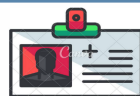


Les 10 réflexes de la Qualité et de la Sécurité des Soins



Je vérifie l'identité des patients
régulièrement



**Je respecte la mise en œuvre des précautions
standard et complémentaires**
(hygiène des mains, hygiène respiratoire...)



Je respecte la confidentialité des patients

je ne parle pas d'eux dans les couloirs, je mets en veille
l'écran d'ordinateur en quittant le chariot de soins...



JE SIGNALE

Je signale tout événement indésirable
dont j'ai connaissance



Je respecte l'intimité et la dignité des patients

(portes fermées, hygiène des locaux, rideaux
de séparation dans les chambres doubles...)



Je ferme la porte de la salle de soins
quand il n'y a personne, **je ferme l'armoire à
pharmacie** après chaque utilisation



Je décline mon identité et ma fonction

lorsque je me présente dans la chambre d'un patient



J'établis des prescriptions conformes
et claires



J'assure que le patient consent avant
de lui donner un soin



**Je respecte la règle des 5B et les modalités
particulières d'administration des
médicaments à risque**





Sommaire

Qualité et Gestion des Risques :

p4 : La politique QGDR

p5 : L'organisation de la QGDR

P6 : Les équipes du RISSQ

p7 : Les vigilances sanitaires

p8 : Les Outils de la QGDR

p9 : Le portail Qualité intranet

p10-11 : Les indicateurs de l'établissement

p12 : Signalement des événements indésirables

p13 : Les analyses de causes des EIAS



Maitrise des risques associés aux soins :

p14-15 : Identitovigilance

p16 : Prise en Charge Médicamenteuse

p17 : Médicaments à risque

p18 : Risque infectieux : PS

p19 : Risque infectieux : PC

p20 : Risque infectieux : Les portes d'entrée

p21 : Risque transfusionnel

p22 : Antibioprophylaxie liée aux actes invasifs

p23 : Check-list au bloc opératoire

p24 : Gestion de la douleur

p25 : Urgences vitales intra-hospitalières

p26 : Le dossier patient

p27 : La lettre de liaison



Le patient :

p28 : Accueil du patient

p29 : Les informations à donner au patient

p30 : La personne à prévenir et la personne de confiance

p31 : Les directives anticipées

p32 : Respect du consentement et des droits du patient

p33 : Respect de l'intimité et de la dignité du patient

p34 : La maltraitance ordinaire

p35 : Repérage des violences intra-familiales

p36 : Représentants des Usagers

p37 : Engagement et satisfaction des patients

La certification :

P38-39



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LA POLITIQUE QGDR



POLITIQUE QUALITE SECURITE DES SOINS

6 OBJECTIFS PRIORITAIRES 2022 - 2024

1

→ Assurer un management par la qualité et la sécurité des risques

- Développer une amélioration continue de la qualité des soins, suivre le PAQSS et favoriser sa déclinaison à l'échelle des unités de soins
- Favoriser le recueil de l'expression du patient, la bientraitance du patient et lutter contre la maltraitance ordinaire
- Poursuivre la mise en place d'une politique de QVT

2

→ Promouvoir l'implication des usagers

- Impliquer les usagers dans les différents commissions qualités
- Favoriser l'expérience patient et la notion de patient expert
- Développer les audits de type patient-traceur

3

→ Favoriser le travail en équipe

- Favoriser l'analyse des pertinences de parcours de soins, des actes et des prescriptions au sein des équipes
- Poursuivre le développement des analyses de pratiques au sein des équipes
- Favoriser la mise en place de parcours-patients permettant l'analyse de la coordination entre les services

4

→ Promouvoir la maîtrise des risques

- Favoriser le signalement des EIAS, poursuivre leur analyse et leur retour
- Poursuivre le développement des RMM, CREX, RETEX, ... en particulier dans les services à risques

5

→ Progresser grâce aux indicateurs

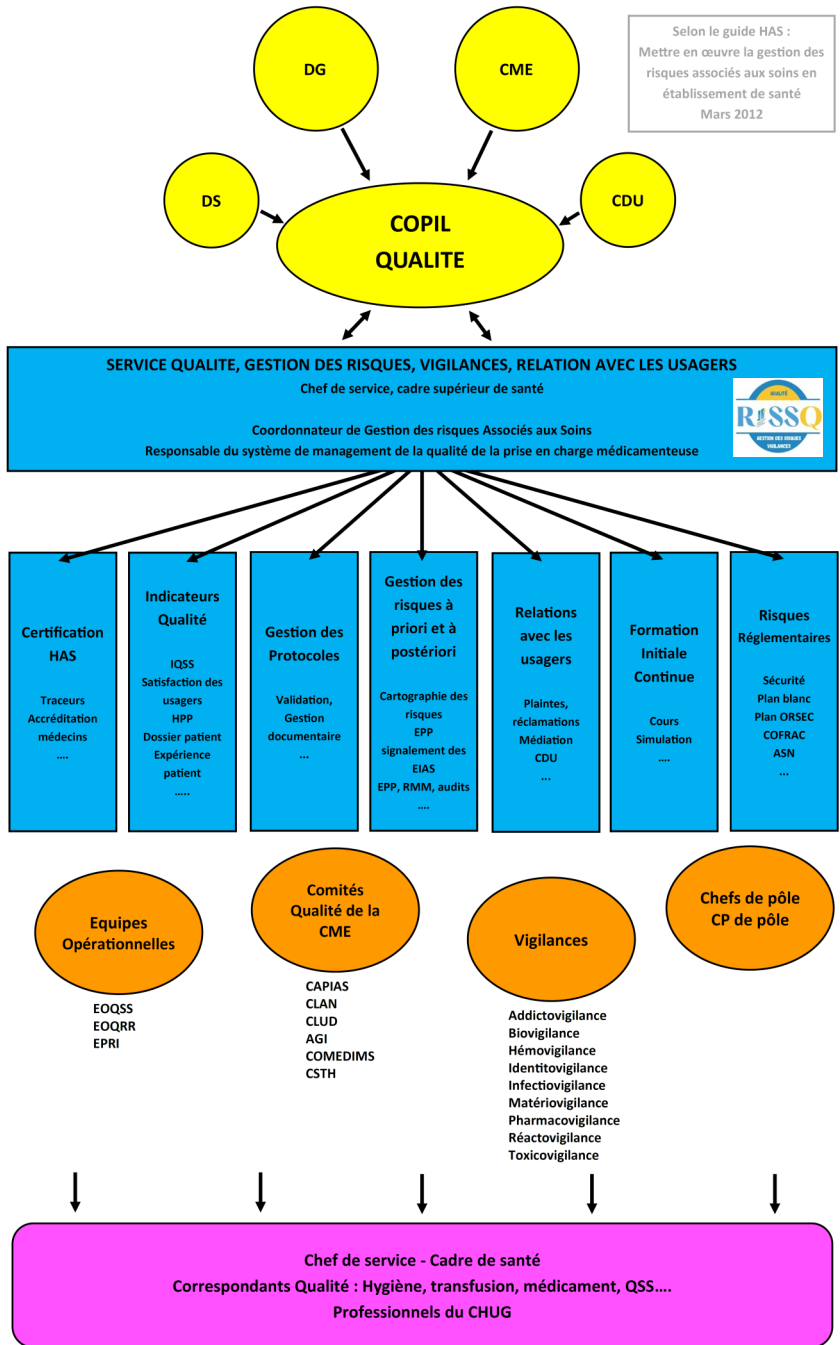
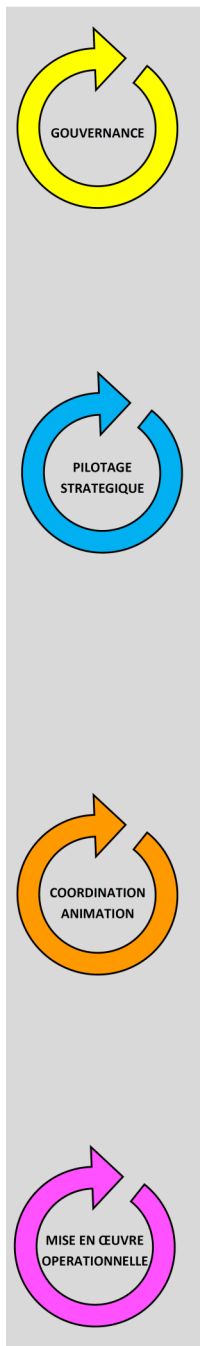
- Evaluer l'efficacité des actions mises en place grâce aux indicateurs
- Décliner et suivre ces indicateurs à l'échelle des services
- Elaborer des plans de communications des indicateurs

6

→ Poursuivre la sécurisation des soins

- Finir le déploiement de l'informatisation des unités de soins
- Sécuriser l'approvisionnement des services (pharmacie, logistique, ...)
- Sécuriser l'achat et l'entretien des équipements biomédicaux
- Poursuivre la sécurisation de la Gestion Documentaire

L'ORGANISATION DE LA QGDR



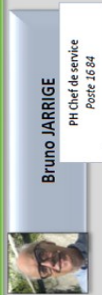
LES EQUIPES DU RISSQ

Service Qualité, Gestion des Risques, Vigilances INTRA CHU



Organigramme
fonctionnel

EPM: Equipe de physique médicale
 EPRI: Equipe de la prévention du Risque Infectieux
 OSS: Qualité Sécurité des Soins
 PCI: Prévention et Contrôle des Infections
 PCR: Personne Compétente en Radioprotection
 QRR: Qualité Risques Réglementaires
 RU: Représentants des Usagers



Bruno JARRIGE
PH Chef de service
Poste 16 84



Anne-Marie BALAGA
Cadre supérieur
poste 47 34



Arlette LOUISE
Adjoint administrative
RISSQ/RU
Poste 16 00



Arlette RENE
Adjoint administrative
RISSQ
poste 16 80



Maïder COPPRY
Responsable PH
poste 26 67



Mathilde RANGER
PH contractuel
poste



Elodie BAHUREL
Cadre PCI
poste 16 88



Nathalie FOUCAN
Cadre PCI
Poste 16 82



Sarah LUTEE
IDE PCI
Poste



Tania FOUCAN
Responsable PH et Co GDR
poste 15 17



Melissa MARTIN
PH HEMO
poste 26 68



Simon FANINGER
PH HEMO RECH + HEMO
poste 26 69



Viviane SURPIN
Cadre OSS/RU
Poste 15 42



Nathalie GOTIN
Cadre OSS
poste 16 92



Manuel NABAYANINSAMY
Cadre OSS
Poste 16 48



Sylvana ERMOND
IDE OSS
Poste 36 85



Robert MELANE
Responsable Ingénieur
poste 16 05



Jacqueline LIVEZE
TSH QRR
poste 18 71



Ludovic MOZAR
PCR QRR
poste 25 43



Vincent MOUTAMA
PCR QRR
poste 25 44



Abdoulaye DJALLO
Responsable Physicien
Poste 48 46



Isabelle SAGET
physicien
poste 48 44



David MOZIEL
Physicien
poste 27 47













Ouallid GHOUINI
Physicien
poste



Tristan FRIGOT
Dosiériste
poste 12 03

LES VIGILANCES SANITAIRES

Infectiovigilant		Dr COPPRY Maider	2667
Hémovigilant		Dr MARTIN Melissa Dr FANINGER Simon	2668 2669
Identitovigilant		Dr DECORET Frédérique	3543
Pharmacovigilant		Dr SALIEGE Marion Dr ANCEDY Audrey	3228 1896
Matérovigilant DM		Dr JULIANS Gaelle Dr SALIEGE Marion	1220 3228
Matérovigilant biomédical		M. JOHARY Jean-Pierre	4672
Radiovigilant		M. MOZAR Ludovic M. DIALLO Abdoulaye	2543 4846
Réactovigilant		Dr RAHALI Mohammed-Ali	1150
Toxicovigilant		Dr RAHALI Mohammed-Ali	1150
AMP-vigilant		Dr MORINIERE Catherine	4643
Biovigilant (greffe)		Dr LAWSON Roland	1028

LES INSTANCES

CAPIAS	Prévention du risque infectieux et antibiotique	Dr CURLIER Elodie	3557
COMEDIMS	Médicaments et dispositifs médicaux	Pr CHERET Antoine	1740 - 4733
CSTH	Transfusion	Dr MEZGHENNA Nacerine	1245
CLUD	Douleur	Dr GENE Sonny	1645
CLAN	Nutrition	Dr LALANNE Marie-Laure	1340
CIV	Identitovigilance	Dr DECORET Frédérique	3543

LES OUTILS DE LA QGDR

LE PLAN D'ACTION QUALITE

PROJET	OBJETIF	RESPONSABLE	DATE DE DEBUT	DATE DE FIN	STATUT
PROJET 001	Améliorer la qualité des documents (Dossiers Patients)	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 002	Optimiser les processus de gestion des risques	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 003	Améliorer la qualité des soins	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 004	Améliorer la qualité des services	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 005	Améliorer la qualité des équipements	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 006	Améliorer la qualité des formations	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 007	Améliorer la qualité des communications	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 008	Améliorer la qualité des infrastructures	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 009	Améliorer la qualité des services de soins	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours
PROJET 010	Améliorer la qualité des services de soutien	MEUNIER DAVID	01/01/2024	31/12/2024	En cours

LE PORTAL QUALITE

Portail Qualité

Système d'Information Qualité

Accueil

Gestion documentaire

Communication

VISITE DE CERTIFICATION HAS

BIENVENUE sur le portail du RISSQ

Gestion Documentaire

Gestion des risques

Enquêtes et Audits

Santé et Sécurité

Identitovigilance

LE BON SOIN AU BON PATIENT

Cherchez Perreur

EVITONS LES ERREURS

LE JOURNAL Santé et Sécurité

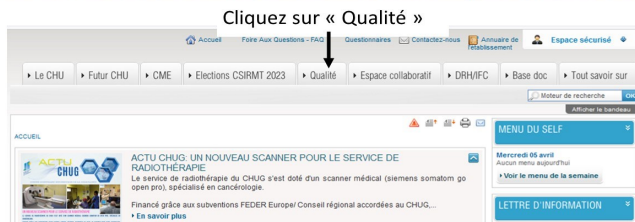
LE PORTAIL QUALITE INTRANET

UTILISATION DU PORTAIL QUALITE

MO/RISSQ/0003/V1/2023



1 Sur l'intranet du CHU : cliquez sur « Qualité » (pas besoin de s'identifier sur l'intranet)



Pas besoin de s'identifier

2 Cliquez sur le lien « Portail Qualité »



Cliquez sur le lien

3 La page du portail GALA s'ouvre



En cliquant ici, vous pouvez directement consulter des documents, protocoles, affiches, outils de la certification, ...

Le mode opératoire pour vous connecter la première fois est écrit ici.
Toute personne travaillant au CHUG peut se connecter.

Une fois connecté (e), vous verrez apparaître ici un nouvel onglet pour signaler les événements indésirables

En cas de souci de connexion merci de contacter le RISSQ

LES INDICATEURS DE L'ETABLISSEMENT



Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins IQSS - 2022 (données 2021)

Les Indicateurs Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) sont développés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ils mesurent, la qualité et la sécurité des soins dans tous les hôpitaux et cliniques français. Ils sont développés avec les professionnels de santé, les patients et les usagers, à partir de références professionnelles, organisationnelles, réglementaires et/ou d'un consensus d'experts.

Leur recueil est annuel.

Ces indicateurs sont mesurés lors des audits de dossier patients. Ils sont ensuite analysés, exploités et communiqués à l'ensemble des professionnels avec mise en place de plans d'actions

Dossier du patient MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique)

Lettre de liaison à la sortie



Score : 70%



Évaluation de la qualité du document remis le jour de la sortie du patient

Lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire



Score : 58%



Évaluation de la qualité du document remis le jour de la sortie du patient

Évaluation de la douleur



Score : 60%



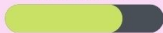
Évaluation de la prise en charge de la douleur pendant l'hospitalisation : évaluation, prise en charge et réévaluation

Dossier du patient SSR (Soins de Suite Réadaptation)

Lettre de liaison à la sortie



Score : 74%

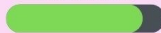


Évaluation de la qualité du document remis le jour de la sortie du patient

Projet de soin/de vie



Score : 86%

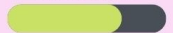


Existence d'un projet de soin/de vie comportant les éléments nécessaires à une rééducation coordonnée avec la participation du patient

Évaluation de la douleur



Score : 72%



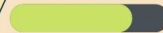
Évaluation de la prise en charge de la douleur pendant l'hospitalisation : évaluation, prise en charge et réévaluation

Dossier du patient en HAD (Hospitalisation à Domicile)

Tenue du dossier patient

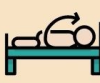


Score : 77%

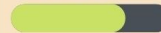


Évaluation de la qualité du dossier du patient

Évaluation du risque d'escarre



Score : 72%



Évaluation de la traçabilité du risque d'escarre entre la pré-admission et au plus tard les 7 jours suivant l'admission

Évaluation de la douleur



Score : 67%



Évaluation de la prise en charge de la douleur pendant l'hospitalisation : évaluation, prise en charge et réévaluation

Prévention du Risque Infectieux

Mise en place des PCC (Précautions Complémentaires Contact)



Score : 50%



Évaluation de la mise en place de précautions contact chez les patients le nécessitant

Information du patient de la mise en place de PCC



Score : 6%



Évaluation de l'information de la mise en place de précautions contact chez les patients le nécessitant

Score ICSHA



Score : 196%



Évaluation de la consommation de solution hydro-alcoolique en rapport avec l'activité










LES INDICATEURS DE L'ETABLISSEMENT



Décision par le COPIL QUALITE de travailler sur 2 critères en 2023 :








- Lettre de liaison à la sortie
- Evaluation et prise en charge de la douleur

LETTRE DE LIAISON A LA SORTIE

	2019	évolution	2022	Valeurs nationales 2022
MCO	35% 		70 % 	56%
MCO après chirurgie ambulatoire	19% 		58% 	76%
SSR	91% 		74% 	62%

Actions prévues : mémento de la lettre de sortie - adaptation Easily - Rappels CME

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

	2019	évolution	2022	Valeurs nationales 2022
MCO	15% 		60 % 	88%
SSR	63% 		72% 	85%
HAD	Non évalué		67% 	76%

Actions prévues : mise à jour des procédures - livrets de la douleur - formations in situ

SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

- CRITERE IMPERATIF -



Charte d'incitation au signalement des Évènements Indésirables Associés aux Soins

Pointe à Pitre, le 21/11/2022

La sécurité de nos activités est une préoccupation permanente dans notre CHU.

Le développement d'un hôpital sûr, donnant confiance à nos patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité des soins, des personnes et des biens.

Notre objectif est d'améliorer notre visibilité sur ces événements indésirables afin d'entretenir la culture des risques associés aux soins et d'apporter les mesures correctives, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires, après analyse des causes.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de signaler, spontanément et sans délai, toute information sur un événement indésirable.



Pour favoriser ce retour d'expérience, nous, signataires de la présente charte, nous engageons à ce que l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai signalé un événement indésirable.

Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré aux règles de sécurité.

M. GUYADER E.
Directeur Général

M. BLANCHET P.
Président de la CME

Mme FOMOA M.
Directrice des Soins

LES ANALYSES DE CAUSES DES EIAS

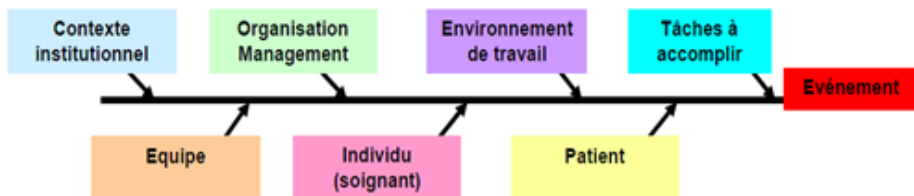
- CRITERE IMPERATIF -

Une Analyse Approfondie de Causes (AAC) d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est une analyse réalisée en équipe pluridisciplinaire (médecins, IDE, AS, ...) suivant la méthode ALARM*.

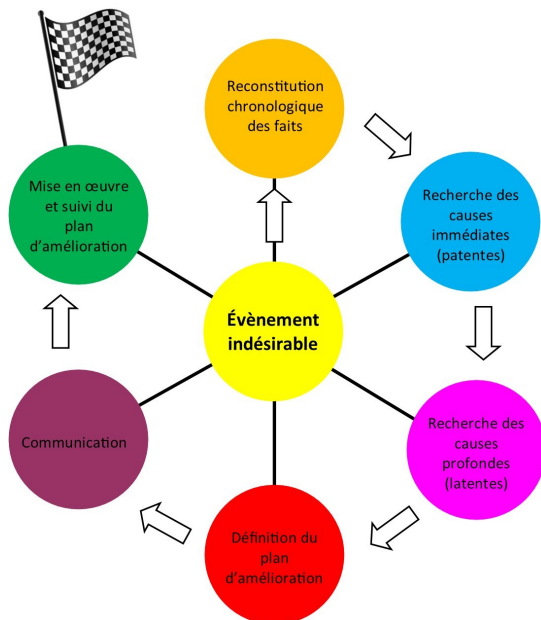
Elle peut être réalisée avec l'appui de l'Equipe Opérationnelle Qualité et sécurité des Soins (EOQSS)

*ALARM : Association of Litigation and Risk Management

La méthode ALARM



Un plan d'action pour une amélioration des prises en soins est ensuite élaboré et présenté à toute l'équipe. Des responsables du suivi des actions sont également désignés.



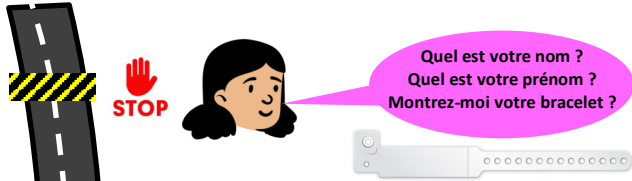
La gestion des évènements indésirables doit ainsi être traitée comme une opportunité d'analyse des pratiques et de mise en place d'une dynamique collective de gestion des risques.

Analyser tous ensemble les causes profondes permet de
Sécuriser les soins
Favoriser le travail en équipe

IDENTITOVIGILANCE

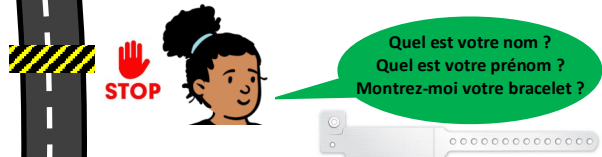
LE BRACELET D'IDENTIFICATION EST OBLIGATOIRE
LA QUESTION OUVERTE EST OBLIGATOIRE

ACCUEIL

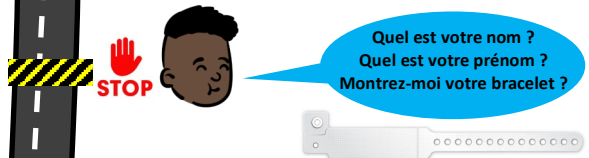


HOSPITALISATION

Prélèvements
Médicaments
Soins

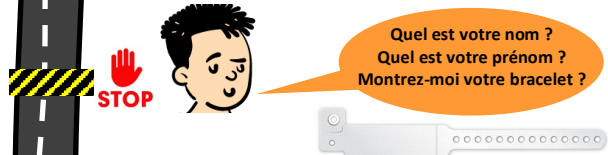


TRANSPORT INTERNE



BLOC OPÉRATOIRE

Accueil
Intervention
Installation



EXAMENS

Imagerie
Consultations ...



SORTIE

Documents de sortie



IDENTITOVIGILANCE

COMMUNIQUER SUR L'IDENTITOVIGILANCE ET L'IDENTITE INS



1

Le recueil d'identité est le premier acte de soin

2

A chaque étape de la prise en charge/soin du patient, il est nécessaire de :

- Contrôler la concordance/cohérence entre les documents (dossier, prescription, étiquette, etc.) et le patient
- Associer le patient, acteur de sa sécurité, à son identification
- Poser des questions ouvertes (quel est votre nom, etc.)

3

Adapter les bonnes pratiques d'identification au type de prise en charge (long/court- séjour...) et aux capacités du patient (communiquant ou non)

4

Utiliser les autres moyens d'identification (bracelet, photo...), notamment pour les patients qui ne peuvent répondre aux questions ouvertes

A DESTINATION DU SECTEUR SANITAIRE
IDENTITOVIGILANCE SECONDAIRE



RÉSEAU DES
RÉFÉRENTS RÉGIONAUX
D'IDENTITOVIGILANCE



Le message à retenir

Pour tous les soins, vous devez toujours vous assurer de l'identité de votre patient avec les différents contrôles de cohérence

PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

Responsabilité



- La prescription est toujours sous la responsabilité médicale,
- Sauf urgence, la prescription orale est interdite car elle majore les risques,
- L'administration des médicaments est effectuée par les infirmiers dans le cadre de leur responsabilité propre, elle ne peut se faire sans prescription médicale.

Les contrôles simultanés nécessaires :

- Identité du malade versus la prescription médicale
- Identité des médicaments versus la prescription médicale

Il est nécessaire que ce soit le (la) même infirmier(e) qui prépare et administre le médicament.

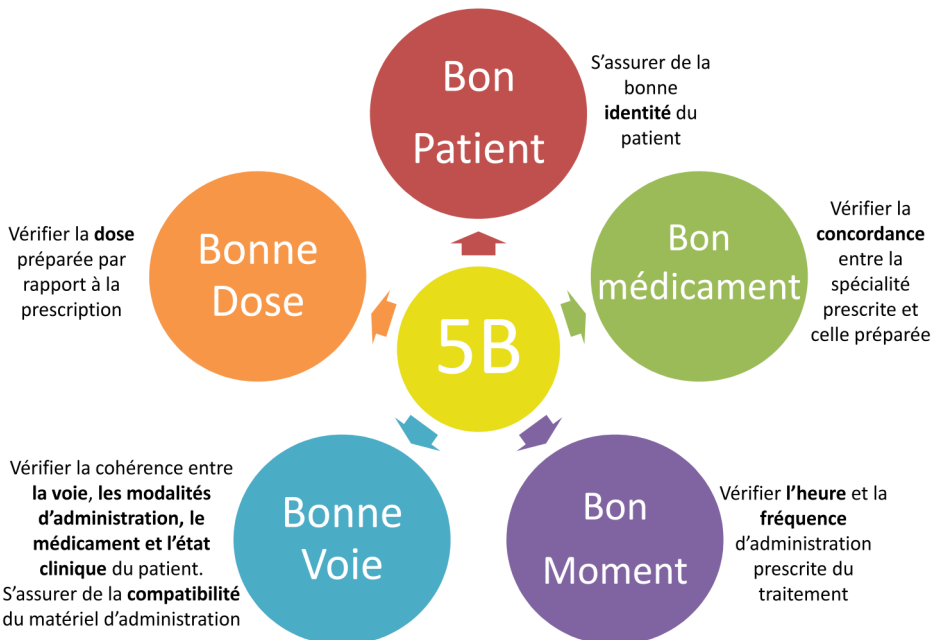
Le délai de préparation doit être le plus proche de l'administration

- Les médicaments ne doivent pas être déblistérés et ne doivent pas être coupés pour permettre leur identification jusqu'à l'administration.

Toute préparation réalisée doit être étiquetée

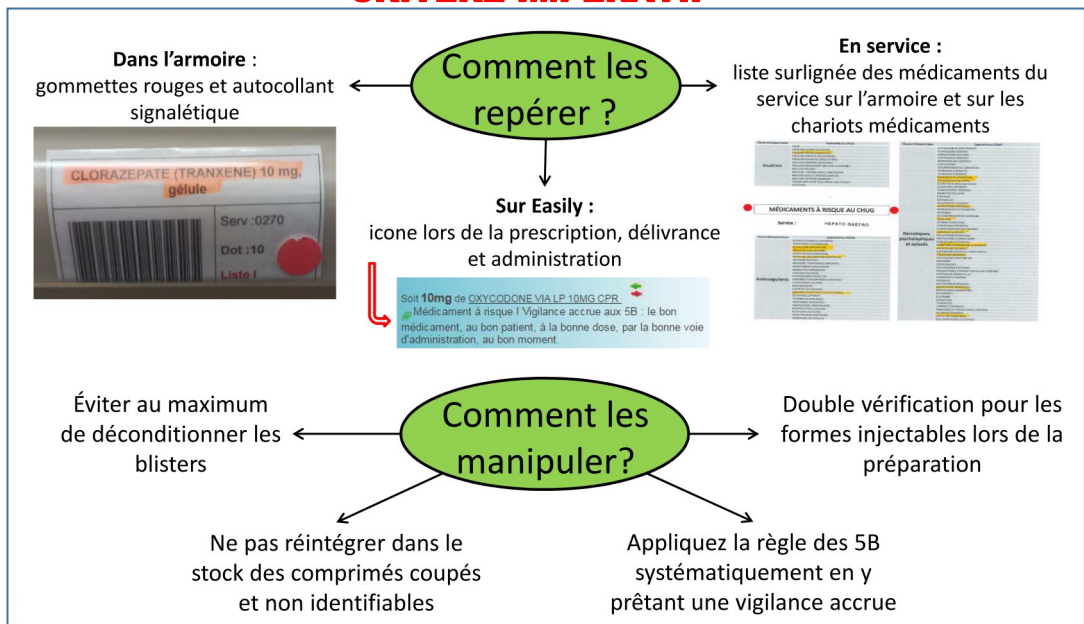
- L'étiquette sur les injectables doit comporter : nom, prénom du patient, nom du médicament, date, heure de préparation, heure de début et fin de perfusion, débit, signature de l'IDE.

Règle des 5B



LES MEDICAMENTS A RISQUES

- CRITERE IMPERATIF -



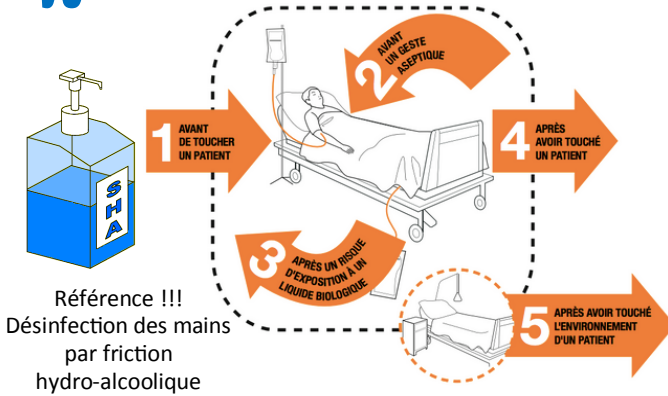
Never Events (par définition évitables)



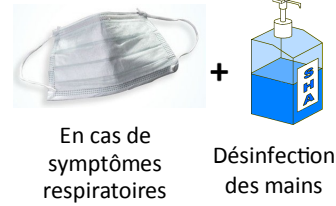
RISQUE INFECTIEUX : P. « Standard »

- CRITERE IMPERATIF -

Hygiène des mains



Hygiène respiratoire



Prévention des AES

Protection du professionnel



Equipements de Protection Individuelle

Mis juste avant le soin
Éliminés juste après le soin
Utilisés à bon escient



TOUT SOIN

TOUT LIEU

TOUT PATIENT

TOUT PROFESSIONNEL

Gestion de l'environnement



Gestion des Excreta



RISQUE INFECTIEUX : P. Complémentaires

- CRITERE IMPERATIF -

PRECAUTIONS "CONTACT"



FRICTION :

- APRES TOUT contact avec le patient ou son environnement



TABLIER :

- Pour TOUT contact de la tenue professionnelle avec le patient ou son environnement



MATERIEL :

- Dédié dans la chambre

VISITEURS

MERCI DE VOUS RAPPROCHER DE
L'ÉQUIPE SOIGNANTE



PRECAUTIONS "AIR"



CHAMBRE INDIVIDUELLE

PORTE FERMÉE

TOUT ENTRANT = MASQUE FFP2



- Le mettre AVANT D'ENTRER dans la chambre
- L'enlever APRES ÊTRE SORTI de la chambre

PATIENT = MASQUE CHIRURGICAL



- Avant de SORTIR de la chambre

VISITEURS

NE PAS ENTRER SANS L'ACCORD
DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE



PRECAUTIONS "GOUTTELETTE"



CHAMBRE INDIVIDUELLE

ou regroupement



TOUT ENTRANT

= MASQUE CHIRURGICAL

- Pour tous les soins DIRECTS ou tous les soins à PROXIMITÉ du patient (<6 mètres)



PATIENT

= MASQUE CHIRURGICAL

- Avant de SORTIR de la chambre



FRICTION :

- APRES TOUT contact avec le patient ou son environnement et AVANT de porter ses mains au visage

VISITEURS

MERCI DE VOUS RAPPROCHER DE
L'ÉQUIPE SOIGNANTE



RISQUE INFECTIEUX : PORTES D'ENTREE

- CRITERE IMPERATIF -



SITE OPÉRATOIRE

Préparation opéré

- Douche préopératoire au plus près de l'acte
- Préparation cutanée de l'opéré
- Antibioprophylaxie chirurgicale (si indiquée)

Professionnels

- Hygiène des mains
- Port correct du masque + Barbe protégée
- Tenue et chaussures propres dédiées au bloc + protection cheveux

Plaie opératoire

- Pansement occlusif : changé dès que décollé ou souillé
- Surveillance des signes d'infections

SITES PULMONAIRE, VASCULAIRE ET URINAIRE

Hygiène des mains

Traçabilité

Antiseptie cutanéomuqueuse

PULMONAIRE

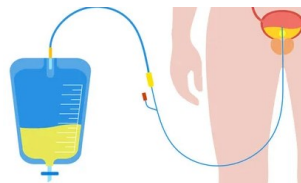
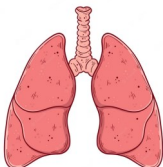
- ✓ Soins de bouche (prévention PAVM)
- ✓ Patient en position demi-assise

URINAIRE

- ✓ Sonde en position déclive
- ✓ Prélèvement sur site dédié désinfecté
- ✓ Hygiène périnéale quotidienne

VASCULAIRE

- ✓ Matériel sécurisé (prévention AES)
- ✓ Pansement occlusif et transparent
- ✓ Manipulation des lignes avec compresse imprégnée d'un antiseptique alcoolique



RISQUE TRANSFUSIONNEL

Pré-transfusionnel

Prescription conforme =
COMPLETE

Acte transfusionnel

Contrôle ULTIME
→ CONCORDANCE
→ COMPATIBILITE si CGR

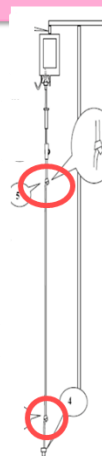
Identitovigilance



Post-transfusionnel

SURVEILLANCE dans les
2h après

DOUBLE NŒUD pour
débrancher



INFORMATION patient
→ Tracée

Contrôle à RECEPTION
→ Traçabilité fiche de
délivrance

Paramètres cliniques
(avant, pendant et en fin de
transfusion)

15min

SURVEILLANCE
15 premières minutes en
continu puis régulièrement

6h

Délai MAXIMAL
pour débuter la
transfusion



PREVENIR RISQUE TACO
(= OAP)

Identifier patients à risques :
FA, âgé, ins.
cardiaque/rénale, HTA...
→ **Débit lent au début**

TRACABILITE
Dossier transfusionnel et
dossier patient



Conservation minimum
4h du PSL/ABTest

4h

**CAT
EIR**

**1- Arrêter
transfusion**

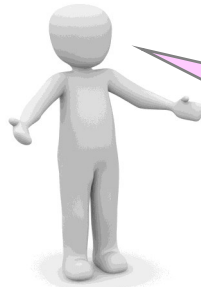
**2- Alerte
médecin**

**3- PEC du
patient**

**4- SIGNALER
EFS / hémovigilant**

ANTIBIOPROPHYLAXIE LIEE AUX ACTES INVASIFS

- CRITERE IMPERATIF -



L'antibioprophylaxie diminue d'environ 50% le risque d'infection du site opératoire

ANTIBIOPROPHYLAXIE



**BON
PRODUIT**

RESPECT du choix de l'antibiotique, selon les recommandations nationales et de l'établissement



**BON
MOMENT**

RESPECT du délai entre l'administration et l'incision et l'administration et l'induction



**BONNE
DOSE**

RESPECT de la dose recommandée, notamment en cas d'obésité



**BONNE
DUREE**

RESPECT de la durée la plus courte possible

= SECURITE

Sans oublier la
« check-list »

CHECK-LIST AU BLOC OPERATOIRE

- CRITERE IMPERATIF -

OBJECTIFS

- Garantir en permanence la sécurité des patients
- Promouvoir la culture sécurité au bloc opératoire et le travail en équipe

COMMENT

Par le partage des informations au sein de l'équipe et les vérifications croisées à chaque étape de l'intervention chirurgicale

3 PHASES IDENTIFIEES

- avant l'induction anesthésique
- avant l'intervention chirurgicale
- après l'intervention et avant la sortie du patient au bloc opératoire

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »		Bloc : _____ Salle : _____	
Version 2018		Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____	
« Vérifier ensemble pour décider »		Chirurgien « intervenant » : _____	
		Anesthésiste intervenant : _____	
		Coordonnées(s) check-list : _____	
Identification du patient Étiquette du patient ou Nom, prénom, date de naissance			
AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE Temps de pause avant anesthésie			
• L'identité du patient est correcte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • L'autorisation d'opérer est signée par les parents ou le représentant légal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • L'intervention et le site opératoire sont conformes : - « idéalement par le patient et, dans tous les cas, par le dossier ou protocole spécifique » <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / l'intervention et non dangereux pour le patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • L'équipement / le matériel nécessaires pour l'intervention sont vérifiés et adaptés au poids et à la taille du patient : - pour la partie chirurgicale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - pour la partie anesthésique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - Actes sans prise en charge anesthésique <input type="checkbox"/> N/A • Le patient présente-t-il un : - risque allergique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* - risque d'insublation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* - risque de saignement important <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*			
AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE Temps de pause avant incision (appelé aussi time-out)			
• Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des chirurgien(s), anesthésiste(s), IADE-IBOQUE/IDE - identité patient confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - intervention prévue confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - site opératoire confirmé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - installation correcte confirmée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - documents nécessaires disponibles (notamment images) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time-out) - « sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'anatomie, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérateur, etc.) » <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - « sur le plan anesthésique (Actes sans prise en charge anesthésique (sauf pendant les séjours (gynécologie, etc.) ou des traitements éventuellement maintenus, etc.) » <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • L'anesthésiophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* • La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*			
APRÈS INTERVENTION Pause avant sortie de salle d'opération			
• Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : - « de l'intervention enregistrée » <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - « du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. » <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - « de l'équipement des prélèvements, pièces opératoires, etc. » <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* - « si des éléments indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? » <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Si aucun élément indésirable n'est survenu pendant l'intervention cocher N/A • Les prescriptions et la surveillance post-opératoire (y compris les seuls d'alerte spécifiques) sont faites conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique et adaptées à l'âge, au poids et à la taille du patient <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Décision concertée et notée en cas de réponse dans une case marquée d'un *			
ATTENTION SI ENFANT ! • Assurez les parents à la vérification de l'identité, de l'anesthésie et du site opératoire. • Assurez l'opérateur agité. • Insistez sur la surveillance adaptée au poids, à l'âge et à la taille. • Vérifiez les prescriptions. • Assurez l'enfant en salle d'attente.			
SEUL PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attention que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordinateur CL			
→ DÉCISION FINALE <input type="checkbox"/> GO = OK pour incision <input type="checkbox"/> NO GO = Pas d'incision ! Si No Go : condescence sur l'intervention ? <input type="checkbox"/> Retard <input type="checkbox"/> Annulation			

le rôle du coordinateur de la check-list, ainsi que les modalités de mise à jour de la check-list, sont définies dans le protocole de la Haute Autorité de Santé (HAS) et sont disponibles sur le site de la HAS.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

N/A : Non Applicable pour cette intervention ; N/A : Non Renseigné pour cette intervention



PAS DE DECOLLAGES
ET D'ATERRISSAGE
SANS CHECK-LIST



GESTION DE LA DOULEUR

- CRITERE IMPERATIF -

Bien prendre en charge la douleur

Recommandations

Evaluer et Réévaluer la douleur :

- Tous les jours, plusieurs fois par jour
- Après chaque administration d'antalgiques
- Jusqu'à disparition de la douleur

Tracer les évaluations et les réévaluations de la douleur : dans le dossier de soins

Utiliser des échelles adaptées :

- Echelle Verbale Simple (EVS)
- Echelle Numérique (EN)
- Echelle Visuelle Analogique (EVA)
- Echelle des visages
- Doluplus, Algoplus,...
- EDIN, DAN,...



Bien prendre en charge la douleur

C'est bien prescrire

Recommandations

Traitement non médicamenteux : cf recommandations du CLUD

Traitement médicamenteux :

- Prescription sans niveau de douleur (ex PARACETAMOL 1000 : 3 x /jour)
- Prescription avec niveau de douleur déclenchant l'administration (ex MORPHINE 5mg si EN>4)
- **Pas de prescription « si besoin »**

N'oubliez pas de faire appel à

l'Equipe Mobile Douleur et Soins palliatif (EMDSP)

LES URGENCES VITALES INTRA-HOSPITALIERES

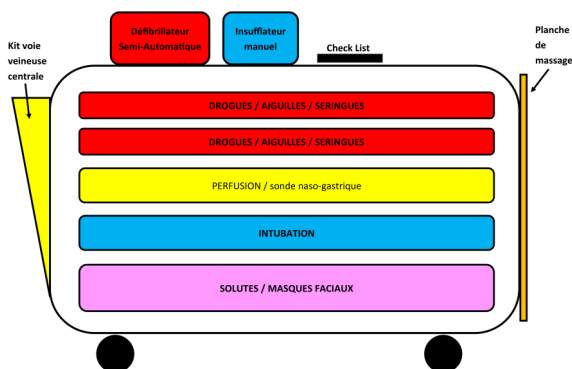
- CRITERE IMPERATIF -

Numéro des Urgences Vitales intra-Hospitalières (UVIH)

Ce numéro renvoi sur la régulation du SAMU



Chariot d'urgence ADULTE



ATTENDUS DE LA PRISE EN CHARGE DES UVIH

Le chariot UVIH doit être :

- aisément et rapidement accessible.
- vérifié une fois par mois (vérification du matériel, gestion des médicaments périmés, traçabilité de la vérification).
- vérifié systématiquement après chaque utilisation (traçabilité de la vérification).

Après chaque ouverture, le chariot UVIH doit être scellé et le numéro du scellé doit être noté sur la fiche de traçabilité.

La présence du scellé et le bon fonctionnement du défibrillateur doivent être vérifiés tous les jours (traçabilité).

Les professionnels doivent être formés à l'AFGSU 1 ou 2 (obligatoire—valable 3 ans).

Des simulations in situ (exercices de mise en situation) doivent être organisées dans les services.

LE DOSSIER PATIENT

Règles importantes à respecter	Par qui ?
IDENTITOVIGILANCE : Identifier avec une étiquette tous les éléments papiers du dossier du patient	Médecin/Interne IDE/AS Secrétaire
RENSEIGNER LA PERSONNE A PREVENIR	Médecin/Interne IDE/AS Secrétaire
RENSEIGNER LA PERSONNE DE CONFIANCE	Médecin/Interne IDE/AS
RENSEIGNER L'INFORMATION SUR LES DIRECTIVES ANTICIPEES les intégrer au dossier si présentes	Médecin/Interne IDE/AS
Compléter les données médicales et paramédicales d'entrée (POIDS, TAILLE, IMC, ECHELLE DE BRADEN, autonomie, ...)	Médecin/Interne IDE/AS
Compléter (et/ou vérifier) les ANTECEDENTS du patient	Médecin/Interne
Réévaluer les risques : DOULEUR, DENUTRITION, CHUTE, ESCARRES, RISQUE SUICIDAIRE, vulnérabilité sociale,...	Médecin/Interne IDE/AS
Tracer le BENEFICE/RISQUE	Médecin
Tracer l'ensemble des SOINS effectués	IDE/AS
Tracer la REEVALUATION DE L'ANTIBIOTHERAPIE à 48-72h	Médecin/Interne
Tracer toutes les INFORMATIONS DONNEES AU PATIENT ou à sa famille	Médecin/Interne IDE/AS
Tracer les SITUATIONS DIFFICILES (pronostic sévère, LATA, EIAS, ...) et leurs annonces	Médecin/Interne

Droit d'accès du patient majeur à son dossier :

- Un patient peut consulter son dossier médical à n'importe quel moment sur place
- S'il en fait la demande écrite (service Relations avec les Usagers), le dossier médical devra être fourni au patient :
 - ⇒ Dans les 8 jours suivants, pour tout dossier de moins de 5 ans
 - ⇒ Dans les 2 mois suivants, pour les dossiers plus anciens



LA SORTIE DU PATIENT

Lettre de liaison (ou Compte-rendu d'Hospitalisation)

Remise en main propre au patient le jour de la sortie
(et donc datée du jour de la sortie du patient)

Mentionnant obligatoirement :

1. Les coordonnées du service
2. L'identification du patient
3. L'identification du médecin traitant ou du médecin adresseur
4. L'identification du signataire de la lettre
5. Les dates d'entrée et de sortie
6. Le motif d'hospitalisation
7. La synthèse médicale du séjour
8. Les actes réalisés et/ou les résultats d'examens complémentaires
9. Les suites à donner : planification future des soins
10. Les traitements prescrits à la sortie de l'établissement avec la posologie et la durée du traitement (ou ordonnances de sortie) . En précisant s'il s'agit du même traitement qu'à l'entrée ou en précisant les modifications médicamenteuses ainsi que le motif de la modification.

La lettre de liaison (ou le compte-rendu d'hospitalisation comportant les mêmes éléments et remis à la sortie) est un **élément clé de la continuité des soins**. Elle doit être remise au patient le jour de la sortie et adressée au médecin traitant. Elle résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville ».



Elle peut également être versée au DMP du patient ou envoyée via une messagerie de santé sécurisée en lien avec Mon Espace santé



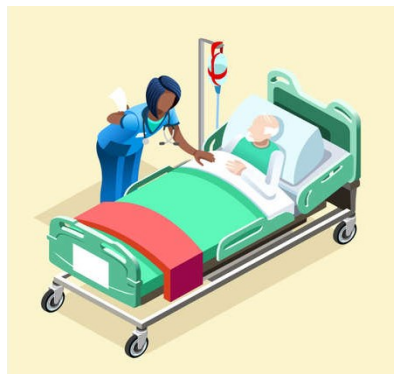
En 2022, conformité de nos lettres de liaison :

- 70% en MCO
- 58% après chirurgie ambulatoire
- 74% en SSR

ACCUEIL DU PATIENT

L'accueil du patient et de son entourage est le premier soin.
Sa qualité influence la relation future.
Il est le lien qui lui permet de s'exprimer tout au long du séjour et favorise un climat de confiance.

- > Accueillir
- > Rassurer
- > Installer
- > Récupérer, le cas échéant, les documents médicaux
- > Présenter le livret d'accueil
- > Informer du déroulement chronologique des différentes étapes de prise en charge
- > Recueillir le nom et les coordonnées de la personne à prévenir
- > Donner l'information sur la personne de confiance, et recueillir la désignation de celle-ci, le cas échéant
- > Donner l'information sur les directives anticipées, et recueillir celles-ci le cas échéant
- > informer le patient de la possibilité d'exprimer sa satisfaction ou son insatisfaction quant à son séjour



LES INFORMATIONS A DONNER AU PATIENT

1. Les droits des patients : le patient est informé

1. Sur la possibilité de désigner une personne à prévenir ou une personne de confiance (si majeur) et sur ses droits à rédiger des directives anticipées
2. Des conditions d'accès à son dossier patient, s'il le souhaite
3. Des représentants des usagers ou associations qui peuvent l'accompagner et des modalités pour les contacter (coordonnées...)
4. De ses droits contenus dans le livret d'accueil



2. La prise en charge du patient

1. Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic (hypothèse, confirmation), son état de santé, ses traitements, ses soins, la durée prévisionnelle de sa prise en charge, etc.
2. L'évaluation bénéfice/risque a été expliquée et partagée avec le patient ou, le cas échéant, avec le patient et/ou la personne de confiance qu'il a désignée.
3. Le patient est informé sur son projet de soins
4. Dispositif médical implantable :
 - Le patient a été préalablement informé avant la pose du dispositif médical implantable.
 - Le patient est informé des mises en garde, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident et reçoit toute autre information destinée à garantir l'utilisation sûre du dispositif.
5. Le patient reçoit une information sur les produits sanguins labiles et les médicaments dérivés du sang qui lui ont été administrés, les risques encourus, les précautions et les conduites à tenir en cas d'incident.
6. En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire.
7. En cas de contention, le patient – et/ou sa personne de confiance – a reçu une information claire et explicite sur sa motivation.
8. En cas de restriction de liberté, le patient et/ou sa personne de confiance ont reçu une information claire et explicite.
9. En cas de reprogrammation opératoire, le patient est informé
10. Le patient est informé des médicaments qu'il prend et des consignes d'administration.
11. Le patient, notamment âgé, ses proches et/ou aidants sont informés du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation et de son évaluation.
12. Le patient est informé qu'il a reçu des rayonnements ionisants.
13. Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport, dans le respect du cadre de travail défini par la société de transport.



3. L'expression du patient

1. Le patient est informé des modalités pour exprimer sa satisfaction et/ou son expérience durant et après son séjour (e-Satis, questionnaires de satisfaction).
2. Le patient est informé des modalités pour soumettre une réclamation durant et après son séjour, s'il le souhaite.
3. Le patient est informé des modalités pour déclarer tout événement indésirable grave lié à ses soins (EIGS).



4. La sortie du patient

Le patient, en prévision de sa sortie, est informé :

- des éventuelles modifications de son traitement habituel (arrêt, substitution, posologie, etc.) ;
- de l'éventuel nouveau traitement prescrit ;
- des consignes de suivi ;
- de la nécessité de signaler tout effet indésirable lié à son traitement médicamenteux et selon les modalités indiquées.

Le compte rendu d'hospitalisation et l'ordonnance lui seront remises.



PERSONNE A PREVENIR/DE CONFIANCE

Personne à prévenir



La personne à prévenir est la personne que le patient désigne dès son arrivée. Elle sera contactée par les médecins ou l'équipe soignante en cas d'évènement particulier d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin de séjour, sortie de l'établissement,...) ou en cas d'aggravation de l'état de santé.

La personne à prévenir ne reçoit pas d'informations médicales concernant le patient et ne participe pas aux décisions médicales.

Personne de confiance

Formulaire disponible dans le livret d'accueil



Le patient peut désigner dans son entourage une personne de confiance qui peut, s'il le souhaite, accompagner le patient dans ses démarches de santé – y compris lors des consultations médicales – et transmettre à l'équipe soignante ses volontés au cas où il serait hors d'état de s'exprimer.

Désignation de la personne de confiance :

La personne de confiance peut-être le conjoint, un parent, un enfant, un proche ou le médecin traitant.

La désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

La personne de confiance peut accompagner le patient et l'aider à prendre une décision. Elle doit être consultée en priorité lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et ne peut plus recevoir d'information.

À noter :

- La désignation d'une personne de confiance par un malade ne s'impose pas au médecin qui peut toujours demander à s'entretenir seul avec son patient.
- La personne de confiance n'a pas accès au dossier médical.
- La personne de confiance n'a pas de pouvoir de décision mais juste de conseil et d'information à l'égard du patient.



Si le rôle de la personne de confiance et de la personne à prévenir sont bien distincts, rien n'interdit au patient de désigner la même personne dans les deux cas.

Une seule personne de confiance doit être désignée , mais plusieurs personnes à prévenir peuvent être désignée.

DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées » afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment là, en capacité d'exprimer sa volonté.

De quoi s'agit-il ?

Les directives anticipées permettent au patient en fin de vie* d'exprimer ses souhaits concernant la possibilité de limiter, d'arrêter, de refuser ou de poursuivre des traitements en cours ou des actes médicaux . Elles permettent également au patient d'exprimer sa volonté d'accéder ou non à une sédation profonde et continue.

** patient atteint d'une affection grave et incurable en phase avancée ou terminale ou d'une défaillance multi-viscérale engageant le pronostic vital à court terme (ex suite à un accident grave).*

Qui peut les rédiger ?

Le patient doit :

- être majeur.
- être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée (attestation d'un médecin traitant dans certains cas) au moment de la rédaction.
- écrire lui-même ses directives.

Elles doivent être datées et signées.

Le patient doit préciser ses nom de naissance, prénoms, date et lieu de naissance.

La rédaction se fera soit librement sur le formulaire « Directives anticipées » (présent dans le livret d'accueil) ou à partir des modèles pré-remplis prévus par la loi (Arrêté du 3 août 2016).

Si le patient peut pas écrire et signer lui-même ses directives, il peut faire appel à 2 témoins (dont sa personne de confiance, s'il l'a désignée).

A noter :

Les directives anticipées ont une durée illimitée.

Toutefois elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.



L'équipe informe le patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Cette information peut être délivrée à tout moment. Il est toutefois souhaitable que cette information fasse partie des informations générales que reçoit tout patient ou usager du système de santé

Lorsque le patient a rédigé ses directives anticipées, celles-ci sont tracées et conservées dans le dossier du patient.

RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE

Toute personne a droit au respect de sa vie privée

L'obligation de confidentialité

- Respecter le secret professionnel, c'est faire preuve de discrétion professionnelle (agents de l'établissement, collaborateur occasionnel),
- Respecter la volonté de la personne soignée en cas de demande de non divulgation de sa présence.



Dans les services de soins

- Dans les chambres : frapper avant d'entrer, fermer les portes, ne laisser aucun document nominatif, demander aux visiteurs de sortir lors des soins.
- Réaliser le recueil de données du patient en faisant preuve de discrétion, lors de soins dispensés à un patient mettre en place le matériel adapté afin de préserver son intimité.
- Ne pas pratiquer de soins ni de visites dans les couloirs, sauf contrainte architecturale
- Recevoir les familles dans un local approprié et non dans un endroit public
- Ne pas laisser apparaître sur l'écran de l'ordinateur des informations, des documents et dossiers relatifs aux patients

En règle générale

- Transporter les dossiers des patients dans le respect des règles de confidentialité établies,
- Lors des brancardages, les dossiers sont disposés « à l'envers » sur le brancard, de sorte que l'identité inscrite sur « l'endroit » ne puisse être visible pendant le transfert,
- Ne pas prononcer le nom d'un patient devant un autre patient ou dans les locaux publics (couloirs, ascenseurs, selfs) sauf exception liée aux contraintes
- Ne pas donner le motif d'hospitalisation, ni d'information sur l'état de santé d'un patient à des personnes non habilitées, sauf à la personne de confiance,
- S'assurer du consentement de la personne soignée avant de délivrer des informations à son entourage,
- Respecter la procédure interne pour toute demande d'accès au dossier patient.

A l'accueil et à l'admission

- Faire respecter la limite de confidentialité
- Procéder de manière confidentielle au questionnement du patient pour la consultation du dossier administratif

RESPECT DE L'INTIMITE ET DE LA DIGNITE

- CRITERE IMPERATIF -

Le respect de la dignité

1. Avant d'entrer dans une chambre tout professionnel frappe et attend la réponse si possible
2. Tout professionnel se présente au patient, décline son identité, sa fonction, indique le motif de la visite et porte un badge
3. Dans le dialogue soignant-soigné le vouvoiement est la règle (éviter le tutoiement, l'infantilisation et toute forme de familiarité)
4. Porte des chambres majoritairement fermées (sinon arguments à laisser ouvert)
5. Respecter dans la mesure du possible, les cultures, croyances et pratiques religieuses du patient
6. Faire respecter les horaires de visite pour favoriser le repos des patients
7. Expliquer les gestes réalisés et les dispositions prises au regard de la prise en charge médicale décidée par le médecin
8. Veiller à ce que la prise en charge et l'environnement du patient soit adapté à ses capacités (handicap)



Le respect de l'intimité

1. Respecter la pudeur et l'intimité de la personne soignée en toutes circonstances : veiller à éviter la déambulation de patient dénudé dans les couloirs, mise en place des rideaux de séparation dans les chambres doubles
2. Ne pas réaliser la visite médicale pendant les actes nécessitant une certaine nudité
3. Ne jamais parler de la vie privée du patient dans un lieu ouvert ou en présence d'autres patients
4. Ne jamais parler de sa propre vie privée entre collègues, pendant les soins au patient
5. Ne jamais parler d'un patient en présence d'un tiers
6. Les transmissions s'effectuent dans une pièce réservée, porte fermée
7. Ne jamais laisser les dossiers ou les radiographies ouverts dans un lieu de passage

LA PORTE DE LA CHAMBRE

Ouverte ou fermée
VOUS POUVEZ CHOISIR !



PÒT A CHAMM LA

Ouvè ou fèrmè
SE ZOT KA CHWAZI !



LA MALTRAITANCE ORDINAIRE

- CRITERE IMPERATIF -

Qu'est ce que la maltraitance ordinaire ?

C'est une maltraitance qui se distingue d'une maltraitance intentionnelle. Elle est présente dans le quotidien, banalisée, parfois invisible.

Il peut s'agir d'un patient qui se sent abandonné, mal ou pas informé qui a le sentiment de ne pas avoir été suffisamment écouté ; qui s'est vu imposer des attentes interminables et inexpliquées, ou qui a le sentiment d'être transparent.

Les différents sources de maltraitance selon la HAS

Maltraitance liée à des comportements individuels :

- Discussion entre professionnels devant un patient
- Manque d'écoute des professionnels envers le patient ou ses proches
- Menaces et humiliations du patient
- Culpabilisation des proches

Maltraitance liée à l'organisation :

- Mise à distance des proches
- Manque de disponibilité
- Rythme imposé des soins
- Le bruit
- Dysfonctionnements d'une organisation complexe
- Les sorties mal préparées
- L'absence de réponse aux courriers de doléances

Transmissions des informations :

- Annonce brutale
- Quête permanente d'information auprès des professionnels

La prise en charge de la douleur :

- Plaintes ignorées ou minimisées
- Soins douloureux

Le respect de la dignité :

- Problèmes liés à la réalisation de certains soins de base : toilette, recueil des urines et des selles



Quelques situations à risque

- **Le séjour en soins critiques** : plus une personne est immobilisée, plus elle est dépendante et risque d'être confrontée à des situations de maltraitance.
- **L'accueil aux urgences** : Les personnes et leurs proches sont souvent angoissés par une situation médicale incertaine.
- **L'arrêt des soins curatifs chez un patient en fin de vie.**
- **La survenue d'évènements indésirables** (erreur, infections nosocomiales).

REPERAGE DES VIOLENCES INTRA-FAMILIALES

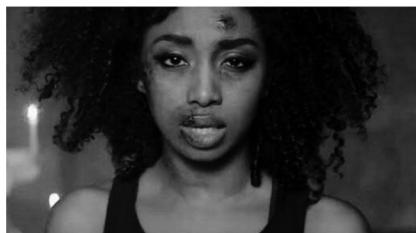
MALTRAITANCE(S) ?



Vous suspectez une situation de maltraitance chez un(e) patient(e) ?

Vous avez un doute ?

Appelez-nous à l'UMJ, on en discute...



**Flasher
le QR code
pour plus de
renseignements**



UMJ : Unité Médico-Judiciaire

2040 / 4752 (secrétariat)

1944 (ligne avis interne)

LES REPRESENTANTS DES USAGERS



LES REPRESENTANTS DES USAGERS



Qu'est-ce qu'un Représentant des Usagers (RU) ?

C'est un **bénévole, membre d'une association de santé** qui est nommé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il est désigné pour représenter **TOUS LES USAGERS** du CHU de Guadeloupe. Il facilite l'expression des malades, favorise le dialogue et l'échange avec les professionnels de Santé.

Ils sont régulièrement formés par France Assos Santé sur l'évolution des missions des RU dans le système de santé.

Quelles sont leurs missions ?

- ⇒ Collaborer par leurs observations, remarques, suggestions, aux actions d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients.
- ⇒ Examiner les plaintes et réclamations adressées au Directeur Général et s'assurer du suivi de celles-ci.
- ⇒ Participer aux comités traitant de la douleur, de l'éthique, de l'alimentation, de l'hygiène, ...
- ⇒ Participer à la démarche de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS).

A quoi sert la Commission des Usagers ?

- ▶ Veille au respect des droits des patients
- ▶ Contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients
- ▶ Facilite les démarches des patients et celles de leurs proches

Le Représentant des Usagers est le « porte parole » des patients et de leurs proches

4 représentants des usagers sont membres de la CDU du CHU de la Guadeloupe :

2 représentants des usagers titulaires :

Claire CROIZIER : claire.croizier@chu-guadeloupe.fr

Alain LASCARY : alain.lascary@chu-guadeloupe.fr

2 représentants des usagers suppléants

Hary DANICAN : hary.danican@chu-guadeloupe.fr

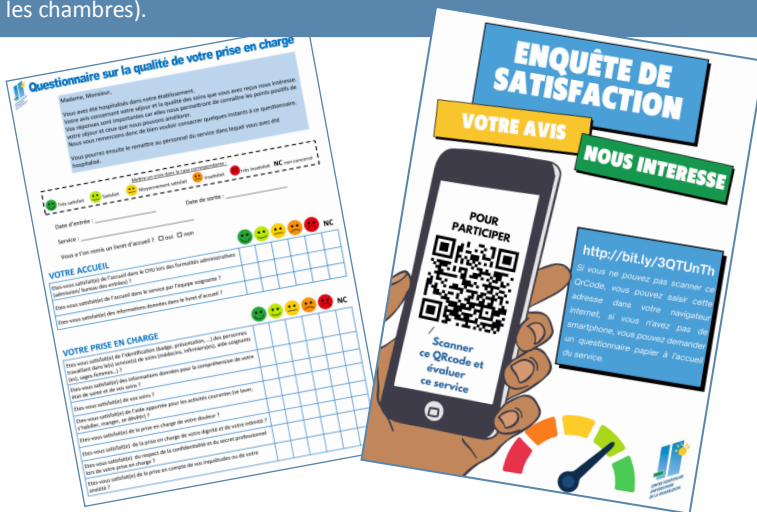
Michèle QUESTEL : michele.questel@chu-guadeloupe.fr

EXPRESSION DES PATIENTS

Satisfaction

Les patients peuvent exprimer leur satisfaction à la fin de leur séjour :

- en répondant au questionnaire national e-satis qui sera envoyé sur leurs boîte mail
- en répondant au questionnaire du CHUG, soit sous format papier (présent dans le livret d'accueil) soit sous format dématérialisé (en scannant le QR code dont les affiches sont présentes dans toutes les chambres).



Plaintes et réclamations

Les patients ou leurs proches peuvent, durant ou après l'hospitalisation exprimer leurs plaintes ou réclamations :

- Oralement auprès du responsable du service concerné, d'un soignant ou d'un représentant des usagers qui sera en charge de les transmettre par écrit à la Direction des Relations avec les Usagers
- Par courrier au service RISSQ
Service Qualité, Gestion des risques, Vigilances et Usagers (RISSQ).
C.H.U.G
Route de Chauvel, 97159 les Abymes
- Par email à :
⇒ representantdessusagers@chu-guadeloupe.fr
⇒ sec.rissq@chu-guadeloupe.fr



Il leur sera possible de rencontrer : un membre de la direction, un représentant usagers ou un médiateur (membre de la Commission des Usagers).

En 2022 : **65 plaintes et réclamations** ont été recueillies concernant essentiellement la perte d'objets, le délai d'attente, les difficultés relationnelles.

Mais également le **non respect du secret médical** ou le **non respect des droits des patients**.

LA CERTIFICATION

A quoi sert la Certification ?

La « Certification des Etablissements de Santé pour la qualité des soins » sert porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des Soins dans les Etablissements de Santé :

- Evaluation externe OBLIGATOIRE depuis 1996
- De tous les établissements de santé, public comme privé
- Réalisée tous les 4 ans par des pairs, professionnels de santé, mandatés par la HAS (Haute Autorité de Santé)

Elle permet :

- D'écouter les patients et les professionnels et observer les pratiques
- D'évaluer le niveau d'atteinte aux exigences du référentiel de Certification (cible = 100%)
- De produire une synthèse contextualisée des points forts et marges d'amélioration les plus significatifs
- D'accompagner l'établissement dans sa démarche continue de la qualité et de sécurité des soins

Quels en sont les 4 enjeux principaux ?



ENGAGEMENT
DU PATIENT



CULTURE
DE L'ÉVALUATION
DE LA PERTINENCE
ET DU RÉSULTAT



TRAVAIL
EN ÉQUIPE



ADAPTATION
AUX ÉVOLUTIONS
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Elle porte sur 3 public et comporte 15 objectifs :



LE
PATIENT



LES ÉQUIPES
DE SOINS



L'ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ

Certification des établissements de santé pour

la qualité des soins :

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 soins 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 au sein de l'équipe
6. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge
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 imputée 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

Patients, soignants, un engagement partagé

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

LES METHODES D'EVALUATION

5 nouvelles méthodes d'évaluation sur le terrain

Permettant une :

- Simplification / standardisation
- Médicalisation et un ancrage dans les pratiques des soignants
- Recentrage sur le résultat de la prise en charge pour le patient



Patient traceur

Évalue la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient

Le dossier du patient est présenté dans un premier temps à l'évaluateur.
Celui-ci s'entretient ensuite avec le patient.
Puis l'évaluateur s'entretient avec l'ensemble de l'équipe soignante assurant la prise en charge du patient



Parcours traceur

Évalue la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe

L'évaluateur rencontre les équipes impliqués dans la prise en charge du patient en s'appuyant sur un dossier « fil rouge » : dossier d'un patient sorti récemment et ayant fait le parcours évalué.
L'évaluateur réalise ensuite le parcours physique du patient avec un professionnel.



Traceur ciblé

Évalue sur le terrain la mise en œuvre d'un processus ciblé

L'évaluateur apprécie sur le terrain la mise en œuvre d'un processus en s'entretenant avec les professionnels en charge de celui-ci et en observant les pratiques.
Exemples de traceurs : circuit du médicament, transport intrahospitalier, évènement indésirable grave,...



Observations

Évalue les conditions générales de qualité et de sécurité des soins

Les observations sont réalisées lors de chaque traceurs sur la base d'une liste de points directement observables sur le terrain.
Exemples : respect de la dignité et de l'intimité du patient, accessibilité des locaux, maîtrise du risque infectieux,...



Audit système

Évalue les organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain

L'évaluateur consulte dans un premier temps les documents fournis nécessaires à l'évaluation d'une thématique. Il rencontre ensuite la gouvernance. Des rencontres terrains sont également organisées avec les professionnels.
Exemples de thèmes : plan de formation, bilan des plaintes et réclamations,...

Consignes Saison Cyclonique

> **Ecoutez** les messages radio
provenant du CHUG

> **Respectez** les consignes données
par la cellule de crise du CHUG

PRÉPAREZ-VOUS

* **Soyez vigilants**

* **Finissez vos préparatifs**



> Vérifiez et si besoin
informez les services techniques
et informatiques



> Protégez les bâtiments
et les équipements



PROTÉGEZ-VOUS

* **Rejoignez votre service**



* **Confinez-vous**



* **Restez prudents**



> Si vous êtes attendus,
rejoignez votre service,
sinon regagnez votre domicile

> Acheminez les stocks "cyclone"
sur les différents sites

> Tenez-vous informés
(intranet, cellule de crise)



> Ne sortez sous aucun prétexte

> Eloignez les patients
des ouvertures

> Informez la cellule de crise
de tout problème

> Relevez les équipes confinées.
Si impossibilité, informez
la cellule de crise.

> Réalisez l'état des lieux
des dégâts et informez
la cellule de crise

Numéros d'urgence

⑨ **Standard** | **1195** SALLE ORSEC **SAMU** | **2222** **B.A.M** | **3333** **Sécurité Incendie**

1192 (0590 89 11 92) **Cellule de crise** (activée à partir de la vigilance orange)