

LES FICHES RÉCAP' *de la certification*



16

Fiches récap' pour
s'entraîner à la
certification 2025 !



SOMMAIRE

1 - Le consentement	04
2 - Intimité / dignité	06
3 - Le patient mineur	08
4 - La douleur	10
5 - Mesures restrictives de liberté	13
6 - Examens somatiques en psychiatrie	15
7 - Prise en charge médicamenteuse	17
8 - Le risque infectieux	21
9 - Antibioprophylaxie	24
10 - Événements indésirables liés aux soins	26
11 - Check-list	29
12.1 - Identitovigilance - identification primaire	31
12.2 - Identitovigilance - identification secondaire	33
13 - Gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles	35
14 - Urgences vitales	37
15 - Indicateurs qualité et sécurité des soins	39
16 - Le numérique	41

INTRODUCTION à la certification

« Dans le cadre de notre démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notre groupement hospitalier se prépare activement à la prochaine certification.

Cette étape est cruciale pour nous, car elle valorise l'engagement de chacun et garantit à nos patients une prise en charge d'excellence.

Pour vous aider à aborder cette échéance avec sérénité et confiance, nous avons pensé à cet outil ludique et pédagogique qui est votre allié pour réviser les points clés et vous familiariser avec les exigences de la certification.

Chaque collaborateur joue un rôle fondamental dans la réussite de cette certification. En vous appropriant ces connaissances et en les mettant en pratique au quotidien, vous contribuez directement à l'amélioration de nos processus et à la qualité des soins que nous dispensons. Prenez le temps de parcourir ces fiches, d'échanger avec vos collègues et de poser toutes vos questions, notamment à l'équipe Qualité.»

Emma DUMON

Directrice de la qualité, gestion des risques et relations usagers

Retrouvez les éléments complémentaires aux Fiches
Récap' en **flashant le QR Code** ci-contre.

Ou rendez-vous sur :
<https://www.actuneos.fr/certification-2023/>



CRITÈRE N°1

Le consentement

Le rôle du patient comme acteur de sa prise en charge est reconnu afin d'en améliorer la qualité et l'efficacité et de réduire les effets indésirables liés à une non-adhésion à son projet de soins.

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

Le consentement du patient est un principe fondamental de la prise en charge. Il repose sur le respect de l'autonomie et des droits du patient. Toute décision médicale doit être fondée sur une information claire, loyale et appropriée, permettant au patient de faire un choix éclairé.

La certification HAS 2025 évalue la qualité de l'information délivrée aux patients, la traçabilité du consentement dans le dossier

médical et l'implication du patient dans son parcours de soins. L'objectif est de garantir une relation de confiance entre soignants et patients, en favorisant la compréhension et l'adhésion au projet de soins.

Dans certains cas (mineurs, majeurs sous tutelle, urgences vitales), des adaptations sont prévues par la réglementation.



Les points clés

- ▶▶ Le patient doit être informé de manière compréhensible et donner son accord sans contrainte.
- ▶▶ Le consentement doit être documenté pour assurer une transparence et une preuve écrite.
- ▶▶ Les informations doivent être délivrées selon la compréhension et la situation du patient (mineurs, tutelle, mesure de protection de justice, urgence).
- ▶▶ La démarche de consentement participe à la sécurité des soins.



Les bonnes pratiques

- ▶▶ Utiliser un langage simple et accessible pour expliquer les soins et traitements au patient.
- ▶▶ Vérifier la compréhension en posant des questions ouvertes et en encourageant les reformulations.
- ▶▶ Recueillir le consentement du patient à chaque moment de sa prise en charge car il demeure précaire et révoquant.
- ▶▶ Impliquer les représentants légaux lorsque le patient n'est pas en mesure de donner un consentement autonome.

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Qu'entend-on par « consentement du patient » et peut-il être retiré ?

Réponse – C'est une décision libre et éclairée d'accepter un acte/soin/traitement qui est révoquant à tout moment de la prise en charge.

QUESTION 2

Comment garantir un consentement éclairé ?

Réponse – Information claire, loyale, compréhensible et adaptée.

QUESTION 3

Où doit figurer la traçabilité du consentement ?

Réponse – Dans le dossier médical du patient.

QUESTION 4

Quels patients nécessitent des adaptations pour leur consentement ?

Réponse – Mineurs, majeurs sous mesures de protection juridique (ex : tutelle/ habilitation familiale avec représentation de la personne), situations d'urgence vitale.

QUESTION 5

Dans le cadre de soins répétés, est-il nécessaire de recueillir et tracer le consentement du patient à chaque séance ?

Réponse – Non, le consentement initial reste valable tant que le traitement prescrit / les modalités de prise en charge ne changent pas.



CRITÈRE N°2

Intimité / Dignité

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

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

L'établissement met en place des **mesures qui visent à garantir, en toute circonstance, le respect de l'intimité et de la dignité du patient**, particulièrement dans les situations des chambres à plusieurs lits, d'attente dans les couloirs, de contention, etc.

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.

Les professionnels y seront particulièrement attentifs **si le patient vit avec un handicap**, ou s'il s'agit d'une **personne âgée vulnérable**

QUESTIONS/RÉPONSES

Qu'évoque pour vous le mot intimité dans la prise en charge des patients ?

Réponse – *Frapper avant d'entrer dans une chambre – patient toujours recouvert d'un drap ou vêtement lors des soins de confort et autres – discrétion avec paravent dans une chambre à plusieurs lits ou boxes – respect – éviter la familiarité et l'infantilisation – répondre à la sonnette dans un délai adapté...*

Qu'évoque pour vous le mot dignité dans la prise en charge des patients

Réponse – *Respecter le refus de soin de l'utilisateur – apporter une attention particulière à la communication non verbale (sourire, regard...) – rester discret sur les sujets de discussion entre collègues à proximité des usagers – respect des protocoles en vigueur – agir contre la douleur – respect de la pudeur – respect de la confidentialité – respect de notion de fin de vie...*

QUESTION 1

QUESTION 2

QUESTION 3

D'après-vous quels sont les gestes impératifs liés à l'intimité et à la dignité du patient dans son environnement

Réponse – Faire un soin les portes fermées – mettre un paravent si plusieurs patients dans un même endroit – utiliser un matériel adapté et propre à la situation du patient – assurer la propreté des locaux...

QUESTION 4

D'après-vous quels sont les gestes impératifs liés à l'intimité et à la dignité du patient durant la nuit

Réponse – Éviter d'allumer les lumières éblouissantes la nuit en entrant dans la chambre – évaluer la douleur du patient et la tracer même s'il dort – éviter les nuisances sonores – s'assurer que la sonnette soit toujours à disposition...

QUESTION 5

Quelles sont d'après vous, les principales valeurs liées à l'intimité et la dignité

Réponse – autonomie- humanisme – considération – pas d'infantilisation du patient – pudeur – empathie – respect des croyances et de l'éthique – le personnel se présente au patient – dialogue – consentement – confidentialité – soin personnalisé...



CRITÈRE N°3

Le patient mineur

Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté et nécessite un circuit dédié à sa prise en charge avec des procédures et des éléments de traçabilité qui leur sont propres.

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

La prise en charge des patients mineurs repose sur des principes fondamentaux visant à assurer leur sécurité, leur bien-être et le respect de leurs droits.

Un environnement adapté doit être mis en place pour garantir des soins appropriés aux enfants et adolescents. Cela inclut la création de circuits de soins spécifiques, la formation des professionnels aux besoins des mineurs et la mise à disposition de supports d'information clairs et accessibles.

Le recueil du consentement du mineur et de ses responsables légaux est essentiel. Il doit être documenté et respecter les règles définies par la réglementation en vigueur. La traçabilité de ces démarches est un point clé dans l'évaluation de la qualité de prise en charge.

Enfin, une attention particulière doit être portée à la continuité des soins et à la coordination entre les différents acteurs intervenant dans le parcours de soins du mineur.



Les points clés

- ▶▶ Organisation spécifique pour garantir une prise en charge adaptée = circuit dédié aux mineurs
- ▶▶ Consentement des représentants légaux et documentation systématique
- ▶▶ Structures et équipements pensés pour le bien-être des mineurs
- ▶▶ Sensibilisation et formation des soignants aux besoins des enfants et adolescents



Les bonnes pratiques

- ▶▶ Adapter la communication en fonction de l'âge et de la compréhension du mineur
- ▶▶ Systématiser la traçabilité des décisions et interventions dans le dossier médical
- ▶▶ Impliquer les parents ou représentants légaux tout en respectant l'avis du mineur
- ▶▶ Créer un cadre rassurant avec un personnel formé et un environnement adapté aux jeunes patients

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Qui signe l'autorisation d'opérer ?

Réponse – Les deux parents ou le représentant légal avec jugement à l'appui

QUESTION 2

Le mineur doit-il être accompagné tout le long de son hospitalisation ?

Réponse – Oui, que ce soit en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation complète

QUESTION 3

Quels sont les documents à amener le jour de l'entrée du mineur ?

Réponse – Carnet de santé, pièce d'identité du titulaire de l'autorité parentale et enfant, livret de famille, jugement si autorité unique, les autorisations prises en charge/consentements

QUESTION 4

Où s'effectue la Visite Pré Anesthésie à Jo sur HRS ?

Réponse – Le MAR effectue la VPA avec les parents ou représentant légal de l'enfant dans le sas « mineur » prévu au bloc opératoire

QUESTION 5

«L'autoévaluation de la douleur est possible et fiable à partir de l'âge de 4 ans et est à privilégier». Si son utilisation est impossible, quelle échelle est à utiliser en priorité?

Réponse – EVENDOL



CRITÈRE N°4

CRITÈRE N°4



La douleur

Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. C'est dans ce cadre qu'il conviendra de pérenniser les relations avec le CLUD et harmoniser les procédures relatives à l'évaluation, la prise en charge et la traçabilité de la douleur. Un lien est également fait avec le groupe de travail concernant les mineurs.

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

Le patient est seul capable d'indiquer l'intensité de sa douleur.

Il est écouté par les équipes de soins afin que soit mis en place le traitement médicamenteux approprié ou toute autre forme d'analgésie non médicamenteuse.

Tous les moyens sont mis en œuvre pour évaluer la douleur du patient, quel que soit son secteur de prise en charge. L'entourage peut également informer l'équipe de soins.

Pour les patients non communicants, une échelle d'hétéroévaluation adaptée au profil du patient est utilisée. Dès lors que le patient ressent ou est susceptible de ressentir la douleur.

Pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de vulnérabilité, une attention particulière est portée sur les modalités d'évaluation adaptées de la douleur.

L'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier (quand une prescription «si besoin» est réalisée, le besoin – niveau de douleur – est précisé).

Le niveau de douleur du patient est à tout moment connu par les équipes de soins qui y adaptent le protocole de soins.



Les points clés

- ▶ Évaluation complète et régulière de la douleur
- ▶ Traçabilité systématique dans le dossier du patient
- ▶ Le soignant ne juge pas
- ▶ Anticipation et soulagement de la douleur pour tous les patients

Bonnes pratiques

- ▶ Poser les bonnes questions, utiliser des outils et des échelles adaptées au patient
- ▶ A l'admission, au minimum 3 fois par jour quand il n'y a pas de douleur
Avant et après un antalgique
- ▶ Le soignant ECOUTE le patient et ne remet pas en cause ses plaintes
- ▶ Evaluer, réévaluer, anticiper avant un soin douloureux

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

Question 1 : Comment bien évaluer la douleur ?

Évaluation clinique avec questions posées aux patients :

- Localisation
- Ressenti (décharge électrique, fourmillements, pincement, brûlure, picotement...)
- Temporalité (Depuis combien de temps ?)
- Impacts sur la vie du patient ?
- Évaluation de l'intensité de la douleur : Echelles d'évaluation de la douleur

QUESTION 2

Question 2 : À quelle fréquence faut-il évaluer la douleur ?

A l'admission du patient, au moins 3 fois par jour quand le patient ne se plaint pas de douleur, avant et maximum dans l'heure qui suit la prise d'un antalgique



**RAPPEL : QUAND J'ÉVALUE... JE TRACE DANS LE DPI
PAS TRACÉ = PAS FAIT**



QUESTION 3

Question 3 : Quels sont les 2 grands types d'échelles d'évaluation de la douleur ?

- **Auto-évaluation** : Pour les adultes communicants, capables d'exprimer leur ressenti et pour les enfants à partir de 4/6 ans (à évaluer en fonction de la capacité de réponse)
- **Hétéro-évaluation** : Pour les enfants de moins de 4 ans ou non communicants et pour les adultes non communicants (ou ayant des troubles cognitifs)

QUESTION 4

Question 4 : Quelles sont les échelles d'évaluation de la douleur pour les personnes âgées non communicantes ? Pour les personnes polyhandicapées ? Pour les enfants ?

Personnes âgées : Algoplus – Doloplus – ECPA

Personnes polyhandicapées : GED-DI et EDAAP

Enfants : moins de 4 ans ou non communicants : EVENDOL – FLACC

Pour les enfants de plus de 4 ans, capables d'exprimer leur ressenti, EVS, Echelle des visages, EVA pédiatrique.

QUESTION 5

Question 5 : Quels sont les différents types (ou mécanismes) de la douleur qu'elles soient aiguës ou chroniques ?

- **Douleur par excès de nociception** : atteinte du système nociceptif (exemple : fracture, plaie ...)
- **Douleur neuropathique** : atteinte du système nerveux (hernie discale, SEP, douleurs suite à un AVC ...)
- **Douleur mixte** : Atteinte du système nociceptif et du système nerveux (douleurs cancéreuses, post opératoires...)
- **Douleur nociplastique** : Désorganisation fonctionnelle du système nociceptif, hyperactivation des voies de la douleur (fibromyalgie, migraine, colopathies ...)
- **Douleur psychogène** : diagnostic RARE de psychiatrie

QUESTION 6

Question 6 : Quels sont les moyens non médicamenteux de prise en charge de la douleur ?

- Application de froid ou de chaud
- HypnoVR : A disposition en imagerie, onco , bloc , pneumo... Les services qui n'en n'ont pas à disposition, peuvent les emprunter dans les services qui ont une dotation.
- Immobilisations
- Hypnose, sophrologie
- Écoute active et soins relationnels
- Toucher thérapeutique ...

CRITÈRE N°5

Mesures restrictives de liberté

Le recours à des mesures restrictives de liberté relève d'une décision médicale faite dans l'intérêt du patient, après une réflexion bénéfice/risque. Cette décision peut être prise suite à un risque de chute, d'agitation ou une mise en danger élevé pour le patient à court terme ou pour autrui et doit être motivé au sein du dossier patient.

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

Les mesures restrictives de liberté doivent être mises en place en dernier recours. Il est important de montrer, et donc de tracer dans le dossier patient, que des mesures alternatives ont été essayées sans succès :

- En cas de chute : aide à la marche, adaptation de la hauteur du lit, rapprochement des affaires personnelles du patient pour éviter les mobilisations.
- En cas d'agitation : casque de réalité virtuelle, faire verbaliser le patient angoissé, musique.

La contention, qu'elle soit mécanique ou chimique, doit être exceptionnelle et de courte durée. Le niveau de contention doit être proportionnel à l'état du patient.

L'attention particulière des patients est à porter sur :

	Contention mécanique	Contention chimique
La prescription médicale doit comporter :	<ul style="list-style-type: none">• les motifs de la contention• le type de contention• le temps de la contention• les risques à prévoir• les modalités de surveillance <p><i>La contention doit être réévaluée</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• privilégier la monothérapie• prescrire pour la plus courte période possible• réévaluer fréquemment les bénéfices du traitement• adapter ou suspendre le traitement si présence de troubles de la vigilance
La surveillance paramédicale doit comporter :	<ul style="list-style-type: none">• les points d'appui• le confort du patient• le respect de la dignité et de l'intimité <p>S'assurer que la sonnette soit</p>	<ul style="list-style-type: none">• état de vigilance du patient• s'assurer qu'il n'existe pas de déshydratation (langue sèche, pli cutané)

Avant la mise en place de la contention, il faut **informer et rechercher le consentement du patient** et également informer et expliquer les raisons de cette mesure à **la personne de confiance**. Cette démarche doit être **notée dans le DPI**.

Il est également nécessaire d'**informer les personnes qui viennent visiter le patient** afin qu'elles ne soient pas choquées de voir leur proche attaché.



QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Je déplace un patient en lit ou en brancard au sein de l'établissement, faut-il que je mette les barrières ?

A – Oui

B – Non

Réponse – Oui. Il y a toujours un risque de chute de patient ou de matériel pendant le trajet. Les barrières sont à retirer par les soignants quand le lit est installé dans la chambre.

QUESTION 2

Dans la liste ci-dessous, quels sont les actes apparentés à une restriction de liberté ?

A – Contention physique

B – Mise en place de précautions complémentaires

C – Demande auprès d'un patient de rester dans sa chambre en vue d'un examen prévu dans la journée

D – Restriction des visites

Réponse – A, B et D. La réponse C fait partie de la prise en charge du patient et de son devoir de rester disponible pour les examens qui doivent lui être prodigués.

QUESTION 3

Est-ce que les barrières sont considérées comme une contention ?

A – Oui

B – Non

Réponse – A. Oui, il faut une prescription médicale pour mettre en place des barrières de lit. Cependant, le patient peut demander à ce que les barrières soient mises. Dans ce cas, il faut noter dans le DPI que c'est mis à la demande du patient.

QUESTION 4

Une fois que je n'ai plus besoin des contentions, ou lorsqu'elles sont sales, qu'est-ce que j'en fais ?

A – Je les mets dans un sac avec le reste des draps

B – Je les mets dans un sac prévu à cet effet

Réponse – A. Sac utilisé = rose. Circuit nettoyage distinct

QUESTION 5

Être sous mesure de protection juridique (tutelle, curatelle renforcée, curatelle) équivaut-il à limiter la liberté des personnes hospitalisées ?

A – Oui

B – Non

Réponse – B. Cela dépend de l'état de la personne (la mesure de protection peut être liée à une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques). Donc, si nécessaire, les mesures restrictives de liberté doivent être adaptées à l'état de la personne.



CRITÈRE N°6

Examens somatiques en psychiatrie

Un examen somatique sert à s'assurer que les symptômes d'une maladie psychosomatique ne sont pas dus à des causes physiques

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

La prise en charge psychiatrique intègre un examen somatique permettant le diagnostic différentiel des pathologies et l'identification des comorbidités somatiques susceptibles d'interférer avec la prise en charge psychiatrique.

Cet examen est réalisé dans un délai adapté à leur profil (max. 3 jours ouvrés) et par un médecin autre que celui ayant

réalisé l'évaluation mentale, donne lieu à un suivi régulier, en lien avec le médecin traitant, et/ou les services spécialisés si nécessaire.

Il est impératif chez les patients souffrant de maladies psychiatriques de réaliser une recherche systématique des facteurs de risques liés notamment aux maladies cardiovasculaires et respiratoires.

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

Dans le cadre de l'examen somatique chez un patient hospitalisé en psychiatrie, quels sont les facteurs de risque cardiovasculaire recherchés ?

QUESTION 1

Réponse :

Le diabète

L'hypertension artérielle

La dyslipidémie

Le syndrome métabolique, la glycémie, bilan sanguin

L'obésité

Le tabagisme

En lien avec les maladies cardiovasculaires, quels sont les paramètres à relever et quel est l'examen à réaliser impérativement ? et pourquoi ?

QUESTION 2

Réponse :

Les paramètres : *pression artérielle / pouls / température / fréquence respiratoire, la mesure de l'oxymètre de pouls (SpO2) : pour évaluation de l'état général*

L'électrocardiogramme initial de base : *Pour observer si allongement de l'espace QTc, qui est un facteur prédictif à l'arythmie*

QUESTION 3

Dans le cadre de l'examen physique, l'accent doit être mis sur deux points particuliers, lesquels sont-ils et pourquoi sont-ils si importants ?

Réponse :

Réaliser l'indice de masse corporelle IMC (poids/taillé², kg/m²)

Réaliser la mesure du périmètre abdominal

La mesure du périmètre abdominal traduit l'obésité abdominale et l'obésité abdominale est un facteur de risque majeur d'infarctus du myocarde et de diabète de type 2.

Attention, dans certains cas, l'IMC peut être normal et le périmètre abdominal augmenté induisant un risque métabolique et cardio-vasculaire.

QUESTION 4

Quels sont les autres paramètres physiques à contrôler impérativement ?

Réponse :

Les apports alimentaires, le niveau d'activité physique, l'usage de tabac, alcool et autre substances toxiques.

Le bilan bucco-dentaire et la recherche d'une prédisposition à des troubles du transit

QUESTION 5

Pourquoi l'évaluation de la douleur peut être difficile à réaliser chez les patients souffrants de troubles psychiques et psychiatriques ?

Réponse :

La difficulté à bien identifier les symptômes de la douleur s'explique en partie par le problème qu'a le patient à communiquer sa douleur et par une confusion observée entre les signes cliniques de la maladie psychiatrique et ceux de la douleur.

Les patients ressentent bien la douleur, mais peuvent ne pas réagir ou ne pas l'exprimer et l'expression de cette douleur peut se faire dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder.

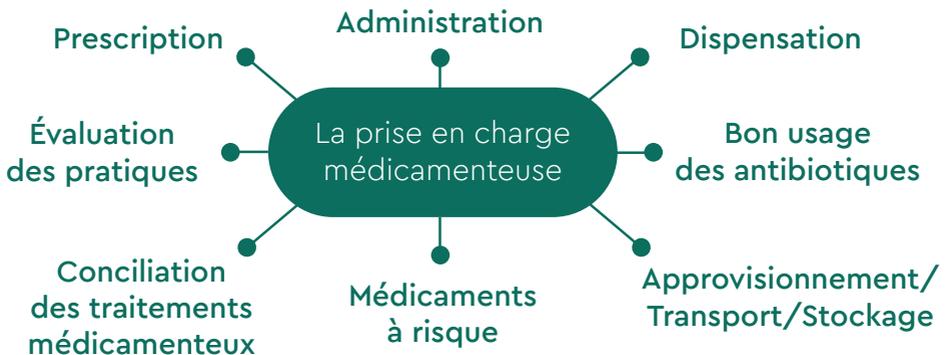


CRITÈRE N°7



Prise en charge médicamenteuse

La PECM est un processus complexe qui repose sur l'organisation du circuit du médicament. Elle prend en compte les facteurs humains et organisationnels, les facteurs environnementaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et les situations à risque.



DESCRIPTION DU CRITÈRE :

PRESCRIPTION

Première étape de la PECM, sous responsabilité médicale, elle doit **répondre aux critères réglementaires**. La prescription orale est interdite sauf situations exceptionnelles d'urgence.

DISPENSATION

Acte placé sous la responsabilité du pharmacien et regroupant l'analyse pharmaceutique, la préparation des doses à administrer, la délivrance des médicaments et la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments. Elle permet la sécurisation de la PECM.

ADMINISTRATION

Dernière étape du processus, sa sécurisation repose sur la règle fondamentale des 5B : Administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment.

L'IDE avant toute administration, identifie le patient, vérifie la concordance entre la prescription 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 (justification obligatoire).

APPROVISIONNEMENT TRANSPORT / STOCKAGE

Une dotation est établie dans les services. Son renouvellement est effectué sur PHARMAWEB.

La zone de stockage doit être fermée à clé et répondre à : Un médicament = un dosage = une forme galénique = un emplacement (idem pour les DMS).

Les médicaments doivent être identifiables jusqu'à l'administration aux patients (nom, dosage, forme, numéro de lot, péremption).

Le suivi et le retrait des périmés doivent être réalisés.

MÉDICAMENTS À HAUT RISQUE = MHR

Les MHR sont des médicaments entraînant un risque plus élevé de causer des dommages aux patients.

Il est important de les identifier et de mettre en place un système de gestion pour assurer leur utilisation sûre. Il faut donc sécuriser la prescription, la dispensation, la détention, le stockage, l'administration et pour certains, effectuer un suivi thérapeutique.

Ces précautions permettent d'éviter au mieux les erreurs pouvant avoir de graves conséquences pour le patient.

La liste commune à UNEOS, la liste spécifique des MHR en dotation dans votre service et la liste des Never Events sont affichées.

Une formation en e-learning est disponible.



QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

Comment sont gérés les traitements personnels des patients hospitalisés dans votre unité ?

QUESTION 1

Réponse – Le traitement personnel est l'ensemble des médicaments que prend le patient chez lui, avant son admission.

- Le traitement personnel est retiré au patient à son entrée pour des raisons de sécurité.
- L'ensemble des médicaments est placé dans un sachet étiqueté au nom du patient (pas d'étiquette manuscrite) et conservé dans un endroit sécurisé (unité de soins ou restitution à la famille du patient, selon la procédure) jusqu'à la sortie du patient.
- Ces médicaments ne doivent pas être intégrés à la dotation de l'unité de soins
- Les traitements personnels sont restitués au patient lors de sa sortie, s'ils sont toujours prescrits, accompagnés d'informations adaptées. Dans la mesure du possible, les traitements arrêtés lui seront retirés pour destruction, avec son accord.

Les médicaments à haut risque sont identifiés dans votre armoire et dans le logiciel EMED avec un logo spécifique. Quelles sont les différentes classes thérapeutiques identifiées comme médicaments à haut risque (MHR) à UNEOS ?

QUESTION 2

- A – Méthotrexate
- B – Insulines
- C – Antiacides
- D – Anti arythmiques injectables
- E – Anticancéreux

Réponse – Liste commune : Methotrexate / Insulines / Antiarythmiques injectables

Liste spécifique : Anticancéreux

Pouvez-vous citer 3 Never-Events en lien avec le médicament ?

QUESTION 3

Réponse – Se reporter à la fiche des Never-events – 12 événements qui ne devraient jamais se reproduire. Affichage de la fiche des Never-Events dans l'armoire à pharmacie.

Le chlorure de potassium injectable :

QUESTION 4

- A – La voie injectable est à privilégier en cas de kaliémie ≤ 3 mmol/L
- B – Il n'est pas nécessaire de diluer le KCl, il peut être employé pur
- C – La voie IV lente doit être utilisée → max 1g/h
- D – La concentration de la préparation à administrer ne doit pas dépasser 4g/L
- E – Une hyperkaliémie peut être fatale.

Réponse – A- C - D - E

Il faut toujours diluer le KCl. Les recommandations ANSM sont collées dans le bac de rangement spécifique au KCl.

SUITE →

QUESTION 5

Les anticoagulants

- A - Les traitements anticoagulants peuvent exposer à un risque hémorragique en cas de surdosage ou à une thrombose en cas de sous-dosage
- B - Les AVK (anti-vitamine K) sont des médicaments à marge thérapeutique étroite
- C - AVK et héparines ne nécessitent pas de surveillance biologique spécifique
- D - L'enoxaparine est à privilégier en cas de fonction rénale dégradée
- E - Il faut plusieurs jours de traitement pour que les anticoagulants oraux directs soient efficaces.

Réponse - A - B

AVK suivi INR

Utilisation des héparines non fractionnées chez l'insuffisant rénal

Les AOD sont efficaces de suite contrairement aux AVK (délai d'action minimum de 72h, d'où relai héparine AVK, avec suivi de l'INR)

QUESTION 6

Les erreurs médicamenteuses peuvent survenir lors de ?

- A - La prescription
- B - La dispensation
- C - L'administration
- D - A toutes les étapes

Réponse - A toutes les étapes

Règles des 5B ou préféablement des 7 B : Le Bon professionnel, le Bon médicament, le Bon dosage, la Bonne voie d'administration, le Bon moment, le

Bon débit, le Bon patient

BON À SAVOIR

65% des erreurs liés aux produits de santé trouvent leur origine à l'étape de l'administration (Rapport HAS, novembre 2020)

QUESTION 7

Comment assurez-vous, avant toute administration, la concordance entre médicament, patient et prescription ?

Réponse - Le soignant vérifie les éléments suivants :

- L'identification des piluliers avec l'étiquette du patient
- Les médicaments conformes à la prescription
- Les formes orales identifiées jusqu'au moment de l'administration
- L'identification des injectables avec étiquette produit-patient
- La préparation des injectables à partir de l'original de la prescription sans retranscription
- La préparation des injectables au plus près du moment de l'administration
- La déclinaison de l'identité du patient au moment de l'administration (Nom de naissance/d'usage, prénom, date de naissance)

QUESTION 8

Est-ce que les médicaments à risque sont identifiés d'une manière spécifique dans l'armoire à pharmacie et dans le logiciel EMED ?

- A - Oui
- B - Non

Réponse - A

CRITÈRE N°8



Le risque infectieux

Les précautions standard, y compris l'hygiène des mains, sont essentielles pour prévenir les infections chez tous les patients.

Des précautions complémentaires sont nécessaires pour contrôler la propagation de micro-organismes spécifiques, notamment les bactéries multi-résistantes.

Précautions standard :

Les précautions standard (incluant l'hygiène des mains) constituent le socle indispensable de prévention des infections associées aux soins, elles sont à appliquer :

- › pour tout soin,
- › en tout lieu,
- › pour tout patient,
- › quel que soit son statut infectieux,
- › par tout professionnel de santé;

Précautions complémentaires :

Les précautions complémentaires sont indiquées pour maîtriser la diffusion de certains micro-organismes à transmission aérienne, gouttelettes, ou manu portée.

Parmi ces microorganismes on trouve des bactéries multi-résistantes, hautement résistantes émergentes, des virus, etc.

Les règles imposées visent à limiter leur transmission. Elles doivent être justifiées médicalement et expliquées au patient ou à leurs proches aidants (remise de livret patient concernant le microorganisme en cause).

La mise en œuvre comporte le maintien en chambre seul (porte fermée ou non), la mise en place d'un portique pour le matériel nécessaire (EPI, désinfectant, etc)



LES CONTACTS

▶ **Praticien hygiéniste**

2266

▶ **Infirmiers hygiéniste**

2102

▶ **hygiene@uneos.fr**

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

Quels sont les pré-requis à l'hygiène des mains ?

- A) o bijou, o montre
- B) Ongles courts
- C) Pas de vernis
- D) Pas de faux ongles ou résine
- E) Manches courtes (avant-bras dégagés)

Réponse: A) B) C) D) E) Toutes les réponses sont bonnes il s'agit des conditions à remplir, avant même de réaliser un geste d'hygiène des mains.

QUESTION 2**A quel moment pratiquez-vous une hygiène des mains ?**

- A) Avant un contact avec le patient
- B) Avant un geste aseptique
- C) Après un risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine
- D) Après un contact avec le patient
- E) Après un contact avec l'environnement du patient

Réponse : A) B) C) D) E) Toutes les réponses sont bonnes il s'agit des 5 indications de l'OMS à l'hygiène des mains (situations qui doivent automatiquement donner lieu à un geste d'hygiène des mains).

Connaissez-vous les 7 précautions standard ?

Réponse :

1. Champ d'application et stratégie de mise en œuvre (prévenir le risque d'infection associées aux soins et la transmission croisée de germes, de bactéries multirésistantes grâce aux PS associés aux obligations et recommandations vaccinales)
2. Équipements de protection individuelle (gants, tablier, masque, lunettes, surblouse...)
3. Prévention des accidents d'exposition au sang ou liquides biologiques
4. Hygiène des mains (friction hydroalcoolique = technique de référence en l'absence de souillure visible)
5. Gestion des excréta (vomissures, selles, urines)
6. Hygiène respiratoire (masque chirurgical lors de symptômes respiratoires de type toux ou expectoration)
7. Gestion de l'environnement (déchets, linge, matériel ou dispositif médical réutilisable, surfaces, locaux)

QUESTION 3**La friction hydroalcoolique des mains est-elle plus efficace que le lavage au savon ?**

- A) Vrai
- B) Faux

Réponse : A) Vrai – l'alcool contenu dans les solutions hydro alcooliques (SHA) détruit temporairement les bactéries et virus présents sur les mains (action désinfectante : bactéricide, virucide, fongicide) contrairement au savon (détergent et non désinfectant)

QUESTION 4**Le SHA est-il efficace contre les bactéries multi-résistantes ?**

- A) Vrai
- B) Faux

Réponse : A) Vrai – la concentration d'alcool (au moins 70%) que l'on trouve dans les SHA à l'hôpital est efficace sur toutes les bactéries y compris multi-résistantes (BHRé, BMR...)

QUESTION 5

CRITÈRE N°9

Antibioprophylaxie

L'antibioprophylaxie doit faire l'objet de protocoles et doit être adaptée à chaque chirurgie et acte interventionnel. Plusieurs états des lieux concernant les procédures, documents non-référencés et les pratiques sont en cours.

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

L'infection est un risque pour toute intervention et, par exemple, en chirurgie l'on retrouve des bactéries pathogènes dans plus de 90 % des plaies opératoires, lors de la fermeture.

Ces bactéries sont peu nombreuses mais peuvent proliférer. Elles trouvent dans la plaie opératoire un milieu favorable (hématome, ischémie...) et l'intervention induit des anomalies de défenses immunitaires.

En cas d'implantation de matériel étranger le risque est majoré. L'objectif de l'antibioprophylaxie est de s'opposer à la prolifération bactérienne afin de diminuer le risque d'infection du site de l'intervention. Les protocoles existent et sont établis sur recommandation de la SFAR 2018.

La consultation préopératoire représente un moment privilégié pour décider de la prescription d'antibioprophylaxie.



QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1 D'après vous existe-t-il des protocoles liés à l'antibioprophylaxie Si oui lesquels et où pouvez-vous les retrouver ?

Réponse – Protocole établi pour chaque discipline chirurgicale
Les protocoles sont disponibles sur cotranet dans l'onglet : phar

QUESTION 2 A quel moment doit-on administrer l'antibiotique ?

Réponse – il faut toujours que l'antibioprophylaxie précède l'intervention dans un délai de de 0 à 60 minutes. .

QUESTION 3

Pourquoi doit-on espacer l'injection d'antibiotique de celle des produits d'induction d'anesthésie ?

Réponse – Afin d'isoler l'acte en cas de réaction allergique des produits.

QUESTION 4

**Sur quel document officiel doit figurer la prescription de l'antibiotique ?
Sur quel document officiel doit figurer l'administration de l'antibioprophylaxie ?**

Réponse – Sur le dossier d'anesthésie
Sur la check list obligatoire du bloc opératoire

QUESTION 5

Quel indicateur est mis en place pour contrôler l'efficacité de l'antibioprophylaxie ?

Réponse – L'antibioprophylaxie permet de diminuer de 50 % le nombre d'infection au niveau du site opératoire



CRITÈRE N°10

Évènements indésirables liés aux soins

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

Un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu (au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne) qui perturbe ou retarde le processus de soin ou impacte directement la santé du patient.

1 La déclaration de l'évènement 2 Le traitement

Les évènements indésirables associés aux soins et les presque-accidents doivent être déclarés **dans le logiciel YES :**

- Renseigner le formulaire avec les informations demandées
- Décrire l'évènement : on peut s'aider en pensant à la méthode QQQQCP (Qui Quoi Où Quand Comment Pourquoi)
- Donner les faits et rester objectif

Attention : Noter le numéro du YES qui est communiqué après enregistrement. Il vous servira à retrouver votre déclaration et les réponses apportées.

- La déclaration est réceptionnée par le service qualité.
- Elle est systématiquement transmise aux cadres des services concernés.
- Sa criticité est évaluée (gravité x fréquence)
- Des actions immédiates sont mises en œuvre (annulation de bilan sanguin si erreur d'identité patient, rappel aux équipes....)

3 L'analyse

La gravité et la fréquence des évènements permettent de **les hiérarchiser et les prioriser**. Différentes instances sont en place au sein d'UNEOS afin d'initier des démarches d'analyse collective permettant de s'interroger sur les pratiques et l'organisation pour améliorer la sécurité des patients et mieux prendre conscience des risques :

- Comité de Retour d'Expérience (CREX):
 - Bloc opératoire
 - Stérilisation
 - Chute
 - Hémo-vigilance
 - Identivigilance
 - pré-analytique
- Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs Associés (REMEDI)
- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN)

Les évènements les plus critiques font l'objet d'une étude approfondie sous la forme :

- **Soit d'une analyse de cause (méthode ALARM)** : c'est un questionnement qui permet d'identifier les causes et les facteurs ayant contribué à la survenue de l'évènement.

Tous les personnels impliqués sont invités car leur participation est impérative pour mener à bien l'analyse

- **Soit d'une revue de Morbi-Mortalité (RMM)** : c'est une démarche structurée et systémique qui permet l'analyse collective, rétrospective et approfondie de cas marqués par la survenue d'un décès ou d'une complication.

La RMM est menée par l'équipe médicale, en coopération avec l'ensemble des personnels impliqués dans la prise en charge du patient.

4 Les actions décidées

Les analyses de causes et RMM permettent de trouver des axes d'amélioration pour que l'évènement ne se produise plus.

Les actions issues de ces analyses sont inscrites dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), avec une échéance et un responsable d'action.

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Je me rends compte que ce matin, j'ai étiqueté le prélèvement de Monsieur A au nom de Madame B. Que dois-je faire ?

- A - J'informe les médecins de ne pas tenir compte du CR
- B - J'appelle le laboratoire pour les prévenir d'annuler le bilan et je prélève à nouveau le patient
- C - Je déclare l'évènement dans le logiciel YES

Réponse - A, B, C

L'ensemble des acteurs concernés par une erreur doivent être informés afin de prendre les mesures immédiates pour corriger l'erreur et limiter son impact.

L'évènement doit être déclaré sur YES afin d'analyser ce qui a provoqué cette erreur

QUESTION 2

Une erreur de côté lors d'une résection pulmonaire est un :

- A - Jour de malchance
- B - Événement Indésirable Associé aux Soins (EIAS)
- C - Événement Indésirable Grave Associé aux Soins (EIGS)

Réponse - C

Un Evènement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS) 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.

Ici l'erreur de côté provoque la mise en jeu du pronostic vital. C'est donc un EIGS

QUESTION 3

Une analyse de cause est :

- A - Un échange qui permet de comprendre les causes d'un évènement
- B - Une opportunité de trouver des actions d'amélioration pour que les évènements indésirables ne se produisent plus
- C - Un gain de temps : prendre 1 heure pour améliorer l'organisation, les pratiques plutôt que perdre des heures à rattraper les erreurs

Réponse - A, B, C

QUESTION 4

Madame M. m'interpelle sur ce médicament que je lui apporte. Je me rends compte qu'il est destiné à Madame F. sa voisine de chambre. Que dois-je faire ?

- A – Je donne à chacune le médicament qui lui est destiné et ne dis rien à personne
- B – Je donne à chacune le médicament qui lui est destiné et je signale dans le logiciel YES
- C – Je donne quand même le somnifère de Mme F à Mme M, elle dormira bien et ne dira rien à personne

Réponse – B

Le signalement permettra d'alerter et d'analyser cet évènement, peut-être que ce presque-accident s'est déjà produit pour un(e) de mes collègues et que l'organisation de la préparation des médicaments est à revoir dans le service, peut-être que les deux médicaments sont semblables ce qui nécessite une alerte à l'ensemble des utilisateurs

QUESTION 5

Un évènement indésirable est survenu la semaine dernière pendant mes congés. La cadre de mon service évoque cet évènement et propose des ajustements dans l'organisation de l'équipe pour mettre en place des barrières de sécurité. Que dois-je faire ?

- A – je cherche à savoir qui était en poste lors de cet évènement
- B – je n'étais pas là la semaine dernière, ce n'est pas ma faute, je ne vais pas changer mes habitudes
- C – je participe à la réflexion pour trouver des axes d'amélioration

Réponse – C

Peu importe qui a fait l'erreur cette fois-ci.

La plupart des erreurs ont des causes profondes autres que l'erreur humaine.

Il ne s'agit pas de trouver un coupable.

Il s'agit d'identifier les causes profondes (problème de matériel, d'organisation, de défaut de formation,...)



CRITÈRE N°11

Check-list

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est devenue obligatoire depuis 2010. Ce groupe de travail met à jour et diffusera la nouvelle version de la check-list. Un travail est également en cours sur le suivi des Go/No Go.



LE SAVAIS-TU ?

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est devenue obligatoire depuis 2010.

Les établissements ont obligation de l'intégrer à la pratique de travail quotidienne de manière non disruptive.

Plusieurs éléments peuvent être suivis par l'établissement pour évaluer le niveau de déploiement de la check-list et sa bonne utilisation :

- La couverture de son utilisation dans les activités au bloc opératoire et autres secteurs interventionnels,
- **La fréquence des GO/NO GO et leur gestion quant aux décisions d'arrêt de la procédure chirurgicale,**
- L'évaluation de son utilisation par les équipes (indicateurs de pratique – pourcentage de renseignements de la listes – de résultat type antibioprophylaxie – taux d'infection du site opératoire)

La check list vise notamment à améliorer le travail au bloc opératoire, **en favorisant le partage des informations et la vérification croisée par les membres de l'équipe médico-soignante**, de critères considérés comme essentiels au bon déroulement de toute intervention chirurgicale qu'elle soit programmée ou réalisée en urgence.

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Quels sont les principaux objectifs de la check list ?

Réponse : Garantir en permanence la sécurité des patients.

Engager une culture et des valeurs qui permettent d'y arriver.

Améliorer le travail d'équipe, la communication interprofessionnelle et favoriser une considération active de la sécurité des patients à chaque intervention

QUESTION 2

Réponse :

Phase 1 : avant induction anesthésique
: identité – consentement éclairé signé
- site opératoire – mode d'installation –
préparation cutanée – allergie – risque
de saignement

Phase 2 : avant intervention
chirurgicale (identité – nature
intervention chirurgicale confirmée
site opératoire – temps opératoire
spécifique – identification du matériel
– confirmation de l'opérationnalité

du matériel – antibioprophylaxie
effectuée – champ opératoire réalisé
selon protocole

Phase 3 : après intervention
chirurgicale (intervention enregistrée –
compte final correct des compresses,
aiguilles et instruments – étiquetage
des prélèvements – si risques médicaux
survenus ont-ils été déclarés en
événements indésirables – prescriptions
post opératoires réalisées

QUESTION 3

Comment et par qui est réalisée la check list ?

Réponse : Elle est réalisée par l'infirmier (e) coordonnateur (trice) de la salle en présence du Chirurgien et/ou de l'IADE et/ou du Médecin Anesthésiste dont le rôle est de ne cocher les items que :

- › Si la vérification a bien été effectuée.
- › Si elle a été faite oralement en présence des membres de l'équipe concernée.
- › Si les réponses marquées d'un * ont fait l'objet d'une concertation d'équipe et d'une décision qui doit le cas échéant être rapportée dans l'encart spécifique.

QUESTION 4

Que veut dire GO et NO GO sur la check list ?

Réponse : DECISION FINALE GO = OK pour incision

NO GO = Pas d'incision. Peut-être réalisée à la fin de l'étape 1 si besoin.

QUESTION 5

La check list a-t-elle un impact organisationnel sur la culture sécurité. Si oui, quels éléments pourraient étoffer votre réponse ?

Réponse : Oui, elle a un impact car suite à un NO GO, on établit une fiche d'évènement indésirable qui donnera lieu à une analyse de cause à l'issue de laquelle un plan d'actions pourra être mis en place.

Il est maintenant impératif de réaliser des statistiques de NO GO afin d'analyser leurs causes. Problème de consultation d'anesthésie, de bilans sanguins, de matériel non disponible, non conforme, défaut de stérilisation...



CRITÈRE N°12.1

Identitovigilance - identification primaire

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

L'**identification primaire** comporte l'ensemble des opérations nécessaires à la gestion de l'identité numérique d'un usager. Elle recouvre donc les étapes de recherche, de création, de modification d'une identité ainsi que l'attribution d'un niveau de confiance aux données enregistrées.

Elle est faite au niveau des Admissions.

Lorsqu'un usager se présente aux Admissions,

- 1** Première étape = vérifier si son identité a déjà été créée dans la base de données, en faisant la recherche par la date de naissance
- 2** Si 1^o venue = création de l'identité numérique, à partir d'un document « de haut niveau de confiance », en enregistrant les **5 traits stricts** : nom de naissance / 1^o prénom de naissance / date de naissance / sexe / lieu de naissance.
- 3** Dernière étape = Une fois ces éléments enregistrés, ou modifiés, il faut attribuer un niveau de confiance à cette identité.

Seul le statut Identité qualifiée permet de partager les données de santé avec d'autres acteurs de santé

L'INS (Identité Nationale de Santé) est composée du n° de sécurité sociale (ou NIR) et des 5 traits stricts.

Ses objectifs sont :

- de contribuer à la qualité de la prise en charge et à la sécurité des soins (le risque d'avoir 2 INS identiques est nul)
- de permettre aux usagers de disposer d'une identité unique et pérenne (sauf si modification d'état civil qui oblige à reprendre le processus de qualification de l'INS)
- de faciliter l'échange et le partage des données de santé entre l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge sanitaire et le suivi médico-social de la personne.

Lorsque le patient a un statut Identité qualifiée, il est possible d'alimenter et de consulter son DMP.

Le DMP renforce la collaboration ville-hôpital en garantissant une circulation sécurisée de l'information entre professionnels de santé. C'est un véritable carnet de santé numérique. Il permet de disposer de la bonne information, au bon moment, où que l'on se trouve.

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Quel(s) document(s) dois-je demander pour créer l'identité du patient (plusieurs réponses possibles) :

- A) Sa carte vitale
- B) Sa pièce d'identité
- C) Sa carte de mutuelle
- D) Son passeport

Réponse A) et B). Les documents considérés comme étant « de haut niveau de confiance » sont : la carte nationale d'identité, le passeport, le titre de séjour

QUESTION 2

Mon patient a une INS avec un statut autre qu'Identité qualifiée (que ce soit Identité validée, Identité provisoire), est-ce que je peux le prendre en charge ?

- A) Oui
- B) Non

Réponse : A) L'absence d'INS pour un usager n'est pas bloquante pour sa prise en charge.

QUESTION 3

Est-ce qu'il est possible de refuser d'ouvrir un DMP ?

- A) Oui
- B) Non

Réponse : A) Le DMP est créé automatiquement pour tous les bénéficiaires d'un régime d'assurance obligatoire, sauf en cas d'opposition de leur part (en appelant le 3422)

QUESTION 4

Si sur la pièce d'identité, les prénoms sont ROSE MARIE (il n'y a qu'un espace entre les 2 prénoms, sans virgule ni tiret), est-ce que je considère que son prénom est ROSE.

- A) Oui
- B) Non

Réponse : B). Lorsqu'il n'y a qu'un espace entre 2 prénoms et qu'il y a un doute sur prénom composé ou pas, il faut se référer à ce que dit le patient. Cependant, il faut lui rappeler de donner le même prénom dans toutes les structures de santé.

QUESTION 5

Un patient en cours de transition de genre peut-il imposer que sa nouvelle identité soit prise en compte alors que sa pièce d'identité n'est pas à jour ?

- A) Oui
- B) Non

Réponse : B). Nos pratiques au sein d'Uneos sont de ne pas modifier l'identité du patient tant que ses documents d'identité ne sont pas modifiés, même s'il présente une décision judiciaire avec la nouvelle identité.



CRITÈRE N°12.2

Identitovigilance - identification secondaire

L'**identification secondaire** consiste à s'assurer systématiquement de la cohérence entre l'identité de l'utilisateur physique et l'identité portée sur la prescription / le document / le dossier / le geste technique qui le concerne.

Il s'agit de vérifier que l'utilisateur bénéficiaire de l'acte est bien celui pour lequel l'acte a été prescrit.



Les bonnes pratiques

- ▶▶ Demander au patient de décliner son identité par des questions ouvertes et précises,
- ▶▶ Vérifier la concordance avec le bracelet d'identification ou tout autre système d'identification
- ▶▶ Pour tout acte de soin, ne disposer que des documents concernant le patient pris en charge en vérifiant la concordance d'identité entre les différents supports

DESCRIPTION DU CRITÈRE :

NON-COMMUNICANTS

Pour les patients non communicants, la vérification de l'identité à son arrivée dans le service est réalisée en s'appuyant, si possible, sur un proche et sur la pièce d'identité numérisée dans Cerner.

RETRAIT DU BRACELET

En cas de retrait de bracelet en cours de séjour (pour raison de bracelet trop serré, de pose de perfusion à proximité, de réaction allergique au bracelet...), un nouveau bracelet doit être remis immédiatement, en vérifiant auprès du patient son identité.

Pour le bloc opératoire, l'étiquetage du nouveau bracelet doit être fait en vérifiant la concordance avec les documents du dossier se trouvant dans la salle

DOUBLONS

En cas de présence de doublon (plusieurs lignes présentes avec les mêmes nom, prénom et date de naissance) dans le DPI ou de suspicion d'usurpation d'identité, il est important de le signaler à la cellule d'identitogarde :

HOMONYMES

La présence d'homonymes dans un établissement mais dans des services différents représente un risque d'erreur important. Il existe différents types d'homonymie.

➤ **Homonymie parfaite (vraie)** = même nom de naissance, même prénom, même date de naissance

➤ **Homonymie partielle** = même nom de naissance, même prénom MAIS pas même date de naissance ou SEULEMENT le même nom

➤ **Homonymie imparfaite** = correspondance exacte de plusieurs traits stricts avec au moins un homophone (ex : DUPOND et DUPONT)



CONTACT

- ▶▶ identitogarde@uneos.fr
- ou
- ▶▶ 3416

CRITÈRE N°13

Gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

L'établissement doit anticiper les risques et menaces auxquels il peut être confronté.



DESCRIPTION DU CRITÈRE :

Chaque établissement de santé doit se doter d'un dispositif de crise, **révisé tous les ans**, dénommé plan Blanc d'établissement qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

DISPOSITIF ORSAN

Ce plan de gestion englobe les orientations du dispositif **ORSAN** (Organisation de la Réponse du système de santé en situations **San**itaires exceptionnelles) :

- **AMAVI (Afflux massif de victimes)**
Accueil et prise en charge d'un nombre important de victimes
- **EPI-CLIM**
Gestion des épidémies saisonnières et/ou lors de phénomènes climatiques voire environnementaux importants
- **NRC**
Accueil et prise en charge des patients dans le cadre d'un événement nucléaire, radiologique, chimique
- **REB**
Accueil et prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent
- **Médico-psy**
Accueil et prise en charge des patients victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat)

SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Ce plan de gestion englobe également les situations sanitaires exceptionnelles pouvant survenir au sein d'UNEOS (risques électrique, liés à l'eau, risque d'incendie, cyberattaque, risques toxiques, panne téléphonique, mouvements sociaux...). Une hiérarchisation fonctionnelle à trois niveaux est définie pour les établissements de santé :

- **Établissements de « première ligne »**
: disposant d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau technique chirurgical activable H24 ou d'une unité d'infectiologie avec capacité d'isolement des patients.
- **Établissements de « deuxième ligne »**
: disposant d'un plateau technique médico-chirurgical mais sans structure d'accueil des urgences H24.
- **Établissements de « troisième ligne »**
: hébergements non identifiés dans les plans fonctionnels. Ils contribuent à l'augmentation de la capacité d'accueil des autres établissements.

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Que signifie PSSE ?

Réponse : Plan de gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles.

QUESTION 2

Qui déclenche le plan ORSAN ?

Réponse : Le Directeur de l'ARS ou Le Préfet ou Le Ministre de la santé.

QUESTION 3

Dans quelle ligne d'intervention sont placés les établissements d'UNEOS ?

Réponse : Deuxième ligne. Établissements disposant d'un plateau technique médico-chirurgical mais sans structure d'accueil des urgences.

QUESTION 4

Comment serez-vous informés du déclenchement d'un plan Blanc ?

Réponse : par SMS.

QUESTION 5

Où pouvez-vous retrouver les procédures liées au PSSE ?

Réponse : Sur Cotranet dans l'onglet RISQ-07.



CRITÈRE N°14

Urgences vitales

Toute urgence vitale de patient, du public, de professionnels dans l'enceinte de l'établissement doit être prise en charge rapidement par des professionnels compétents. Un état des lieux du matériel dédié dans chaque service est en cours. Un circuit cible est également en cours de réflexion.



DESCRIPTION DU CRITÈRE :

Qu'ils disposent ou non d'un service d'accueil des urgences, les établissements de santé doivent pouvoir faire bénéficier à tout patient, professionnel ou visiteur, de la prise en charge la plus précoce possible en cas d'urgence vitale et ce, quel que soit le lieu où se produit l'évènement.

Les professionnels connaissent la procédure d'alerte, le numéro dédié est affiché dans les salles de soins de tous

les secteurs, ainsi que leur rôle et leurs missions dans le déclenchement d'une urgence vitale.

Pour intervenir, le matériel nécessaire à la gestion de l'urgence vitale est défini, connu et contrôlé dans chaque service.

La formation du personnel est un enjeu majeur dans la prise en charge des situations d'urgence vitale, et l'établissement permet son accès et la réactualisation des connaissances.



Les points clés

- ▶ Savoir reconnaître l'ACR : personne inconsciente qui ne respire pas, ou présente une respiration anormale.
- ▶ Débuter précocement la RCP = Réanimation Cardio Respiratoire
- ▶ Agir vite = augmentation des chances de survie (1 min sans réanimation = diminution des chances de survie de 10%)
- ▶ Connaître la procédure de déclenchement en cas d'urgence vitale : appel **88**



Les bonnes pratiques

- ▶ Alerter
- ▶ Débuter le massage cardiaque immédiatement
- ▶ Mettre en place le DSA dès que possible.
- ▶ Ventiler dès que les ressources le permettent
- ▶ Connaître la localisation du matériel d'urgence et son utilisation

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Qu'est-ce qu'un ACR ?

Réponse : ACR signifie Arrêt Cardio Respiratoire. C'est une défaillance brutale de la fonction cardiaque. L'ACR entraîne l'arrêt de la circulation et de la respiration. Sans intervention, il provoque le décès en quelques minutes.

QUESTION 2

Quelle est la conduite à tenir face à un ACR ?

Réponse : A) Contrôler l'état de conscience et la respiration
B) Alerter : appel 88 – déclenchement de la procédure d'urgence vitale
C) Commencer le massage cardiaque externe sans interruption jusqu'à l'arrivée des renforts et de la mise en place du DSA

QUESTION 3

Qui peut utiliser un DSA et comment bien l'utiliser ? (DSA = Défibrillateur Semi-Automatique)

Réponse : Le DSA est utilisable par tous sans formation préalable.
A) Allumer l'appareil - B) Suivre les instructions
N.B : le mettre en place le plus rapidement possible dans le cas d'un ACR

QUESTION 4

Pourquoi est il crucial d'agir vite lors d'un ACR ?

Réponse : chaque minute sans réanimation diminue de 10 % les chances de survie.

QUESTION 5

Quand dois-je vérifier mon matériel d'urgence ?

Réponse : Le chariot d'urgence doit être contrôlé mensuellement **et** après chaque utilisation, selon la check-list correspondante intégrée sur Cotranet. Son contrôle est tracé, et le numéro de scellé est précisé. Tout manquement dans le chariot est corrigé immédiatement pour que son intégrité soit respectée.



CRITÈRE N°15

Indicateurs qualité et sécurité des soins

Ces indicateurs sont nationaux et s'appliquent à tout établissement.

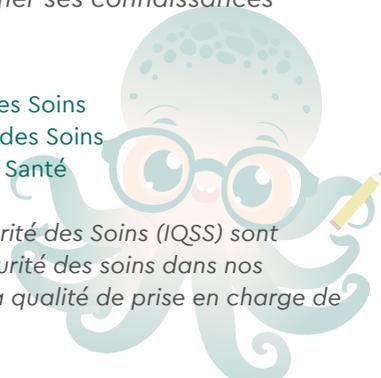
QUESTIONS/RÉPONSES pour vérifier ses connaissances

QUESTION 1

Que sont les IQSS ?

- A) Indicateurs nationaux de Qualité et Sureté des Soins
- B) Indicateurs nationaux de Qualité et Sécurité des Soins
- C) Indicateurs nationaux de Qualité et Soins de Santé

Réponse : B), les indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) sont des outils utilisés pour mesurer la qualité et la sécurité des soins dans nos établissements afin d'améliorer continuellement la qualité de prise en charge de nos patients



QUESTION 2

Quels sont les critères évalués dans les IQSS ?

- A) La Qualité de la lettre de Liaison
- B) Le taux de vaccination antigrippale
- C) Questionnaire E-satis
- D) Le risque infectieux
- E) Consommation de savon doux
- F) Consommation Solutions hydroalcooliques
- G) Consommation Gant stérile

Réponse : A), B), C), D), F)

Les IQSS concernent les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de psychiatrie et peuvent être évalués de différentes manières :

➤ En s'appuyant sur le dossier médical du patient :

- ▶ L'évaluation de la qualité de la prise en charge clinique se fait par des indicateurs qui mesurent par exemple une pratique professionnelle ou l'apparition de complications.
- ▶ L'évaluation de la qualité de la coordination des prises en charge se fait à travers la qualité de la lettre de liaison à la sortie

➤ Sur la base d'un questionnaire établissement : la prévention des Infections associées aux soins dont les indicateurs recueillis portent sur la couverture vaccinale du personnel et la consommation des solutions hydroalcooliques

➤ Sur la base d'un questionnaire destiné aux patients : par la réponse à l'enquête nationale E-satis, le patient peut donner son niveau de satisfaction et partager son expérience.

QUESTION 3

Qu'est-ce que le dispositif E-satis ?

- A) Un indicateur de mesure de la satisfaction des professionnels
- B) Un dispositif de mesure de la satisfaction des patients dans les établissements de santé

Réponse : B), E-satis est le dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience patient visant à recueillir l'avis des usagers sur la qualité des soins et des services reçus pendant leur hospitalisation.

QUESTION 4

E-satis permet de collecter des données sur la satisfaction des patients concernant :

- A) L'accueil et la prise en charge à l'hôpital
- B) Le confort et l'environnement
- C) La qualité des soins médicaux
- D) La sécurité des soins
- E) La satisfaction générale

Réponse : A), B), C), D), E), ces questionnaires sont adaptés au type de séjour (MCO, SMR, PSY) et mis à disposition des patients par la Haute Autorité de Santé.

Ils portent sur les différents aspects clé de l'expérience patient :

- > L'accueil et la prise en charge à l'hôpital
- > Le confort et l'environnement
- > La qualité des soins médicaux
- > La sécurité des soins
- > La satisfaction générale

QUESTION 5

Par quel moyen les patients sont-ils invités à participer à E-satis ?

- A) Par courrier postal
- B) Par téléphone après leur hospitalisation
- C) Par e-mail après leur hospitalisation
- D) Par un questionnaire papier remis pendant leur hospitalisation

Réponse : C), lors de son admission, il est nécessaire d'informer le patient de l'évaluation par le questionnaire E-satis et de l'utilisation de son adresse mail. A sa sortie, un mail automatique lui sera envoyé par la plateforme de l'HAS avec un lien unique, individuel et sécurisé lui permettant de répondre au questionnaire.

BON À SAVOIR

Les résultats obtenus nous permettent d'identifier nos points forts et les domaines nécessitant des axes d'amélioration.

L'ensemble des IQSS sont présentés annuellement lors des différentes instances de l'établissement et sont affichés en service.

CRITÈRE N°16

Le numérique



DESCRIPTION DU CRITÈRE :

La certification HAS intègre le numérique comme un levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les établissements de santé doivent démontrer une bonne maîtrise de leurs systèmes d'information selon quatre axes :

1 SÉCURISATION DES DONNÉES ET CONFORMITÉ RÉGLEMENTAIRE

- Accès sécurisé aux données patients (authentification, traçabilité).
- Protection contre les cyberattaques (PRA/PCA, sauvegardes).
- Conformité RGPD et confidentialité des informations.

2 INTEROPÉRABILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS

- Échange sécurisé des données avec le DMP
- Utilisation de la MSSanté
- Interopérabilité entre les logiciels métiers inter-établissements.

3 USAGE DES OUTILS NUMÉRIQUES DANS LE PARCOURS PATIENT

- DPI mis à jour en temps réel.
- Prescription électronique pour éviter les erreurs médicamenteuses.
- Déploiement de la télémédecine et du télé-suivi.

4 QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS VIA LE NUMÉRIQUE

- Logiciels d'aide à la décision pour les prescriptions et diagnostics.
- Identification et gestion des risques SI (ex : panne, cyberattaque).
- Sensibilisation et formation continue des professionnels



LE SAVAIS-TU ?

80 % des établissements ayant subi une cyberattaque déclarent un impact direct sur la prise en charge des patients. La vigilance et la formation du personnel sont essentielles !

QUESTIONS/RÉPONSES *pour vérifier ses connaissances*

QUESTION 1

Question 1 : Pourquoi est-il important d'avoir un accès sécurisé au Dossier Patient Informatisé (DPI) ?

- A) Pour permettre à tous les professionnels de santé d'y accéder librement
- B) Pour protéger les données personnelles et garantir leur traçabilité
- C) Pour éviter que les patients ne puissent y accéder

Réponse B – Seuls les professionnels autorisés peuvent y accéder selon leur fonction, et toutes les connexions sont tracées.

QUESTION 2

Que signifie MSSanté ?

- A) Messagerie Sécurisée de Santé
- B) Messagerie Spéciale des Soins
- C) Module de Sécurité Sanitaire

Réponse A Messagerie Sécurisée de Santé– MSSanté est une messagerie sécurisée utilisée pour l'échange de données de santé entre professionnels.

QUESTION 3

Que faut-il faire en cas de suspicion de cyberattaque ?

- A) Ouvrir un ticket IT et continuer son travail
- B) Contacter immédiatement le service informatique et signaler l'incident
mettre numéro 3200 + préciser ne pas fermer la session + préciser ne plus utiliser le poste
- C) Attendre de voir si le problème se règle tout seul

Réponse B – Tout incident doit être signalé immédiatement pour limiter l'impact sur l'établissement.

QUESTION 4

Pourquoi la prescription informatisée est-elle encouragée dans les établissements de santé ?

- A) Pour alléger le travail des médecins et infirmiers
- B) Pour éviter les erreurs de prescription et améliorer la traçabilité des traitements
- C) Pour permettre aux patients de modifier leur traitement directement

Réponse B – La prescription électronique réduit les erreurs liées aux ordonnances manuscrites, assure une meilleure traçabilité et optimise la sécurité des soins.



Bonnes
révisions !

