

Book construit par la FORAP
à partir des grilles HAS générées sur Calista



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMELIORER LA QUALITE

Grilles Traceur ciblé

Juillet 2021

Sommaire

Infographie de la méthode du traceur ciblé - Page 1

Extrait du manuel de certification HAS - Fiche pratique opératoire Traceur ciblé (Pages 233 à 237) - Page 2

Grille Calista d'observation commune aux traceurs ciblés - Page 6

Grille Calista : Circuit du médicament - Page 11

Grille Calista : Gestion des évènements indésirables - Page 15

Grille Calista : Gestion des produits sanguins labiles - Page 17

Grille Calista : Prévention des infections associées aux soins - Page 19

Grille Calista : Transports intra hospitaliers - Page 24

Grille Calista : Accueil non programmé - Page 26

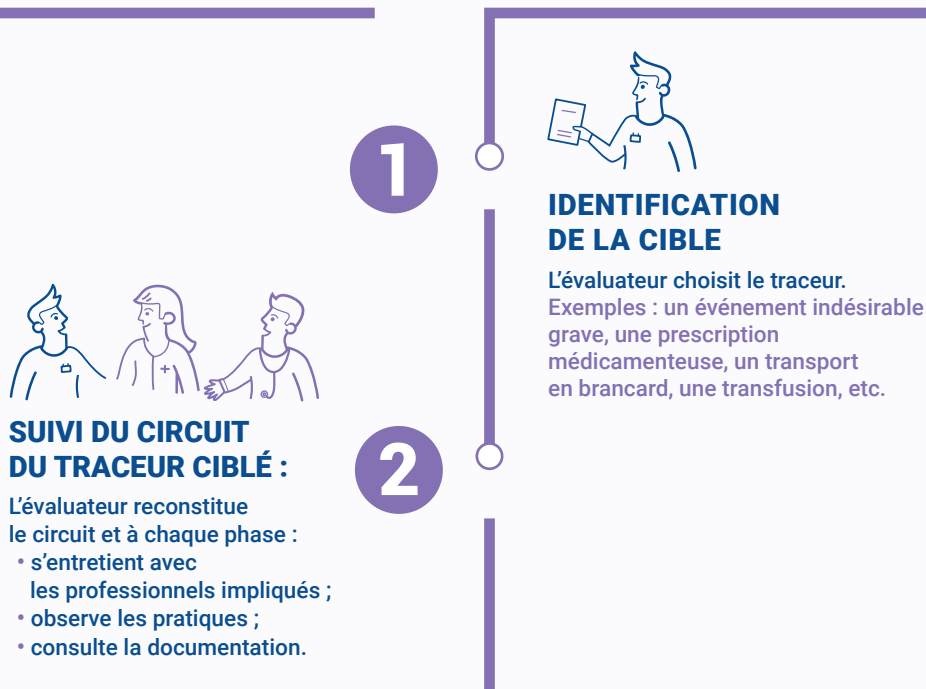
Grille Calista : Prélèvement greffe organes tissus - Page 29

Lien Youtube vers le module Traceur ciblé de la HAS :

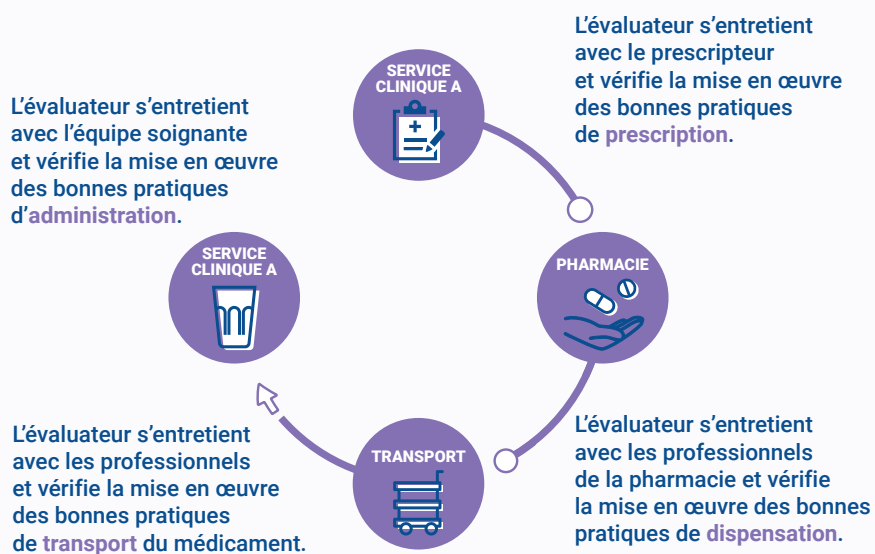
<https://www.youtube.com/watch?v=cBg2BcL15-o>

MÉTHODE DU TRACEUR CIBLÉ

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



EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE



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

1 IDENTIFICATION DE LA CIBLE

Sept traceurs ont été préalablement définis par la HAS dans le cadre des visites de certification. Ils ciblent les processus suivants :


- circuit du médicament et des produits de santé ;
- gestion des produits sanguins labiles ;
- gestion des événements indésirables graves ;
- prévention des infections associées aux soins ;
- accueil non programmé ;
- transport intra hospitalier des patients ;
- prélèvement et greffe d'organes et de tissus.


Pour le traceur qu'il souhaite réaliser, l'établissement doit identifier la donnée d'entrée qu'il va suivre.

Exemple : une demande de transport pour un traceur ciblé sur le transport intrahospitalier, une prescription médicale dans le cadre d'un traceur ciblé sur le médicament, une déclaration pour un traceur sur la gestion des événements indésirables graves. C'est cette donnée d'entrée qui sera le fil conducteur de l'évaluation.

Pour les sept processus prédéfinis par la HAS, l'établissement peut générer automatiquement ses grilles traceurs dans CALISTA. Il est conseillé de compléter a minima une grille par traceur ciblé et davantage selon la taille de l'établissement.

2 RÉALISATION DU CIRCUIT

 Le circuit dure de 1 à 2 heures

 Lieu : tout au long du circuit ou au sein des unités concernées par le processus

Les différentes équipes de professionnels impliqués dans le processus seront rencontrées tout au long du circuit de façon à consolider les évaluations réalisées et fournir le cas échéant les documents nécessaires à la bonne compréhension du processus.

Exemple 1 : brancardage intrahospitalier.



Attention : il est important de bien identifier le fil conducteur.

S'il s'agit de suivre le brancardage au sein d'un établissement : l'évaluation est un traceur ciblé.

S'il s'agit de suivre la prise en charge du patient lors d'un transfert inter services : la méthode utilisée est le patient traceur.

Le professionnel principal rencontré dans le cadre de ce traceur est le brancardier.

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Réception d'une demande de transport interne	Recueil des informations nécessaires au transport du patient auprès du service demandeur	2.2-05
	Vérification de l'identité du patient	2.3-01
	Information du patient en temps réel de la destination et de l'heure de prise en charge	2.3-22
	Délais de transport adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient.	2.3-22
Transport du patient jusqu'à destination	Prise en charge adaptée pour le confort et la sécurité des patients : brancards, fauteuils roulants ou lits d'hôpital	2.3-22
	Professionnel chargé de réaliser le transport formé	2.3-22
	Respect de la dignité et de l'intimité du patient pendant son transport	1.2-01
« Remise » du patient dans le service de destination	Remise des informations nécessaires au service destinataire	2.2-05
	Entretien du matériel et équipement de transport, signalement en cas de matériel défectueux	2.3-11

En cas de dysfonctionnements sur l'une ou plusieurs activités, l'évaluateur peut remonter au système mis en place par l'établissement pour gérer l'activité brancardage. Plusieurs processus peuvent être concernés :

- gestion des flux et des circuits intra hospitaliers ;
- identitovigilance ;
- prévention du risque infectieux ;
- formation des brancardiers : communication, respect de la dignité et de l'intimité, gestes et postures ;
- etc.

Optimisez votre temps !

Dans le cadre des visites de certification de la HAS, l'expert-visiteur interroge le patient sur sa satisfaction à propos des modalités de transport, au cours d'un patient traceur. Néanmoins, l'évaluateur interne peut profiter du traceur ciblé pour interroger le patient sur sa satisfaction.

Exemple 2 : Le circuit du médicament.



Attention : il est important de bien identifier ce que l'on souhaite suivre comme processus. S'il s'agit de suivre le circuit du médicament : l'évaluation utilise la méthode du traceur ciblé. S'il s'agit de suivre la prise en charge médicamenteuse du patient : la méthode utilisée est le patient traceur.

Les professionnels principaux rencontrés dans le cadre de ce traceur sont :

- le prescripteur ;
- les soignants ;
- le pharmacien ;
- le préparateur en pharmacie ;
- le professionnel responsable de la livraison des médicaments ;
- etc.

Illustration

Cible : antibiotique inscrit dans la liste des médicaments à risque

Rencontre	Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Équipe	Prescription médicamenteuse	Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.	2.1-06
		Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).	2.1-06
		Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.	2.1-06
		Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments à risque.	2.3-06
Pharmacien Préparateur en pharmacie	Dispensation	L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.	2.2-07
		La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour les situations les plus à risque.	2.2-07
		L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte.	2.3-03
		La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions.	2.3-03
		Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.	2.3-07
Équipe	Administration	Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables.	2.3-04
		Il existe des modalités de contrôle spécifiques et renforcées pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement.	2.3-04
		La concordance entre le produit, le patient, et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.	2.3-04
		L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.	2.3-04
Équipe	Surveillance	Évaluations régulières de la pertinence de la prescription d'antibiotique entre la 24 ^e et la 72 ^e heure.	2.1-06
		Évaluation de la sécurisation du médicament en HAD.	2.1-06
Équipe	Approvisionnement, stockage et accès aux médicaments	L'équipe dispose des règles de stockage des médicaments à risque et en a connaissance.	2.3-06
Professionnel responsable de la livraison des médicaments Équipe Pharmacie		Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.	2.3-07
		L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels.	2.3-07
		Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives.	2.3-07
Équipe Pharmacie		L'équipe dispose de la liste des médicaments à risque utilisés dans le service et en a connaissance.	2.3-06

En cas de dysfonctionnements sur l'une ou plusieurs activités, l'évaluateur peut remonter au système mis en place par l'établissement pour gérer le circuit du médicament. Plusieurs processus peuvent être concernés.

Exemple 3 : la gestion d'un événement indésirable grave (EIG).

Le fil conducteur est un EIG.

Les professionnels principaux rencontrés dans le cadre de ce traceur sont :

- le déclarant d'un EIG ;
- le cadre de service ;
- l'équipe ;
- le référent de l'établissement chargé de la coordination des EIG ;
- la commission des usagers.

Rencontre	Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Déclarant	Déclaration de l'EIG	Déclaration de l'EIG	3.7-04
Équipe	Analyse et mesures correctives de l'EIG	Réalisation d'une analyse collective approfondie. Utilisation de méthodes promues par la HAS. Définition d'un plan d'action. Suivi du plan d'action. Déclaration sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables.	
Équipe	Analyse globale des EIG au niveau du service	Analyse régulière par l'équipe de ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins (RMM, CREX, REMED...). Synthèse des travaux d'analyse des EIG et des résultats des plans d'action. Diffusion des résultats au référent de l'établissement chargé de la coordination des EIG.	
Référent de l'établissement en charge de la coordination des EIG	Analyse globale des EIG à l'échelle de l'établissement	Synthèse des travaux d'analyse des EIG à l'échelle de l'établissement. Diffusion des plans d'action à l'échelle de l'établissement.	
Commission des usagers	Implication des usagers	Information de la commission des usagers.	

Retours d'expérience

Un traceur système (ou ciblé sur un processus donné) peut être imaginé comme la réalisation d'un audit système que l'on suit « à l'envers », c'est-à-dire qu'il démarre du terrain pour remonter au système et aux organisations mises en place au sein de l'établissement. Il est important que l'évaluateur ne se perde pas dans la recherche systématique de documents de preuve ou des demandes de formalisation excessive. Il est là pour évaluer si le processus fonctionne sur le terrain. Une des façons de réussir son traceur ciblé est de s'imaginer à la place de la cible choisie : un bon de transport intrahospitalier, un médicament à risque, un événement indésirable grave. L'évaluateur doit demeurer fidèle à la cible choisie. Il doit prêter toute son attention au processus concerné honnêtement et sans jugement.

Un autre point clé du succès est de connaître le processus ciblé par le traceur. Cela permet à l'évaluateur de se détacher plus vite de sa grille d'évaluation et de questionner efficacement pour obtenir des informations pertinentes. La communication devient beaucoup plus fluide entre l'évaluateur et l'évalué en instaurant un climat de confiance propice à la réalisation de l'évaluation et à son efficacité.

Enfin, le traceur système suit un circuit qui oblige l'évaluateur à passer d'un service à un autre en rencontrant différents professionnels avec pour chacun ses missions, ses fonctions, son positionnement hiérarchique au sein de l'établissement. Pour réussir son traceur, l'évaluateur doit adapter son comportement en fonction de ses interlocuteurs et des situations

En cas d'identification de non-conformité à un élément d'évaluation, l'évaluateur doit reformuler de façon à s'assurer de sa bonne compréhension. Si le constat est avéré, il explique à l'évalué la ou les raisons pour lesquelles il inscrit « non » sur sa grille d'évaluation et décrit objectivement les faits.

TRACEUR CIBLÉ

Grille d'observations communes

TRACEUR CIBLE : Elements communs

Éléments d'évaluation

Observations

Critère n°1.1-01

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques

Crit.1.1-01-ee05-OBS

Affichage dans les services : charte de la personne hospitalisée & charte de l'enfant dans les secteurs accueillant des enfants.

Oui Non Non applicable

Critère n°1.1-01

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques

Crit.1.1-01-ee06-OBS

Affichage dans les services de supports d'information concernant des prises en charges spécifiques. (ex : Charte Romain Jacob).

Oui Non Non applicable

Critère n°1.1-05

Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé

Crit.1.1-05-ee05-OBS

Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans les services.

Oui Non Non applicable

Critère n°1.1-16

Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile

Crit.1.1-16-ee04-OBS

Les contacts des représentants des usagers (CDU) et des associations de patients sont facilement accessibles et mis à jour, et mentionnent, le cas échéant, les informations sur les permanences des associations, éventuellement sur le site Internet.

Oui Non Non applicable

Critère n°1.2-01

Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité

Crit.1.2-01-ee03-OBS

Les équipements et les locaux garantissent la dignité des patients.

Oui Non Non applicable

Critère n°1.2-01

Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité

Crit.1.2-01-ee04-OBS

Les pratiques garantissent la dignité des patients.

Oui Non Non applicable

Critère n°1.2-02

Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

Crit.1.2-02-ee02-OBS

En cas d'hospitalisation de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement est adapté à leur sécurité et à leur protection.

Oui Non Non applicable

Observations

Critère n°1.2-05

Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant

Crit.1.2-05-ee02-OBS

Les professionnels respectent la confidentialité et le secret professionnel dans la totalité des secteurs de l'hôpital.

Oui Non Non applicable

Critère n°1.4-04

En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social

Crit.1.4-04-ee04-OBS

Le programme d'activités et le planning d'intervention des bénévoles, animateurs, etc... sont affichés dans le service

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-01

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Crit.2.3-01-ee03-OBS

Le patient dispose d'un dispositif d'identification (bracelet ou toute autre alternative à son identification dans le respect de la confidentialité et de sa dignité) qui est systématiquement vérifié au cours des examens complémentaires ou actes thérapeutiques.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee05-OBS

Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (boîtes fermées, conteneurs sécurisés, conservation du froid,...).

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee06-OBS

Le stockage des produits de santé est sécurisé, notamment pour les produits à risque.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee07-OBS

Les conditions de stockage des produits thermosensibles sont respectées.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee08-OBS

Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions de conservation.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee09-OBS

Absence de produits périmés.

Oui Non Non applicable

Observations

Critère n°2.3-10

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Crit.2.3-10-ee06-OBS

Les solutions hydroalcooliques sont disponibles.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-10

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Crit.2.3-10-ee07-OBS

L'équipe connaît et applique les prérequis à l'hygiène des mains : non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts. L'équipe connaît et applique la bonne technique d'hygiène des mains en fonction de la situation et privilégie la solution hydroalcoolique par rapport au lavage à l'eau et au savon.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee07-OBS

L'environnement du patient est propre.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee08-OBS

L'équipe respecte l'utilisation des équipements de protections individuelles et ne porte pas le masque médical « en collier » ou nez/bouche non inclus et/ou liens non attachés, jette les gants (stériles ou non) immédiatement après le geste, change de gants entre deux patients ; ne porte pas de surblouse hors des chambres.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee09-OBS

Des containers pour objets piquants coupants tranchants sont disponibles à proximité des soins. Leur limite de remplissage est respectée.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-15

Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opérateurs

Crit.2.3-15-ee04-OBS

L'équipe porte une coiffe, un masque à usage médical et une tenue (tunique, pantalon, chaussures étanches) strictement dédiée au bloc opératoire.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-15

Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opérateurs

Crit.2.3-15-ee05-OBS

L'équipe ne porte pas le masque en collier autour du cou, une barbe non protégée, des bijoux aux mains et/ou aux poignets, une tenue non dédiée au bloc.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-19

Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants

Crit.2.3-19-ee04-OBS

L'équipe dispose des équipements de protection individuels et de dosimètres.

Oui Non Non applicable

Observations

Critère n°2.3-19

Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants

Crit.2.3-19-ee05-OBS

Les professionnels utilisent les équipements de protection individuels et les dosimètres.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.2-03

L'établissement a une communication centrée sur le patient

Crit.3.2-03-ee06-OBS

Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.2-07

L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap

Crit.3.2-07-ee03-OBS

Les accès extérieurs, les circulations destinées aux patients, les locaux de consultations, d'hospitalisations, la signalétique ... sont adaptés à toutes les formes de handicap.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.6-04

Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés

Crit.3.6-04-ee09-OBS

Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

Crit.3.6-05-ee05-OBS

Les matériels (chariots, sacs...) dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont aisément et rapidement accessibles par les professionnels habilités à intervenir en cas d'urgence vitale.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.6-05

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement

Crit.3.6-05-ee06-OBS

Il existe un numéro d'appel direct et rapidement identifiable par les professionnels pour joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale.

Oui Non Non applicable

TRACEUR CIBLÉ

Circuit du médicament

TRACEUR CIBLE: Circuit du médicament

Professionnels

Critère n°2.1-06

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Crit.2.1-06-ee01-TCI

Toute prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.1-06

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Crit.2.1-06-ee02-TCI

Les praticiens doivent pouvoir se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie et pouvoir faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement (externe ou interne).

Oui Non Non applicable

Critère n°2.1-06

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Crit.2.1-06-ee03-TCI

Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont systématiques.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.1-06

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée

Crit.2.1-06-ee04-TCI

Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques, notamment ceux en cours de cursus.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-07

La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

Crit.2.2-07-ee01-TCI

La conciliation médicamenteuse est mise en oeuvre pour les situations les plus à risque.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-03

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

Crit.2.3-03-ee03-TCI

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

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-04

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Crit.2.3-04-ee02-TCI

Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration et l'équipe dispose d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables.

Oui Non Non applicable

Professionnels

Critère n°2.3-04

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Crit.2.3-04-ee03-TCI

Il existe des modalités de contrôle spécifiques et renforcées pour des médicaments à risque identifiés par l'établissement.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-04

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Crit.2.3-04-ee04-TCI

La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-05

Les équipes d'HAD maîtrisent la sécurisation du circuit des produits de santé

Crit.2.3-05-ee03-TCI

L'équipe évalue ses pratiques de sécurisation du circuit des produits de santé de l'entrée à la sortie.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-06

Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Crit.2.3-06-ee01-TCI

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

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-06

Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Crit.2.3-06-ee02-TCI

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

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-06

Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque

Crit.2.3-06-ee03-TCI

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

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee01-TCI

Les modalités d'approvisionnement sont définies, notamment pour parer à tout besoin urgent de produits de santé.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee02-TCI

Les équipes dispensent les produits de santé au bon moment, notamment dans des situations urgentes.

Oui Non Non applicable

Gouvernance

Critère n°2.2-07

La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux

Crit.2.2-07-ee02-TCI

L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-03

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments

Crit.2.3-03-ee04-TCI

L'analyse pharmaceutique est organisée et pertinente et intègre les informations du dossier pharmaceutique s'il existe, et les interventions pharmaceutiques sont prises en compte.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee03-TCI

L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-07

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques

Crit.2.3-07-ee04-TCI

Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives.

Oui Non Non applicable

Consultation documentaire

Critère n°2.3-04

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

Crit.2.3-04-ee05-TCI

L'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est tracé dans son dossier.

Oui Non Non applicable

TRACEUR CIBLÉ

Gestion des événements indésirables

TRACEUR CIBLE: Gestion des événements indésirables

Professionnels

Critère n°3.7-04

Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

Crit.3.7-04-ee01-TCI

Les équipes déclarent et partagent les événements indésirables associés aux soins.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.7-04

Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

Crit.3.7-04-ee02-TCI

Les équipes mettent en œuvre un plan d'action permettant de prévenir et de limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins. Le plan d'action est suivi.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.7-04

Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

Crit.3.7-04-ee03-TCI

L'équipe analyse régulièrement ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins (revue de mortalité et de morbidité, comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, ...).

Oui Non Non applicable

Gouvernance

Critère n°3.7-04

Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

Crit.3.7-04-ee04-TCI

Les événements indésirables graves sont systématiquement analysés collectivement selon les méthodes promues par la HAS (analyse systémique des causes) et déclarés sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables.

Oui Non Non applicable

Critère n°3.7-04

Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

Crit.3.7-04-ee05-TCI

Une synthèse des travaux d'analyse des événements indésirables associés aux soins et des résultats des plans d'actions mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée.

Oui Non Non applicable

Représentants des usagers

Critère n°3.7-04

Les analyses des événements indésirables graves sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement

Crit.3.7-04-ee06-TCI

La commission des usagers est informée lors de chaque réunion des événements indésirables graves déclarés par l'établissement.

Oui Non Non applicable

TRACEUR CIBLÉ

Gestion des produits sanguins labiles

TRACEUR CIBLE : Gestion des produits sanguins labiles

Professionnels

Critère n°2.3-09

Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle

Crit.2.3-09-ee01-TCI

L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et dossier clinique) :? de la prescription ;.? de l'administration ;.? des facteurs de risque et de surveillance (constantes, fréquence de mesure, durée de la surveillance) ;.? de la transfusion.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-09

Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle

Crit.2.3-09-ee02-TCI

L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'oedèmes aigus de surcharge posttransfusionnelle (OAP, TRALI et TACO).

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-09

Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle

Crit.2.3-09-ee03-TCI

Le taux de destruction est mesuré.

Oui Non Non applicable

TRACEUR CIBLÉ

Prévention des infections associées aux soins

TRACEUR CIBLE : Prévention des infections associées aux soins

Professionnels

Critère n°2.3-10

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Crit.2.3-10-ee02-TCI

L'équipe connaît et respecte les indications de l'hygiène des mains : avant et après le contact avec le patient, avant un geste aseptique, après le risque d'exposition à un liquide biologique et après un contact avec l'environnement du patient.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-10

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Crit.2.3-10-ee03-TCI

L'équipe évalue ses pratiques d'hygiène des mains en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène : audit type « Pulp friction » ou tout autre audit.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-10

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Crit.2.3-10-ee04-TCI

L'équipe connaît le résultat de son service pour la consommation de solutions hydroalcooliques (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA) et a mis en place des actions d'amélioration le cas échéant.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee02-TCI

L'équipe est formée aux bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires d'hygiène :- l'équipe sait que les précautions standard sont à appliquer pour tout soin, en tout lieu, pour tout patient, quel que soit son statut infectieux, et par tout professionnel de santé ; - l'équipe connaît les situations dans lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires aux précautions standard ; - l'équipe applique les bonnes pratiques de gestion des excréta.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee03-TCI

L'équipe peut assurer l'isolement des patients, si besoin.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee04-TCI

L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard et complémentaires d'hygiène en participant aux audits réalisés par le référent en hygiène du service et/ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Oui Non Non applicable

Professionnels

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee05-TCI

L'équipe connaît et sait contacter les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-12

Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Crit.2.3-12-ee01-TCI

L'équipe applique les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-12

Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Crit.2.3-12-ee02-TCI

Tous les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel, respectant les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-12

Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Crit.2.3-12-ee03-TCI

La prescription d'antibioprophylaxie utile est systématiquement réalisée dès la consultation préanesthésique ou préopératoire et est tracée dans le dossier du patient, et elle est vérifiée lors de la checklist.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-12

Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Crit.2.3-12-ee04-TCI

Le moment et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-12

Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs

Crit.2.3-12-ee05-TCI

L'équipe évalue ses pratiques en matière d'antibioprophylaxie en s'appuyant sur le référent antibiotique de l'établissement et l'équipe opérationnelle d'hygiène, et des actions d'amélioration sont engagées. Ce point doit faire l'objet d'une vérification ultime lors de la checklist. Si il est constaté des dysfonctionnements de la réalisation de l'antibioprophylaxie, un plan d'action est mis en place allant jusqu'à la vérification formelle de ce point à l'occasion de la checklist.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-13

Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

Crit.2.3-13-ee01-TCI

L'équipe assure le suivi d'indicateurs de prévention des infections.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-13

Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

Crit.2.3-13-ee02-TCI

Les résultats des contrôles microbiologiques des dispositifs médicaux réutilisables et des équipements de désinfection et de stockage sont connus des équipes.

Oui Non Non applicable

Professionnels

Critère n°2.3-13

Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

Crit.2.3-13-ee03-TCI

Les professionnels chargés de la désinfection sont formés.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-13

Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

Crit.2.3-13-ee04-TCI

La liste du parc actif des dispositifs médicaux réutilisables dans les secteurs interventionnels est disponible et actualisée.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-14

Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Crit.2.3-14-ee04-TCI

L'équipe est formée aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs intravasculaires.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-14

Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Crit.2.3-14-ee05-TCI

L'équipe dispose des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée et les connaît.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-14

Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Crit.2.3-14-ee06-TCI

La date de pose du dispositif est tracée dans le dossier du patient.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-14

Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Crit.2.3-14-ee07-TCI

La pertinence du maintien du(des)dispositif(s) invasif(s) est réévaluée quotidiennement

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-14

Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates

Crit.2.3-14-ee08-TCI

L'équipe évalue ses pratiques en matière de maitrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en s'appuyant sur le référent en hygiène ou l'équipe opérationnelle d'hygiène et participe à des audits observationnels

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-15

Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opérateurs

Crit.2.3-15-ee01-TCI

L'équipe s'assure que le patient a bénéficié d'une douche préopératoire et, en cas de traitement des pilosités, utilise la technique de la tonte et non du rasage.

Oui Non Non applicable

Professionnels

Critère n°2.3-15

Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opérateurs

Crit.2.3-15-ee02-TCI

L'équipe dispose de protocoles de préparation de l'opéré par spécialité.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-15

Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opérateurs

Crit.2.3-15-ee03-TCI

L'équipe évalue ses pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels en s'appuyant sur le référent en hygiène du service et/ou l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Oui Non Non applicable

Gouvernance

Critère n°2.3-10

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains

Crit.2.3-10-ee05-TCI

La gouvernance appuie l'équipe opérationnelle d'hygiène pour la mise en place d'un suivi en continu de la consommation des solutions hydroalcooliques par service (indépendamment d'un indicateur national de type ICSHA). Elle connaît son résultat pour l'indicateur national hygiène des mains, l'analyse et met en place, le cas échéant, des actions d'amélioration de l'observance et de la technique d'hygiène des mains.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-11

Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires

Crit.2.3-11-ee06-TCI

Des audits sont réalisés et les résultats sont évalués, du type :? précautions complémentaires de type contact ;? quick-audit hygiène des mains du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GrepH) ;? audit « gestion des excréta » ;? réseau de prévention des infections associées aux soins.

Oui Non Non applicable

Consultation documentaire

Critère n°2.3-13

Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

Crit.2.3-13-ee05-TCI

Le compte rendu d'examen identifie les dispositifs médicaux réutilisables utilisés.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-13

Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables

Crit.2.3-13-ee06-TCI

La traçabilité de la désinfection est complète.

Oui Non Non applicable

TRACEUR CIBLÉ

Transports intra hospitaliers

TRACEUR CIBLE : Transports intra hospitaliers

Professionnels

Critère n°2.3-22

Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé

Crit.2.3-22-ee02-TCI

Les délais de transports sont adaptés au rythme de l'activité et au confort du patient.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-22

Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé

Crit.2.3-22-ee03-TCI

Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées (matériel fonctionnel, protections adéquates,...)

Oui Non Non applicable

Critère n°2.3-22

Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé

Crit.2.3-22-ee04-TCI

Les professionnels sont formés.

Oui Non Non applicable

TRACEUR CIBLÉ

Accueil non programmé

TRACEUR CIBLE : Accueil non programmé

Professionnels

Critère n°2.2-01

Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale

Crit.2.2-01-ee01-TCI

Le protocole concernant l'organisation de la régulation médicale des appels, des rôles de l'ARM et du médecin régulateur est accessible et à jour.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-01

Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale

Crit.2.2-01-ee02-TCI

L'effectivité du travail en équipe du médecin régulateur et des ARM est constatée.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-02

Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient

Crit.2.2-02-ee01-TCI

Les équipes SMUR analysent régulièrement leurs dossiers. Le bilan donne lieu à des actions de pilotage de leur activité et d'amélioration de leurs pratiques (formation, adaptation des moyens...).

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-02

Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient

Crit.2.2-02-ee02-TCI

Toutes les prises en charge font l'objet d'un dossier médical préhospitalier.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-02

Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient

Crit.2.2-02-ee03-TCI

Les dossiers médicaux préhospitaliers sont complets.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-03

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

Crit.2.2-03-ee01-TCI

Le tri est réalisé dès l'accueil, par un infirmier diplômé d'État (IDE) formé spécifiquement à la fonction d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) à l'aide d'une échelle de tri validée.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-03

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

Crit.2.2-03-ee02-TCI

Un médecin référent est facilement joignable et est rapidement identifié.

Oui Non Non applicable

Professionnels

Critère n°2.2-03

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

Crit.2.2-03-ee03-TCI

La décision d'orientation prend en compte un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-03

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

Crit.2.2-03-ee04-TCI

Les délais d'attente sont mesurés et communiqués au patient.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-03

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

Crit.2.2-03-ee05-TCI

L'équipe des urgences connaît en temps réel les disponibilités des lits des services de l'établissement.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-03

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

Crit.2.2-03-ee06-TCI

Les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et de la dignité.

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-04

L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement

Crit.2.2-04-ee01-TCI

L'équipe peut accéder aux données antérieures de séjour ou de consultation du patient dans l'établissement ou le cas échéant, a minima au dossier médical partagé.

Oui Non Non applicable

Consultation documentaire

Critère n°2.2-01

Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale

Crit.2.2-01-ee03-TCI

Toutes les communications se rapportant à un cas régulé sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM).

Oui Non Non applicable

Critère n°2.2-02

Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient

Crit.2.2-02-ee04-TCI

La composition de l'équipe est tracée dans le planning d'intervention.

Oui Non Non applicable

TRACEUR CIBLÉ

Prélèvement Greffe organes tissus

TRACEUR CIBLE : Prélèvement Greffe organes tissus

Professionnels

Critère n°2.4-09

Les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

Crit.2.4-09-ee01-TCI

Les coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus évaluent spécifiquement les indicateurs cidessous issus de Cristal Action : - taux annuel de patients, en mort encéphalique clinique confirmée ou probable et sans contre-indication absolue au don, pour lesquels une démarche de don n'a pas été envisagée [seuil de non-conformité = 5 %] ; - taux d'entretien avec les proches en présence d'une infirmière de coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus [seuil de non-conformité < 80 %] ; - taux d'entretien avec les proches faisant l'objet d'une analyse a posteriori (grille d'évaluation renseignée en équipe au cours d'un staff réunissant la coordination hospitalière et l'équipe médicale en charge du défunt) [seuil de non-conformité < 100 %].

Oui Non Non applicable

Critère n°2.4-09

Les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés

Crit.2.4-09-ee02-TCI

Les équipes de prélèvement, traitement, conservation et greffe de cellules souches hématopoïétiques évaluent leurs résultats avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine et sont engagés dans le programme d'accréditation JACIE.

Oui Non Non applicable