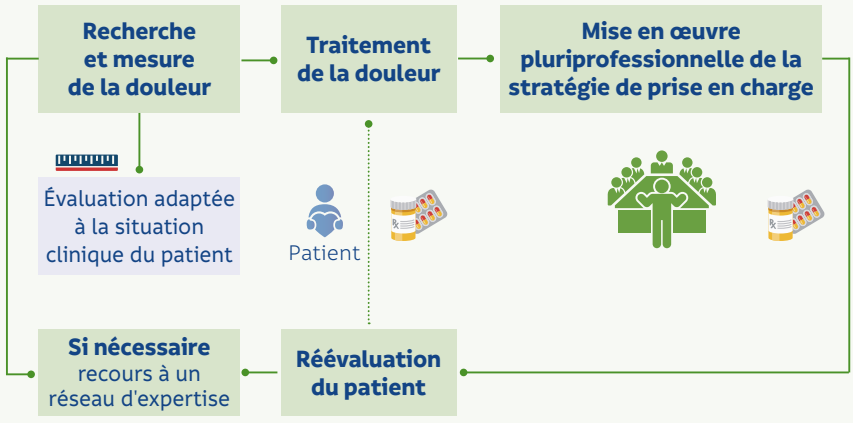
Experts-visiteurs

Vous vérifierez auprès du patient et des professionnels que la recherche et la mesure de la douleur ont bien été réalisées en utilisant des outils adaptés à la situation du patient, que les équipes de soins ont recherché la cause de la douleur afin que soit mis en place le traitement approprié et la mise en œuvre réalisée de manière pluriprofessionnelle.

Vous regarderez si la douleur a ensuite été réévaluée et tracée dans le dossier du patient.

Vous vous assurez également si c'est nécessaire, que l'équipe soignante a pu avoir recours à un réseau d'expertise ou à un avis spécialisé. • • •

1. Les mesures à mettre en œuvre dans la prise en charge de la douleur



Zoom sur les mesures à mettre en œuvre dans le cadre de la douleur

La douleur doit être recherchée systématiquement plus particulièrement lors d'une admission et être mesurée à l'aide d'une échelle validée. **Une attention particulière est à apporter au patient en situation de handicap ou de vulnérabilité**, particulièrement sur les modalités d'évaluation. L'implication de la famille dans la recherche d'épisodes douloureux est également possible.

Le traitement de la douleur peut être réalisé par des moyens non médicamenteux (hypnose, sophrologie, acupuncture, ...) ou médicamenteux. Les professionnels s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques ou protocoles présents dans la gestion électronique documentaire de l'établissement. Ces documents sont rédigés et validés par le CLUD ou peuvent provenir des recommandations nationales validées.

La stratégie de prise en charge est réalisée en équipe pluriprofessionnelle pluridisciplinaire en associant le patient.

La douleur doit être réévaluée suite à un changement de l'état clinique du patient, ou suite à la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge avec une recherche des effets indésirables du traitement. La réévaluation doit être réalisée avec le patient et ce jusqu'à disparition complète et durable de la douleur. Les résultats de la réévaluation permettent le cas échéant, d'adapter les modalités de prise en charge du patient.

Dans le dossier du patient doit être tracé :

- l'évaluation de la douleur, l'échelle utilisée et le niveau de douleur ;
- la conduite à tenir ;
- le protocole de prescription d'antalgique « si besoin »
- la réévaluation suite à un traitement ;
- les transmissions ciblées sur la douleur ;
- la prescription du « si besoin » signée par le médecin et précisant le niveau de douleur qui déclenche l'administration.

Vous vous assurerez au cours de votre visite :

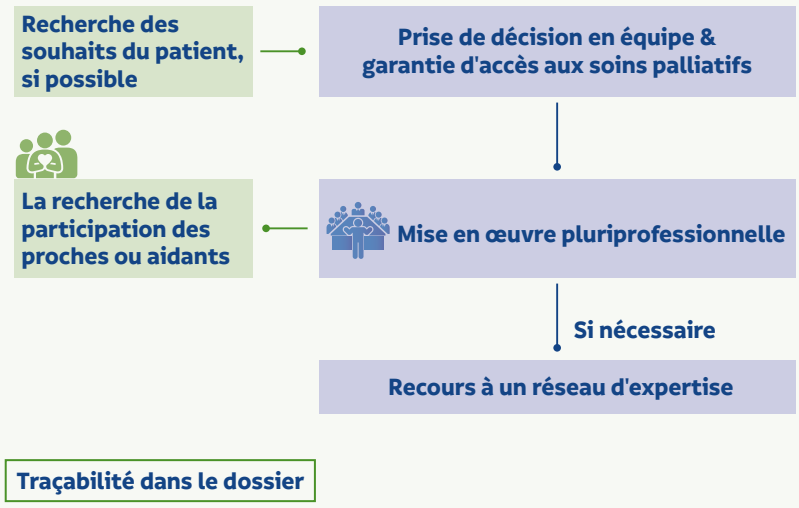
- que le patient a eu la possibilité d'exprimer ou de faire valoir ses volontés d'accès aux soins palliatifs et que celles-ci ont été recueillies et prises en compte ;
- que la prise de décision et l'élaboration d'un projet de soins ont été définis en concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle

Vous évaluerez également dans quelle mesure l'implication des proches et ou aidants a été recherchée afin de faciliter la prise en charge et améliorer le vécu du patient face à des situations difficiles.

Enfin, **vous interrogerez** l'équipe soignante ou le patient et ses proches, sur la possibilité qui leur est donnée d'avoir recours à un réseau d'expertise ou à un avis spécialisé.

Toutes ces étapes doivent être tracées dans le dossier du patient.

2. Ce que vous aurez à évaluer dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs



Zoom sur les soins palliatifs

Le patient exprime ses volontés d'accéder aux soins palliatifs, à défaut le témoignage de celui-ci est recueilli au regard des directives anticipées ou auprès de la personne de confiance. Ses souhaits sont systématiquement recherchés par l'équipe soignante. Les directives anticipées doivent être dûment remplies et signées par le patient.

Des fiches d'aide à la décision peuvent être utilisées telles que « Pallia 10 » ou « Fiche LATA ». Elles permettent une prise de décision d'arrêt ou de limitation des traitements curatifs et garantissent un accès aux soins palliatifs aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale.

La mise en œuvre d'une démarche palliative doit être pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée. Le projet de soins doit être élaboré de la façon la plus adaptée, avec une priorisation et une coordination des interventions. Cette approche est construite en cohérence avec les volontés exprimées par le patient, notamment dans ses directives anticipées, et nécessite l'élaboration d'un projet de soins défini avec toute l'équipe de soins incluant les professionnels de soins de support. Elle tire profit de la collaboration avec une équipe mobile, un réseau ou une unité de soins palliatifs. Il doit exister une réflexion éthique sur le juste soin (obstination déraisonnable).

L'implication des proches et/ou aidants est fondamentale dans la mise en œuvre du projet de soins, leur connaissance du patient permet une meilleure adaptation de la prise en charge. Leur présence est recherchée et facilitée par les équipes, y compris en dehors des heures de visite. (une mise à disposition de lit d'appoint, la possibilité d'apporter des repas extérieurs…). Dans certaines situations (la pédiatrie, les personnes en situation de handicap, …), et à leur demande les proches et/ou aidants peuvent participer aux actes de soins.. Une proposition d'accompagnement par l'équipe mobile de soins palliatifs, ou psychologue clinicien peut être proposée à la famille.

En cas d'accompagnement les soignants ont recours à une équipe d'expertise. La demande peut être faite par le médecin, le cadre, les équipes soignantes ou le patient et ses proches, selon l'organisation définie. Les coordonnées de l'équipe mobile sont connues par les soignants. Les modalités d'intervention sont présentées dans un document destiné aux soignants ainsi qu'aux patients et à leur famille.

L'intervention de l'équipe mobile aide et valide la prise en charge et le projet de soins en concertation avec l'équipes de soins. Les décisions sont tracées dans le dossier.

Le réseau d'équipes de recours est aussi là pour le soutien du personnel soignant confronté à la fin de vie.

Le recours aux avis spécialisés soins palliatifs peut se faire avec les outils de la télémédecine lorsqu'ils sont déployés sur le site.

Dans le dossier du patient doit être tracé :

- la décision issue de la procédure collégiale de prise en charge palliative ;
- le recours à une équipe mobile de soins palliatifs ;
- la prescription anticipée de la phase agonique ;
- l'annonce de la prise en charge de soins palliatifs à la famille et la proposition d'accompagnement spécifique ;
- le transfert en unité de soins palliatifs, ou au domicile du patient suivant son état de sante et ses volontés.

Pour aller plus loin

Douleur

Référence HAS

- Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternatives à la codéine, 2016.
- Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient, 2009.
  www.has-sante.fr/jcms/c_732257/fr/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient
- Douleur chronique : les aspects organisationnels : le point de vue des structures spécialisées, 2009.
- Douleur post-opératoire, 2006.
- Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale, 2005.
- Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, 2000.
- Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques, 2019

Textes de Loi

- Articles du code de la santé publique relatifs aux droits de la personne (Art. L. 1110-5-3 et L. 1112-4).
- Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n°2002-303 du 4 mars 2002).
- Loi relative à la politique de santé publique (N°2004-806 du 9 août 2004.)
- Circulaire relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002- 2005 dans les établissements de santé (DHOS/E2 n°2002-266 du 30 avril 2002).
- Circulaire relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales (DGS/DH/DAS N°99/84 du 11/02/99).
- Articles du code de la santé publique relatifs à la télémédecine (Art. L.6316-1, R.6316-2, R.6316-3 et R.6316-4).

Soins palliatifs

Référence HAS

- Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie, 2016.
  www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf
  www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf
- Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, Principes généraux, 2012.
  www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
- Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie, 2020.
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile, 2017.
- Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpad, 2017.
- Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs, 2016.
- Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, 2004.
- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, 2002.

Code de la Santé Publique

- Articles relatifs aux devoirs envers les patients (Art. R4127-37, R4127-37-1, R4127-37-2 & R4127-37-3).
- Articles relatifs aux droits des malades et qualité du système de santé (Art. L.1110-5-1, L.1110-9, L.1110-10 et L.1112-4).
- Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
- Charte de la personne hospitalisée :
  https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2020 – ACCO2_I88_A – maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de l'activité Greffe par prélèvement d'organes et de tissus sur donneur décédé

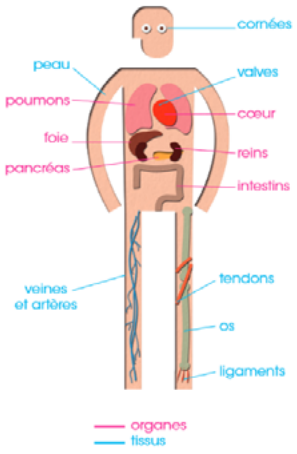
selon le référentiel de certification

- Le référentiel de certification couvre l'évaluation de toutes les activités de greffe et de prélèvements (organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques), incluant leur traitement et leur conservation.
- Ces activités sont encadrées par l'agence de la biomédecine (ABM).

Seule l'activité de greffe par prélèvement d'organes et de tissus sur donneur décédé est développée dans cette fiche technique.

→ L'acte de prélèvement ne peut être effectué que dans des établissements autorisés et soumis aux règles de bonnes pratiques correspondantes.

→ Cependant, tous les établissements de santé, autorisés ou non, participent à l'activité de recensement et de prélèvements d'organes en s'intégrant dans des réseaux de prélèvement.



Les trois types de donneurs décédés

DDME	DDAC-MII	DDAC-MIII
Les **Donneurs Décédés en Mort Encéphalique** Assistés par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique (cœur battant) jusqu'au prélèvement	Les **Donneurs Décédés** après **Arrêt Circulatoire** de la **catégorie 2 de la classification de Maastricht** Victimes d'un arrêt cardiaque non prévu avec une réanimation cardio-pulmonaire infructueuse	Les **Donneurs Décédés** après **Arrêt Circulatoire** de la **catégorie 3 de la classification de Maastricht** Arrêt cardiaque survenu après un arrêt volontaire des thérapeutiques actives en réanimation

Dans ces 2 cas, l'activité circulatoire est assurée par une circulation régionale normothermique jusqu'au moment du clampage pour préserver la fonction des organes

Enjeux nationaux

- Contribution à la qualité des soins.
- Patient partenaire des professionnels de santé pour sa prise en soins individuelle :
  - information des usagers ;
  - participation au projet individuel de soins.
- expression sur son retour d'expérience.
- Patient partenaire des structures de soins à l'échelon collectif :
  - recueil de son expression ;
  - appui sur son expertise ;
  - recherche de sa contribution.
- Implication des RU et des associations de patients au sein de l'établissement :
  - respect des droits ;
  - contribution aux démarches d'amélioration de qualité et sécurité des soins.

Principales données actuelles

- Un écart majeur entre les besoins et l'offre :
  - 26 116 candidats à la greffe en 2019 ;
  - 5 805 greffes d'organes réalisées.
- Pour le rein :
  - 19 625 en attente d'une greffe de rein ;
  - 3 567 greffes de rein.
- Taux d'opposition de 30 %.
- Baisse du recensement/prélèvement des donneurs en mort encéphalique.
- Augmentation des donneurs décédés après arrêt circulatoire (DDAC) de la catégorie 3 de la classification de Maastricht.
- En moyenne, 3 organes prélevés par donneur.
- 23,6% d'augmentation des besoins en 5 ans (importation de cornées).

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Mobiliser les ressources utiles à la promotion du don d'organes et de tissus (3.3-03, 3.2-11).

Actions

- Recenser les donneurs d'organes et de tissus (2.1-01, 3.1-06).
- S'assurer du consentement au don d'organes et de tissus (1.3-01).
- Donner la priorité au donneur et à ses proches (1.1-03, 1.2-05, 2.2-06, 2.2-09, 2.2-10, 2.3-01, 2.3-02, 2.4-08).

Évaluation

- Évaluer et mettre en œuvre un plan d'actions d'amélioration (2.4-09).

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

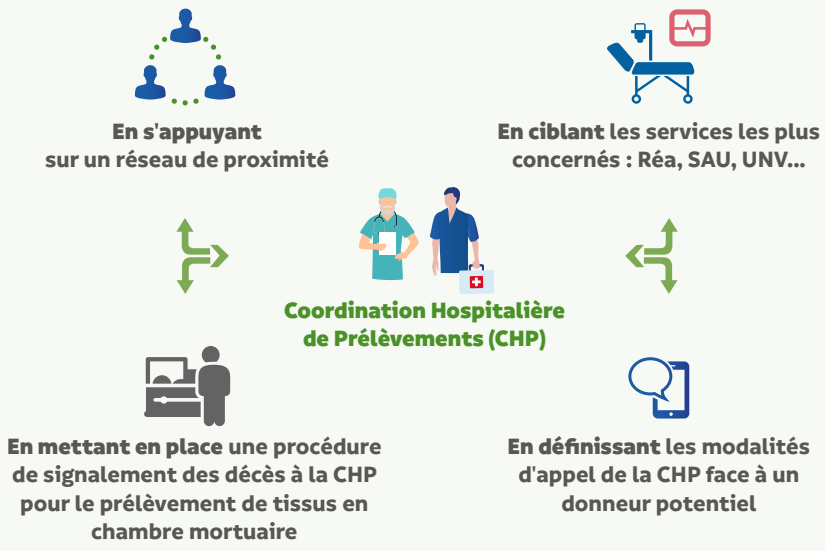
Experts-visiteurs

Dans les établissements autorisés, la coordination hospitalière de prélèvement a pour rôle d'organiser les activités de prélèvement d'organes et de tissus en vue de greffes.

Pour ce faire, elle coordonne l'action des professionnels de santé impliqués dans les prélèvements.

Vous devrez vous assurer que la CHP peut être prévenue 24 heures/24 pour recenser tous les donneurs potentiels.

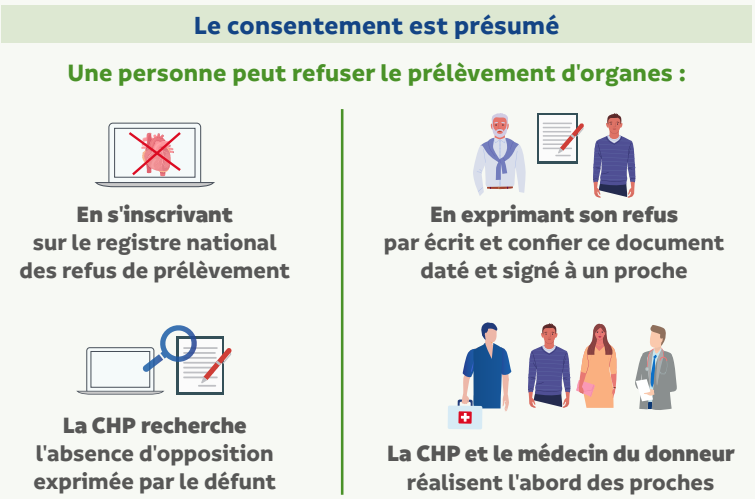
1. Recenser les donneurs d'organes et de tissus



En matière de don d'organes et de tissus, le consentement est présumé.

Vous vous assurez donc que l'équipe de coordination hospitalière vérifie que le défunt n'avait pas fait valoir d'opposition au don en consultant le registre national des refus et, si le défunt n'y est pas inscrit, en s'entretenant avec les proches auprès desquels le défunt a pu faire savoir, de son vivant, qu'il y était opposé. Si c'est le cas, aucun prélèvement n'est envisagé.

2. S'assurer du consentement au don d'organes et de tissus



Dans le cadre d'un prélèvement de type DDAC M3, **vous vous assurerez** que les professionnels respectent le principe d'étanchéité entre l'arrêt des thérapeutiques et le don d'organes. C'est-à-dire, le fait qu'un patient soit un donneur potentiel ne soit pas pris en considération pour la décision d'arrêt des thérapeutiques.

Dès lors que le prélèvement est décidé, **vous vous assurerez** que les analyses de laboratoire et des examens d'imagerie sont faits en priorité pour évaluer la qualité des organes et des tissus et trouver les receveurs compatibles. Puis, que l'acte chirurgical de prélèvement bénéficie de la priorité réservée aux urgences.

Enfin, **vous vous assurez** que les équipes permettent la présence des proches du donneur de la décision d'arrêt des traitements jusqu'à la restitution du corps.

3. Donner la priorité au donneur et à ses proches

- **Dans le cadre d'un prélèvement de donneur type DDAC M3, le fait que le patient soit un donneur potentiel ne doit pas peser dans la décision d'arrêt des thérapeutiques**
- **Les équipes de biologie, d'imagerie et des secteurs interventionnels doivent faire bénéficier le donneur de la priorité dédiée aux urgences**
- **Les équipes doivent assurer l'anonymat du donneur**
- **La présence des proches doit être favorisée, avant et après le prélèvement, auprès du donneur**
- **Il existe dans l'établissement un lieu de mémoire destiné à la reconnaissance aux donneurs**

Les établissements autorisés au prélèvement bénéficient d'allocations forfaitaires calculées en fonction du nombre de donneurs recensés. Ainsi, **vous vous assurerez** que les ressources effectivement mobilisées par l'établissement sont en cohérence avec les ressources allouées, et qu'elles permettent d'assurer la permanence des soins nécessaire à la continuité de l'activité de prélèvement.

Pour évaluer les pratiques professionnelles et ainsi améliorer l'accès à la greffe d'organes, **vous vous assurerez également** que la CHP pilote la mise en œuvre de « Cristal action » pour évaluer la prise en charge du recensement au prélèvement, comparer les pratiques aux recommandations, objectiver des améliorations et suivre l'efficacité des actions engagées.

4. Mobiliser les ressources utiles à la promotion du don d'organes et de tissus

- **Les règles de la permanence des soins nécessaire à l'activité sont mises en œuvre**
- **La gouvernance assure le financement de l'activité de prélèvement en regard des forfaits alloués**
- **L'établissement a nommé un correspondant local de biovigilance et un suppléant**
- **La CHP évalue des indicateurs issus de Cristal Action et pilote un programme d'actions transmis à l'ABM**
- **Les équipes doivent pouvoir consulter des experts, sur place ou à distance, notamment par télétransmission**

Pour aller plus loin

Références documentaires HAS

- Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique, 2017.

Références légales et réglementaires

- Arrêté du 29 octobre 2015 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalités thérapeutiques sur personne décédée.
- Décret n°2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès.
- Arrêté du 16 août 2016 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et de tissus.
- Recommandations pour la pratique professionnelle - Prise en charge des patients en vue d'un prélèvement d'organes 2019.
- Décision du 7 février 2020 définissant les règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement de tissus et de cellules du corps humain sur une personne vivante ou décédée, en vue d'une utilisation thérapeutique.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2020– ACC02_I101_B– maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la précarité sociale
selon le référentiel de certification

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives

Enjeux nationaux

- Favoriser et faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.
- Développer la prévention en simplifiant les parcours de soins et les démarches administratives.

Principales données actuelles*

- Quelques chiffres clés 2019 :
  - 5 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté ;
  - 1,7 millions de personnes percevant le RSA.
- Dispositifs d'accès aux soins des plus démunis :
  - 1998 : PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ;
  - 1999 : CMU (Couverture Maladie Universelle) + AME (Aide Médicale d'État) ;
  - 2000 : CMUc (CMU - Complémentaire) ;
  - 2016 : PUMA (Protection Universelle Maladie) remplace la CMU ;
  - 2019 : CSS (Complémentaire Santé Solidaire) remplace la CMUc et l'ACS (Aide Complémentaire Santé).

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Développer en lien avec le territoire une offre et un parcours de soins pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (3.1-01, 3.2-08).

Actions

- Mettre en place des actions pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (1.1-05, 1.4-01, 1.4-06, 2.2-06).

---

* L'accès aux soins et le droit à la santé, CNFPT, mai 2018.
Stratégie nationale de santé 2018-2022.
Observatoire des inégalités 2019.
Santé publique et système de santé, transitions et transformations, EHESP, janvier 2020.

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Vous rechercherez comment l'établissement fait face aux inégalités d'accès aux soins en développant une offre et un parcours de soins de la personne précaire, en lien avec le territoire de santé.

Dans le cadre des parcours, une politique de l'aller-vers est développée par l'établissement.

Un lien est établi avec l'ARS, en particulier pour les permanences d'accès aux soins de santé, les équipes mobiles précarité psychiatrie et tous dispositifs d'accompagnement aux soins sur les territoires fragiles.

Pour l'hébergement des personnes sans logement des partenariats peuvent être développés avec les structures sociales ou médico-sociales offrant un hébergement, un accompagnement social et un accompagnement médical, le cas échéant.

1. La stratégie territoriale de l'établissement pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Vous interrogerez les équipes sur les actions de prévention mises en œuvre pour renforcer les capacités à agir du patient précaire pour sa santé.

Vous évaluerez dans quelle mesure :

- le patient est interrogé par l'équipe sur ses conditions de vie habituelles ;
- son projet de soins est adapté à ses besoins et préférences.

Pour organiser au mieux sa sortie, le patient, s'il le souhaite, peut être orienté vers les parcours proposant des aides sociales adaptées.

2. La mise en place d'actions de prévention et de soins pour prendre en charge le patient en situation de précarité

Actions de prévention en santé :
Bilan de santé, évaluation du statut vaccinal, prévention des addictions, réduction des risques et des dommages.
Pour les actions telles que la pratique hygiène : s'assurer que les conseils délivrés prennent en compte les conditions de vie réelles des patients.

→ **Renforcer la capacité du patient à agir pour sa santé**

Projet de soins adapté à la situation précaire du patient :
- construit de façon pluridisciplinaire avec le patient,
- en partenariat avec l'aval et les services sociaux,
- adapté aux conditions de vie du patient,
- prenant en compte les conditions environnementales et sociales en vue de la sortie.

→ **Permettre des parcours pertinents et adaptés à la situation du patient**

Pour aller plus loin

- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
- Circulaire n°2001/393 du 2 août 2001, d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.
- Circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2020– ACC02_I102_B– maquette : Valérie Combe – HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évaluation de la gestion du *leadership*, des équipes et de la qualité de vie au travail

selon le référentiel de certification

Le *leadership*

- « Le *leadership* est le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes **pour atteindre un objectif commun** ». Peter G. *Northouse, Leadership – Theory and practice*
- C'est un mécanisme de fonctionnement du groupe. On ne parle pas tant du leader que de ce qui se passe au sein d'un groupe.

L'équipe

- Pour la Haute Autorité de Santé, « l'équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin ».
- L'équipe est le meilleur « angle d'attaque » pour décliner sur le terrain la politique qualité-sécurité des soins de l'établissement.

La qualité de vie au travail (QVT)

- « La démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail regroupe toutes les actions permettant d'améliorer les conditions d'exercice du travail résultant notamment des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, favorisant ainsi le sens donné à celui-ci, donc d'accroître la performance collective de l'entreprise et sa compétitivité, par l'engagement de chacun de ses acteurs.
- Autrement dit, la QVT désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment. »
- Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail »

Enjeux nationaux

- Mettre en place des méthodes de management favorables à la QVT, et notamment renforcer l'écoute et le sens donné au travail.
- Développer, soutenir le travail en équipe et valoriser l'engagement, l'expression et l'initiative des équipes médicales et soignantes.
- Accompagner les professionnels dans l'évolution des organisations afin d'améliorer la qualité de vie au travail en recourant à des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe.
- Améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, y compris leur sécurité d'exercice.

• • •

Principales données actuelles

- 6,2 événements indésirables graves (EIG) liés aux soins surviennent pour 1 000 journées d'hospitalisation[1].
- 1/3 de ces EIG est évitable[1].
- Les facteurs liés à l'équipe sont retrouvés dans 47 % des événements indésirables associé aux soins (EIAS).
- Parmi les EIAS imputables à l'équipe 66 % relèvent d'un défaut de communication[2].

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Impulsion et soutien du travail en équipe (3.4-01).
- Impulsion et soutien d'une démarche QVT (3.5-01).

Actions

- Adéquation des ressources aux besoins de l'activité (3.3.03).
- Dispositions transitoires si manque de ressources (3.3.03).
- Formation des responsables au mangement et soutien dans l'exercice de leur fonctions (3.3.04).
- Démarche collective d'amélioration du travail en équipe (3.4-01).
- Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux (3.4-01)
- Mise en œuvre de démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (3.4-02).
- Mise en œuvre de programmes intégrés d'acquisition et de développement des compétences en équipe (3.4-03).
- Dispositif de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail (3.5-01).
- Prévention et gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits (3.5-02).

Évaluation

- Les compétences sont régulièrement évaluées avec les secteurs d'activité (3.4-03).
- Évaluation du programme qualité et de la culture sécurité (3.3-01).
- Diagnostic partagé QVT (3.5-01).

Le *leadership* est indissociable du management dans sa capacité à mobiliser et fédérer les collectifs professionnels autour d'objectifs partagés, dont celui prioritaire, de la qualité et de la sécurité des soins. Le management doit donc faire preuve de leadership mais doit aussi créer les conditions d'un leadership plus largement partagé.

Le *leadership* doit se retrouver à tous les niveaux de l'établissement et agir au niveau de l'équipe, c'est-à-dire au plus près du terrain, là où les actions se mettent en œuvre.

La reconnaissance et la valorisation des professionnels font partie intégrante du *leadership*.

L'équipe a une fonction essentielle au plan de la qualité et de la sécurité des soins.

- La qualité et la sécurité des soins est très dépendante de la qualité de vie au travail des professionnels et du travail en équipe :
  - une équipe qui mène des démarches d'amélioration du travail en équipe agit très directement et positivement sur la qualité de vie au travail.
- **La qualité de vie au travail** agit très directement sur la qualité et sécurité des soins. « Il fait bon se faire soigner dans un établissement où il fait bon vivre. »

L'articulation de ces 3 thèmes s'est imposée compte-tenu de leurs liens

Ce qui va alimenter la démarche :

- c'est la mobilisation de l'expérience des équipes sur leur travail et son organisation ;
- c'est leur capacité à concevoir et mettre en œuvre des améliorations concrètes.

Celles-ci qui peuvent prendre la forme d'innovations organisationnelles simples mais dont la capacité à agir positivement sur le travail lui-même est réelle.

Le *leadership*, par son soutien concret apporté aux démarches d'amélioration du travail en équipe, de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail, crée les conditions de leur déploiement et de leur pérennisation.

1. Étude ENEIS - 2009.
2. Rapport d'activité HAS 2017-2019 des organismes agréés.

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Le *Leadership* doit se retrouver à tous les niveaux de l'organisation :

- la CME a une fonction d'entrainement, de *leadership*, dans l'embarquement des acteurs dans la qualité sécurité des soins, dans le portage du projet médical, dans le soutien à la formation continue ;
- on doit retrouver du *leadership* au niveau des équipes soignantes, qui doivent notamment porter des projets communs qui favorisent la coordination, le « travailler ensemble ».

Attention à ne pas réduire la notion de *leadership* aux seuls attendus d'une gouvernance ou d'un management, même s'ils y contribuent fortement et doivent y être formés.

Le *leadership* doit se retrouver **partout et à tous les niveaux de l'organisation** :

- **vous aurez à apprécier** concrètement la manière dont la direction, la CME, la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et la direction qualité, ont déterminé et partagé avec les professionnels des objectifs clairs en matière d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Ces objectifs doivent être bâtis et conçus sur la base d'une analyse de l'ensemble des données et des connaissances disponibles : la satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs, les événements indésirables, les revues de pertinence, etc.
- **vous vous assurerez** que ces objectifs sont traduits sur le terrain en actions concrètes, connues des professionnels, et portées par eux ;
- **vous apprécierez** l'implication de la gouvernance dans ces actions ;
- **vous interrogerez** les professionnels sur la conduite de démarche d'évaluation de la culture sécurité des soins par l'établissement (type enquêtes culture sécurité ou toute autre démarche…) ;
- **vous porterez** aussi **un regard particulier** sur la manière dont l'établissement s'assure en continu de la bonne adéquation des compétences et des temps de présence : aux besoins des activités de soins, aux exigences en matière de sécurité et de qualité des soins ;
- enfin **vous regarderez** les actions de formation et d'accompagnement en management, proposées et mises en œuvre.

Zoom sur le pilotage des ressources humaines

La gouvernance s'assure de **l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement** qui ne connaissent pas l'établissement :

- pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources, ponctuelles des **dispositions transitoires** (heures sup, intérim), mode dégradé, réduction d'activité sont mobilisables ;
- les professionnels **remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe** pour accomplir leur activité.

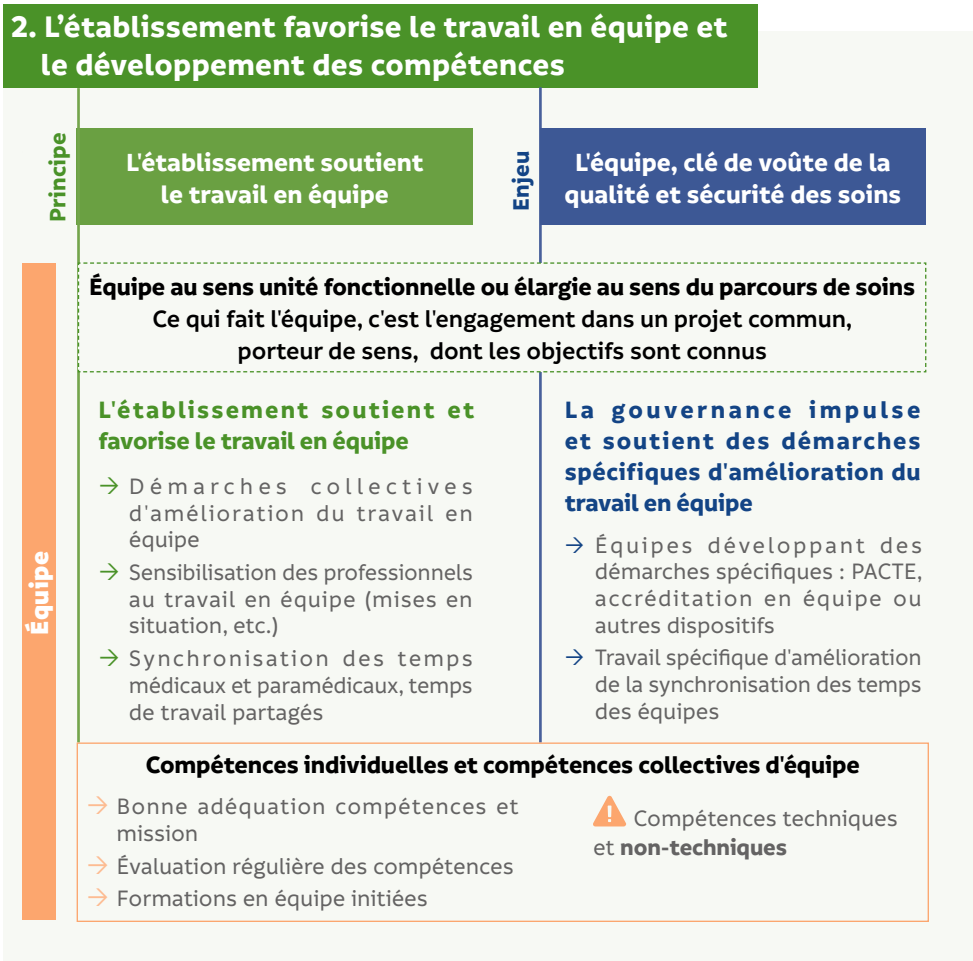
L'équipe est la clé de voûte de la qualité et de la sécurité des soins.

En cas de défaillance, elle est l'une des causes principales de survenue des événements indésirables liés aux soins, à fortiori graves.

À ce titre, elle est le meilleur « angle d'attaque » pour aborder de façon pragmatique et efficace la qualité et sécurité des soins.

Pour ce faire, les compétences individuelles et collectives doivent être maintenues. Ce maintien relève d'une politique de l'établissement.

Il faut considérer l'équipe dans sa dimension d'entité fonctionnelle, mais aussi au sens élargi, notamment dès lors que l'on aborde la prise en soins du patient sous l'angle du parcours.



Ce qui fait équipe, c'est l'engagement dans un projet commun, porteur de sens, dont les objectifs sont connus.

Lors de votre évaluation, **vous apprécierez** de quelle manière l'établissement soutient et favorise le travail en équipe.

À ce titre, **vous vérifierez** :

- que des espaces collectifs et des démarches pour l'amélioration du travail en équipe sont en place ;
- que l'enjeu de la communication entre professionnels est bien pris en compte ;
- et que la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet le travail en équipe et le bon partage de l'information.

Vous apprécierez également :

- si l'établissement s'est engagé plus largement dans des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe, de type PACTE, accréditation en équipe ou tout autre dispositif ; et si un travail propre à la synchronisation des temps des équipes a été mené.

Vous porterez enfin **une attention** sur la manière dont l'établissement pilote en continu l'adéquation des compétences des équipes au regard de leur mission :

- comment il s'assure de la bonne adéquation ;
- et comment il fait dès lors que l'adéquation n'est plus assurée (adaptation de l'activité, renfort, formation, etc…).

Vous apprécierez l'engagement de l'établissement dans le développement des compétences techniques mais aussi non techniques, également fondamentales en matière de sécurité des soins.

Les démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe s'attachent particulièrement aux compétences non techniques : communication, soutien mutuel, l'évaluation des situations et *feed-back*, le *leadership*…

Vous apprécierez que l'établissement a initié et structuré une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Pour ce faire, l'établissement se sera appuyé sur un diagnostic qui émane du terrain et identifie les problématiques en lien avec la qualité de vie au travail.

Ce diagnostic pourra se nourrir du baromètre social, de questionnaires de satisfaction, d'évaluations ou d'enquêtes ciblées, d'analyse d'événements indésirables ou de toute autre source (par exemple : taux d'absentéisme, *turn-over*, expérience des patients, etc.)

Cette démarche est collective, elle implique les représentants du personnel, elle est connue de tous.

Auprès des équipes, **vous vous assurez** de l'existence d'espaces de discussion, d'élaboration collective, centrés sur les questions du travail et de son amélioration.

3. Les professionnels sont impliqués dans une démarche QVT, impulsée par la gouvernance

QVT

Principe : L'établissement initie et soutient une démarche QVT ancrée sur le terrain

Impulsion et soutien de la gouvernance

- → Politique/démarche institutionnelle
- → Démarche fondée sur diagnostic et évaluations partagées
- → Politique/démarche connue de tous

Prévention et des difficultés interpersonnelles et des conflits

- → Dispositif d'écoute et de soutien
- → Implication de l'encadrement
- → Connaissance et mobilisation des dispositifs de médiation

Enjeu : Allier qualité de vie au travail et qualité des soins

Démarche impliquant tous les acteurs et mobilisant l'expérience des professionnels

- → Espaces de discussion sur le travail et son organisation
- → Pouvoir d'agir des professionnels sur l'organisation de leur travail
- → Soutien, confiance faits aux collectifs professionnels
- → Implication des instances représentatives du personnel
- → Suivi et évaluation de la démarche

Principes QVT

- → Subsidiarité/Pouvoir d'agir/Droit à l'erreur/Décloisonnement/ Pluriprofessionnalité

Ces espaces de discussion doivent permettre aux professionnels de :

- faire un diagnostic commun sur ce qui fonctionne et sur ce qui altère la réalisation de leur travail et impacte la qualité et la sécurité des soins ;
- de travailler collectivement à la construction de solutions visant à améliorer leur travail et son organisation ;
- puis de tester ces solutions et de les qualifier si elles sont concluantes.

Cela attestera du pouvoir d'agir professionnels sur leur travail et leur organisation, élément clé d'une démarche qualité de vie au travail.

Vous aurez également à vous assurer qu'une organisation permettant la prévention et la gestion des conflits interpersonnels est en place ; que cette organisation est soutenue par des dispositifs de médiation, connus par les professionnels, mobilisables ; et qu'elle implique l'encadrement.

Zoom sur les principes de la Qualité de Vie au Travail

Le principe de subsidiarité signifie que le pouvoir de décision incombe au niveau hiérarchique compétent le plus proche de ceux qui sont directement concernés par une action. Autrement dit, une décision qui peut être prise au niveau d'un service n'a pas à être prise au niveau du pôle ou de l'établissement. Ce principe repose sur la responsabilité partagée et la confiance. Il permet de réduire les circuits de décision et de validation, rendant plus réactives les organisations.

Pouvoir d'agir des professionnels se traduit par la capacité à proposer des solutions opérationnelles et de participer collectivement à l'organisation du travail au regard des contraintes.

Le droit à l'erreur pose un cadre qui autorise la prise d'initiative, l'autonomie et l'expérimentation, dimensions centrales des modalités opératoires de la qualité de vie au travail.

Le décloisonnement des acteurs installe les conditions pour permettre de prendre des décisions qui respectent le travail de chacun et rendent compatibles les différentes activités.

La pluriprofessionnalité permet de mobiliser les ressources venant des différents corps de métier pour œuvrer pour la qualité de vie au travail. Ce n'est ni le domaine réservé d'une catégorie professionnelle, ni celui d'une direction.

Pour aller plus loin

Références documentaires HAS

- Construire et faire vivre le projet des usagers en établissements de santé, 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2842664
- Implication des représentants des usagers dans la certification, 2015. www.has-sante.fr/jcms/c_2059070
- Comprendre et mesurer, 2019. Enquête culture sécurité, 2018. www.has-sante.fr/jcms/r_1497866
- Rencontres sécurité : une méthode au service du management, 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2887464
- Culture de sécurité : du concept à la pratique, 2010. www.has-sante.fr/jcms/c_1025241
- Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, 2005.
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte, 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2831393
- Gestion des risques en équipe, 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2854104
- *Crew Resource Management* en Santé (CRM Santé), 2018. www.has-sante.fr/jcms/c_2852388
- Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe, 2015. www.has-sante.fr/jcms/c_2587220
- Construire une démarche qualité de vie au travail, 2019. www.has-sante.fr/jcms/c_2786495/fr

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6111-2, L. 6143-7, L. 6144-1 et L. 6161-2-2 du CSP.
- Art. R. 6111-1 à R. 6111-5 du CSP.
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1048 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Circulaire DGOS/PF2 n°2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
- Instruction DGOS/PF2 n° 2012-352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.
- Art. L. 6143-2 et L. 6143-7 du CSP.
- Art. L. 4135-1 du CSP (accréditation en équipe).
- Art. L. 4021-1 du CSP (DPC).
- Art. L. 6143-2-1 du CSP (QVT).

Autres références

- Campagne interrégionale eFORAP 2015.
- Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé n°89, mai 2009.
- Guide d'utilisation « Mesure de la culture de sécurité des soins dans les établissements de santé », 2015.
- Stratégie nationale de santé
- Code de la santé publique normes de personnel articles D. 6124-1 et suivants.
- AETTAPES : outil d'autoévaluation (maturité d'organisation / gestion des effectifs et du temps de travail) – ANAP, 2012.
- Organiser et gérer le temps de travail non médical : guide et outils – ANAP, 2019
- À paraître : Mieux évaluer les besoins en temps médical : guide et outils – ANAP, 2013.
- Évaluer et analyser la performance de la fonction de gestion des ressources humaines : outil d'autoévaluation de la fonction RH – ANAP, 2013.
- C-RH : outil d'autoévaluation de la maturité du SI-RH – ANAP, 2013.
- Fonctions administratives et techniques –kit d'outils – fonction RH – ANAP, 2016.
- Synchronisation des temps médicaux et non médicaux – ANAP, 2017.
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Comprendre l'accréditation des médecins, article HAS.
- Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte. Article HAS – Mis en ligne en mai 2018.
- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent, du 5 décembre 2016, ANACT.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – décembre 2020– ACC02_I108_A – ACC02_I109_A – maquette : Valérie Combe – HAS