

LA CERTIFICATION V2024



POUR TOUS



Les indispensables à
connaître pour la
Certification de
Septembre 2024 !



SOMMAIRE

QU'EST-CE QUE LA CERTIFICATION ?	4
Calendrier des visites de certification SSV/SSBDR/NICE	4
LE NOUVEAU MANUEL DE CERTIFICATION	5
ZOOM sur les 15 objectifs	5
ZOOM sur les différents critères	6
12 critères impératifs en HAD	6
CERTIFICATION : LES DIFFERENTES METHODES D'ÉVALUATION	6
ZOOM les 5 méthodes d'évaluation	7
EVALUATIONS SPECIFIQUES EN HAD : POINTS D'ATTENTION DES EXPERTS-VISITEURS	12
La recherche de l'implication du patient et de ses proches	13
La place des proches/aidants du patient lors d'une HAD	14
La coordination des équipes et continuité des soins	15
La maîtrise des risques en HAD	16
TOUT SAVOIR SUR LES INDICATEURS QUALITE	17
ZOOM Les IQSS : Les 5 indicateurs évalués du dossier patient	18
Suivi des Indicateurs mensuels : Les Tableaux de Bord	19
LA DEMARCHE QUALITE AU SEIN DE L'ASSOCIATION	20
Les différentes instances	21
Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)	22
Programme et Plan d'action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS)	22
EVALUATION DE LA GESTION DES RISQUES ET VIGILANCES	23
Identitovigilance	23
Vigilance Sanitaire	23
Déclaration Identitovigilance	24
Evaluation de la Satisfaction patient	24

QU'EST-CE QUE LA CERTIFICATION ?

- Dispositif d'évaluation externe **obligatoire** depuis 1996.
- Pour **tout établissement** de santé, public ou privé.
- Réalisé **tous les 4 ans** par des professionnels mandatés par la HAS (expert-visiteurs).
- **Avec diffusion publique des résultats.**

4 niveaux de certification



La certification des établissements de santé pour la qualité des soins est désormais simplifiée, ancrée dans **les pratiques des soignants et centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient.**

CALENDRIER DES PROCHAINES VISITES DE CERTIFICATION



Avril 2024



Septembre 2024

Santé et Solidarité des
Bouches-du-Rhône

Santé et Solidarité du Var et
HAD Nice

LE NOUVEAU MANUEL DE CERTIFICATION

3 CHAPITRES

1. Le patient
2. Les équipes de soins
3. L'établissement

15 OBJECTIFS

- Chapitre 1** : 4 objectifs
- Chapitre 2** : 4 objectifs
- Chapitre 3** : 7 objectifs

132 CRITERES

Exigences opérationnelles à satisfaire pour prétendre à la Certification.



ZOOM SUR LES 15 OBJECTIFS

1	Le patient est informé et son implication est recherchée.
2	Le patient est respecté.
3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soin avec l'accord du patient.
4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge.
5	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et partagée avec le patient.
6	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluridisciplinaire tout au long de sa PEC.
7	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques.
8	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle.
9	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire.
10	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement.
11	La gouvernance fait preuve de leadership.
12	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences.
13	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail, impulsé par la gouvernance.
14	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté.
15	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins.

LES DIFFERENTES METHODES D'EVALUATION



Le patient traceur

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

L'évaluateur se fait présenter le patient par son médecin référent ou son représentant, puis il rencontre le patient. Il s'entretient ensuite avec l'équipe assurant la prise en charge du patient.



Le parcours traceur

Évaluation de la continuité et de la coordination de la PEC des patients, du travail en équipe et de la culture de la Qualité et sécurité au cours d'un parcours.

L'évaluateur rencontre les équipes impliquées dans la PEC en s'appuyant sur un dossier « fil rouge ».



Le traceur ciblé

Évaluation de la mise en œuvre d'un processus ciblé. L'évaluation part du terrain pour remonter vers la gouvernance.

Exemple de traceur ciblé en visite : circuit du médicament et des produits de santé, prévention des infections associées aux soins, gestions des EI et transport en intra hospitalier des patients.



L'audit système

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

L'évaluation part de la compréhension du processus jusqu'à la vérification sur le terrain, de sa mise en œuvre réelle par les professionnels.



L'observation

Évaluation des conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

Exemple : respect de la dignité/intimité patient, l'accessibilité des locaux, la maîtrise du risque infectieux, etc.



METHODE DU PATIENT TRACEUR

1



IDENTIFICATION DU PATIENT

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



2

RENCONTRE AVEC LE PATIENT (et/ou les proches)

L'évaluateur :

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

Comment avez-vous :

- délivré l'information au patient ?
- prévenu le risque infectieux, etc. ?



ENTRETIEN AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE

(médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes...)

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

3



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



METHODE DU PARCOURS TRACEUR

1



IDENTIFICATION DU PARCOURS

L'évaluateur choisit le parcours qui sera analysé.

L'arrivée aux urgences ?

La sortie du patient ?

Le transfert au bloc ?

L'hospitalisation en chirurgie ?



RENCONTRE AVEC LES ÉQUIPES

2

L'évaluateur :

- s'appuie sur plusieurs dossiers de patients sortis de l'établissement ayant suivi le parcours identifié ;
- réunit et s'entretient avec les équipes des différents services qui ont pris en charge les patients concernés par le parcours.

3



RÉALISATION DU PARCOURS

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient avec un professionnel.



L'évaluateur ne rencontre pas les patients.



METHODE DU TRACEUR CIBLÉ

1



IDENTIFICATION DE LA CIBLE

L'évaluateur choisit le traceur.
Exemples : un événement indésirable grave, une prescription médicamenteuse, un transport en brancard, une transfusion, etc.



SUIVI DU CIRCUIT DU TRACEUR CIBLÉ :

L'évaluateur reconstitue le circuit et à chaque phase :

- s'entretient avec les professionnels impliqués ;
- observe les pratiques ;
- consulte la documentation.

2

EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

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



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



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



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



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



METHODE DE L'AUDIT SYSTEME



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

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

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

1



CONSULTATION DOCUMENTAIRE

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

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

2



RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

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

3



RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

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

4



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



METHODE D'OBSERVATION



RÉALISATION DES OBSERVATIONS

La méthode d'observation est :

- mise en œuvre dans tous les secteurs visités ;
- combinée avec les méthodes d'évaluation des traceurs ;
- réalisée sur la base d'une grille d'observations.

EXEMPLES D'OBSERVATIONS



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

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



Accessibilité pour les personnes en situation de handicap :

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



Affichage de l'information destinée au patient :

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



Maîtrise du risque infectieux :

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

ZOOM SUR LES DIFFERENTS CRITERES

12 Critères impératifs

Ce que l'on ne veut plus voir

87 Critères standards

(Les attendus)

4 Critères avancés

(Les futurs standards)

⚠ En cas d'anomalie, la HAS se réserve le droit de refuser la certification !



12 CRITERES IMPERATIFS APLICABLES EN HAD

1	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités.
2	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité .
3	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur .
4	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque .
5	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires .
5	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins (EIAS) qu'elles ont déclarés.
7	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein.
8	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité de soins.
9	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée.
10	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'établissement.
11	L'établissement analyse, exploite et communique les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS)
12	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté.

HAD-QGR-DSR-032 - Certification : Livret des critères impératifs (HAS)

EVALUATION SPECIFIQUE EN HAD : LES POINTS CLEFS NECESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIERE DES EXPERTS-VISITEURS

1. La recherche de l'implication du patient et de ses proches



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.



Exemple de supports d'informations pouvant être utilisés :

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



Documents à connaître



- **Livret d'accueil patient HAD**
 - *Les missions et le fonctionnement de l'HAD ;*
 - *Le rôle des professionnels, du Médecin Coo., du Médecin traitant;*
 - *Mise à disposition des moyens nécessaires*
- **Accords et Autorisations**
- **Questionnaire de satisfaction patient**
- **Procédure Traitement des réclamations écrites patient/entourage**
- **Procédure en cas d'urgence vitale au domicile du patient**
- **Charte du patient hospitalisé**

2. La place des proches ou des aidants du patient lors d'une HAD



Compréhension et prise en compte de leur rôle dans le projet de soins/ accompagnement du patient.

Information/formation ciblée qu'on leur a délivré pour s'impliquer dans la surveillance des soins et l'utilisation du matériel médical :

- *Organisation à mettre en place au domicile*
- *Précautions spécifiques à ce type de PEC*
- *Modalités d'urgence (consignées dans livret d'accueil, fiches spécifiques HAD présentes au domicile).*
- *Formation à l'utilisation de certains dispositifs médicaux (ex : perfuseurs, aérosol, compresseur etc).*

Accompagnement sociale/ psychologique / logistique.



Traçabilité : les interlocuteurs du patient (personne à prévenir/de confiance/aidant) sont tracés dans le dossier du patient. Sont nécessaires les noms, prénoms, adresse, coordonnées téléphoniques +/- mail).



Documents à connaître



- Trame préadmission
- Fiche médicale d'admission
- Désignation de la personne de confiance
- Contrat d'observance
- Flyers à destination des patients/aidants (hygiène au domicile, picline, midline, cathéter veineux central, ...)

3. La coordination des équipes et la continuité des soins



Protocole de soins (PPS) pluriprofessionnel et pluridisciplinaire :

- Validé par le Médecin Coo. en accord avec le médecin traitant qui en est informé.
- Porté à la connaissance de l'ensemble des intervenants de la PEC et du patient.

Continuité des soins tout au long de la PEC :

- Capacité d'intervention soignante 24/24, 7j/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.

Pourra être évalué : une identification des patients à haut risque vital ; astreinte IDE avec intervention possible 24h/24 (en interne ou externe); une CAT en cas d'urgence au domicile (*ex : surdosage*) ; un accès facilité aux instructions (livret, support papier ...)



Documents à connaître



- Projet personnalisé de soins (PPS)
- Procédure de signalement à ENEDIS d'un patient à Haut Risque Vital (PHRV)
- Procédure de prise en charge d'un PHRV en cas de délestage électrique
- Procédure en cas d'urgence vitale au domicile du patient
- Procédure d'alertes et de continuité des soins en HAD
- Classeur de garde

4. La maîtrise des risques en HAD



La coordination entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant.

L'implication des aidants

Information, formation du patient/aidant.

La sécurisation des produits de santé et leur circuit d'approvisionnement : 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 entourage 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 familiale (ex : *présence d'enfant*).



Documents à connaître



- Contrat d'observance
- Procédure de Gestion des médicaments à risques
- Procédure de préparation et administration des médicaments
- Procédure de Gestion des stupéfiants
- Procédure de sécurisation des stupéfiants injectables au domicile du patient
- Support de prescription, délivrance et administration des traitements
- Livret soignant - Les précautions standard



CERTIFICATION

TOUT SAVOIR SUR LES IQSS

(INDICATEUR QUALITE ET SECURITE DES SOINS)



Les IQSS en bref ce sont ...

- Des outils qui permettent d'évaluer **la bonne mise en œuvre d'une ou plusieurs tâches** faisant partie de la PEC d'un patient en vue **d'assurer sa sécurité, la continuité de la PEC, la conformité aux recommandations de bonnes pratiques et le respect des délais.**

Les IQSS dans le cadre de la certification...

- Au-delà de ces objectifs, les IQSS sont notamment utilisés dans la **certification des établissements de santé** réalisée par la HAS, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (*CPOM*) et pour l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (*IFAQ*).

Comment sont publiés les IQSS ?

- Les IQSS s'inscrivent dans un cadre réglementaire précis dont les résultats font l'objet d'une **publication nationale chaque fin d'année par arrêté**. Cette publication est annoncée par **communiqué de presse et les résultats sont en accès libre sur Qualiscope**, site internet dédié d'information des usagers et des professionnels de santé, piloté par la HAS.

Ces indicateurs sont mis à disposition pour ...

1. Les établissements de santé et les professionnels pour **améliorer leurs pratiques** et piloter la qualité des soins dans leurs établissements, notamment via la **certification des établissements** ;
2. Les usagers et les patients pour **s'informer sur la qualité des soins dans les établissements de santé** ;
3. Les régulateurs de soins pour piloter des politiques d'offres de soins **au niveau régional et national.**



ZOOM IQSS : Les 5 indicateurs évalués du Dossier patient

Doit être retrouvé dans le dossier

N°	Indicateur 1 : TENUE DU DOSSIER PATIENT
1	Document médical de demande d'admission en HAD
2	Eléments relatifs à la préadmission
3	Accord du médecin traitant pour la PEC du patient en HAD
4	Accord du patient/entourage pour sa PEC en HAD
5	Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la PEC
6	Mention de l'identité de la personne de confiance
7	Mention de l'identité de la personne à prévenir
8	Traçabilité de l'évaluation des risques liés à la PEC au domicile
9	Document relatif à la continuité des soins à la sortie de l'HAD

N°	Indicateur 2 : COORDINATION DE LA PEC
1	Protocole de soins renseigné, daté et information du médecin traitant
2	Organisation de la préparation/ administration du traitement médicamenteux
3	Réunion pluriprofessionnelle au cours du séjour avec présence du médecin Co.
4	Evaluation des moyens logistique

N°	Indicateur 3 : TRACABILITE DE L'EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE
1	Une évaluation du risque d'escarre avec échelle (BRADEN) ou un jugement clinique dans les j-7 suivant l'admission et comportant une conclusion vis-à-vis de ce risque est tracé dans le DSI.

N°	Indicateur 4 : EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
1	Est tracé dans chaque dossier : Une évaluation de la douleur avec une échelle entre la pré admission et J7; Pour les patients présentant des douleurs au minimum d'intensité modérée on retrouve : La mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur : moyens médicamenteux et/ou non médicamenteux ET Une réévaluation de la douleur avec une échelle suite à la mise en œuvre de cette stratégie de prise en charge de la douleur.

N°	Indicateur 5 : SUIVI DU POIDS
1	Traçabilité d'une pesée et d'une mention de variation du poids à l'entrée. Suivi du poids au cours du séjour est réalisé.

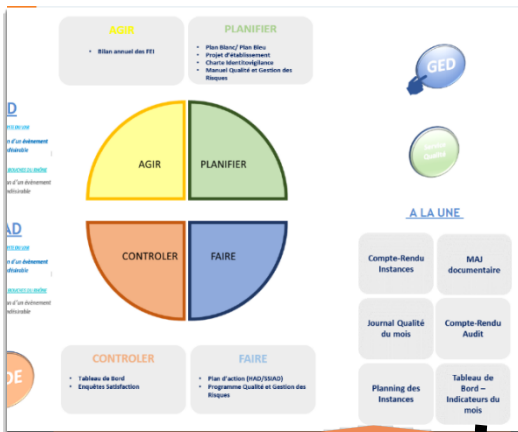


SUIVI DES INDICATEURS MENSUELS : LES TABLEAUX DE BORD

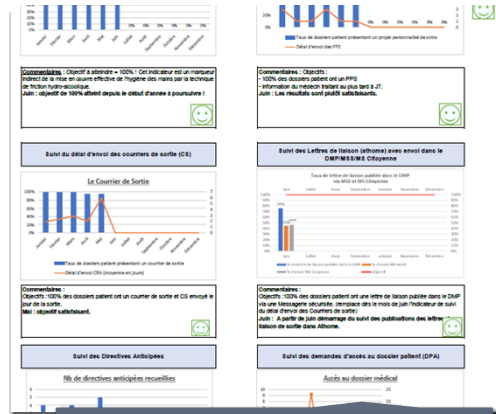
L'objectif du tableau de bord mensuel des indicateurs internes est de **garantir le maintien des principales exigences règlementaires.**

Indicateurs suivis mensuellement :

- ⊕ Indicateur 1 : Pourcentage de consommation de SHA
- ⊕ Indicateur 2 : Délai de prise en charge des patients
- ⊕ Indicateur 3 : Délai d'envoi des Projets Personnalisés de Soins (PPS)
- ⊕ Indicateur 5 : Directives Anticipées recueillies
- ⊕ Indicateur 6 : Nombre de demandes d'accès au dossier patient
- ⊕ Indicateur 7 : Suivi des fiches d'évènements indésirables (FEI)
 - Indicateur 7.a : Suivi des FEI en lien avec l'identitovigilance
 - Indicateur 7.b : Suivi des FEI en lien avec le circuit du médicament
- ⊕ Indicateur 8 : Gestion des plaintes
- ⊕ Indicateur 9 : Identitovigilance (qualification des identités)
- ⊕ Indicateur 10 : Courrier de liaison de sortie
- ⊕ Indicateur 11 : Messagerie citoyenne du patient



Diffusion dans QUALNET



Aperçu : Tableau de Bord mensuel

DEMARCHE QUALITE AU SEIN L'ASSOCIATION



LES DIFFERENTES INSTANCES

Les instances sont de véritables outils qui permettent d'acter les avancées et de travailler de manière collégiale en se réunissant trimestriellement. Elles reposent sur un **ordre du jour** élaboré par leur Président :

CME

Commission médicale
D'Etablissement

Président : Dr. BERNARD

CDU

Commission des Usagers

Président : M. SCHENK

COMEDIMS

Commission du médicament et
des Dispositifs Médicaux
Stériles

Présidente : L. CHAMPSAUR

CLUD

Comité de Lutte contre la
Douleur

Présidente : Dr. FIASSELLA

CLAN

Comité de Liaison en
Alimentation et Nutrition

Président : Dr. MAMECIER

CLIAS

Comité de Lutte contre les
Infections Associées aux Soins

Président : Dr. CASTOR

CQDRSS

Comission Qualité et Gestion des
Risques et Sécurité des Soins

**Présidente : S.
BOUKHAROUBA**

COFIL DD/QVT

Développement Durable &
Qualité de Vie au Travail

**Président :
J. GUILLAUME**

CETH

Comité Ethique

Président : Dr. BERNARD

Des comptes rendus de réunion sont rédigés systématiquement puis diffusés au sein de la solution QUALNET :

Il est important que chacun prenne connaissance des CR publiés dans Qualnet.

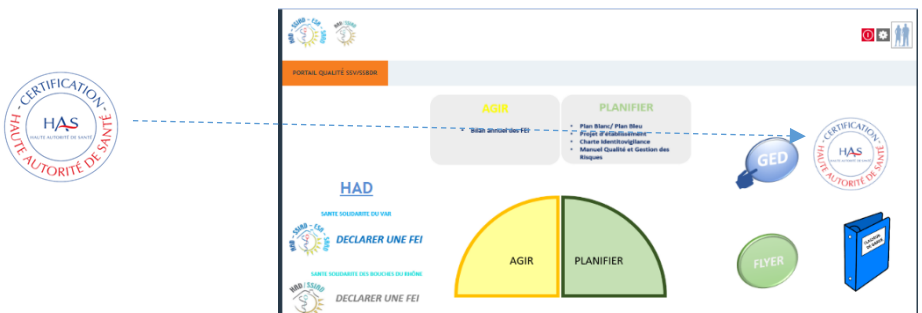
Leur lecture permet de connaître les actions réalisées/encours pour les grandes thématiques de la prise en charge des patients : l'hygiène, la douleur, la nutrition, le médical



Une icône « Classeur de garde » est visible depuis le portail Qualnet et permet d'avoir un accès direct aux documents constitutifs du classeur de garde.



Vous pouvez également retrouver l'ensemble des documents présentés lors des COPIL, réunion de travail et formations (PPT, Fiches pédagogiques, planning...) sur le portail Qualnet.



EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)

- ⊕ Permet d'évaluer les pratiques professionnelles réelles
- ⊕ De les comparer à une pratique attendue (ex : recommandations professionnelles)
- ⊕ De mettre en œuvre des actions d'amélioration visant à faire converger la pratique réelle vers la pratique de référence attendue.

ORGANISATION <ul style="list-style-type: none">La CME organise les EPP en cohérence avec le projet médical et les pratiques médicales de l'établissement	LE CHOIX DES THEMES <ul style="list-style-type: none">Choix réalisés par les membres de la CME, des instances et de la Direction. Les autres instances et/ou Comités peuvent aussi être force de proposition.	ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES <ul style="list-style-type: none">Les référents EPP, avec le soutien du service Qualité accompagnent le déroulement de la mise en œuvre des EPP.	SUIVI DES EPP <ul style="list-style-type: none">Un point d'avancement des EPP est systématiquement réalisé en réunion CQASDRSS, CME et autres instances concernées par les thématiques.	COMMUNICATION <ul style="list-style-type: none">Journal Qualité mensuelComptes rendus (instances, comités)Réunions de serviceParticipation aux groupes de travailAffichage dans les services
---	--	--	--	---



Référents EPP par thématique :

- **Evaluation de la bientraitance** : Cadre de santé - RAQ
- **Evaluation de la PEC de la douleur induite par les soins** : Médecins Coo. - Cadre de santé - RAQ
- **Evaluation de la qualité de la manipulation du PICC LINE** : Cadre de santé - IDE Hygiéniste - RAQ
- **Bonne application des procédures d'identitovigilance** : Référent identitovigilance - RAQ
- **Audit du patient traceur** : Médecins Coo. - Cadre de santé - IDEC - RAQ

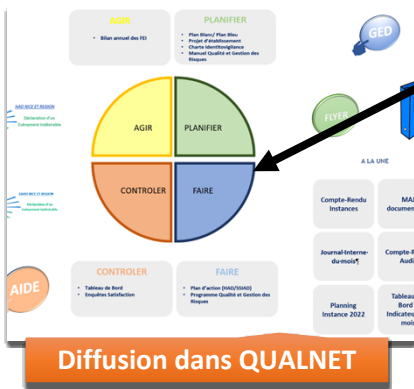
Programme & Plan d'action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS)

- 1. Programme annuel Qualité et Gestion des Risques** : Décline la politique qualité et gestion des risques en **objectifs prioritaires par thématique** (ex : circuit du médicament) avec un **responsable pilote identifié**, des **mesures de suivi** et un **calendrier**.

Le programme est établi annuellement et validé en CME.

2. **Plan d'action Qualité et Sécurité des Soins** : Permet de tracer et de suivre toutes les actions permettant de réaliser les objectifs de la politique. Ce tableau permet au service qualité et aux responsables pilotes de chaque thématique de connaître à tout moment l'état d'avancement de leur action. Il est l'outil de base de suivi et de relance des actions.

Ces 2 documents sont systématiquement diffusés dans l'onglet « FAIRE » du portail QUALNET :



EVALUATION DE LA GESTION DES RISQUES ET DES VIGILANCES



La démarche de gestions 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'évènements indésirables et la gravité de leurs conséquences.

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



1. IDENTITOVIGILANCE

Garantir une identification correcte des patients tout au long de leur parcours de soins :

- ✓ A 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 le bon dossier au bon patient.

Référente **identitovigilance** : Cadre de Santé.

Instance : Comité d'identitovigilance



2. VIGILANCES SANITAIRES

- Pharmacovigilance
- Matériorvigilance
- Hémo-vigilance
- Biovigilance
- Réactovigilance
- Infectiovigilance

Seront évalués par les experts-visiteurs **les connaissances des professionnels** sur les vigilances sanitaires :

- ✓ Responsable identifié pour chaque vigilance.
- ✓ Modalités de déclaration des signalements et de gestion des alertes descendantes.

Référente **vigilance sanitaire** : Pharmacienne.

Instance : COMEDIMS (*Comité du Médicament et de Dispositifs Médicaux Stériles*)



3. DECLARATION ET ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES (FEI)

- ➔ Signalement des EI via la solution QUALNET.
- ➔ Culture positive de l'erreur avec sensibilisation au signalement des Evènements Indésirables Graves Associés aux Soins (EIAS) et à la mise en œuvre des actions d'améliorations.

Pour les Evènements Indésirables Graves (EIG), des groupes de travail pluridisciplinaires sont mis en place pour en analyser les causes et définir des actions de préventions ou d'atténuation. Ils font l'objet de bilans annuels :

- ➔ **CREX (Comité de Retour d'Expérience)** : traite les dysfonctionnements avec ou sans conséquence sur la PEC des patients.

- ➔ **RMM (Revue de Morbidité Mortalité)** : traite les évènements indésirables graves associés aux soins.
- ➔ **REMED (Revue d'Erreur Médicamenteuses)** : traite des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux et tout ce qui concerne l'organisation de la Prise en Charge Médicamenteuse (PECM).



4. EVALUATION DE LA SATISFACTION PATIENT

La politique d'évaluation de la satisfaction des usagers est définie en accord avec la **CDU (Commission des Usagers)**.

La CDU a pour principale mission :

- ✓ Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches.
- ✓ De veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour exprimer leurs avis auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ces derniers et être informés des suites données à leur demande.
- ✓ D'établir et transmettre un rapport annuel au Conseil d'Administration et à la CME.

Sont analysés en lors de la CDU :

- ➔ Plaintes, réclamations - Satisfaction patients - Expérience patient

Président de la CDU/Représentant des usagers : **M. SCHENK** (ASFC)

Vice-Présidente de la CDU : **Mme RIGAUX** (Directrice HAD Nice et Région)

Médiateurs médecins : **Dr BERNARD** (titulaire) - **Dr PERRAUT** (suppléante)

Médiateur non médecins : **Mme SANTINI** (titulaire) – **Mme DESFEMMES** (suppléante)

**Pour tout renseignement
complémentaire contacter :**

Votre encadrement
OU
Le Service Qualité-Gestion des
Risques

