



**SOTUGERES**  
Société Tunisienne de gestion  
des risques en établissements de santé



**PAQS**  
ASBL

# Projet « 5 ans pour sauver des vies »

Les Troisièmes Journées de la Sécurité des Patients - SOTUGERES





---

# Ordre de la présentation

- PAQS ASBL
- Projet « 5 ans pour sauver des vies »



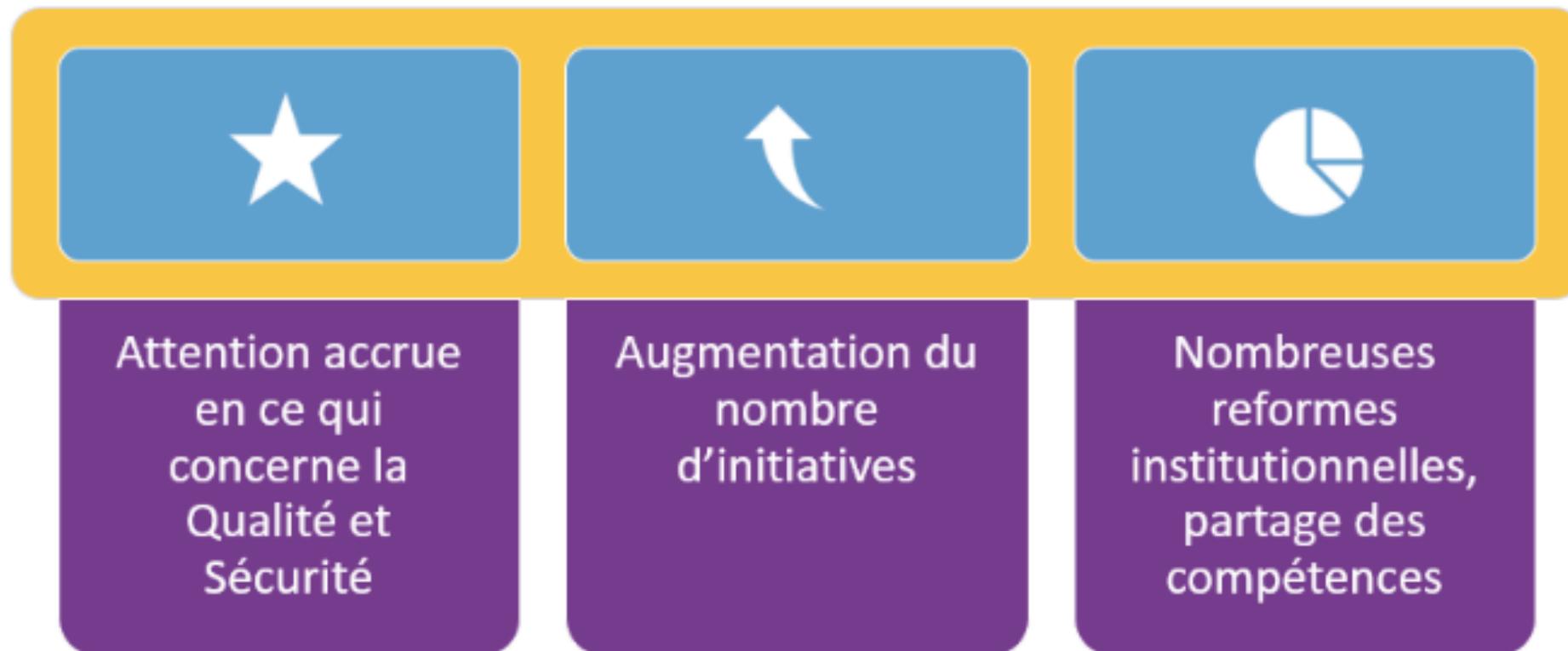
---

# La PAQS ASBL c'est quoi ?

Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

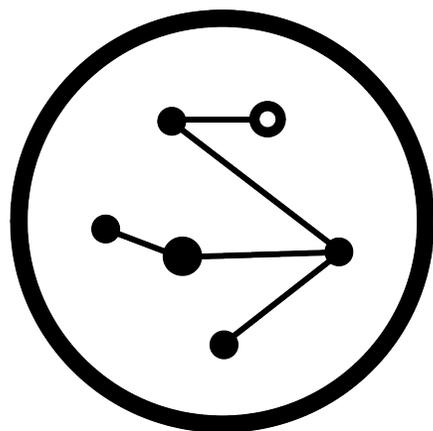


## Dans le temps...





# Mais.... Le soutien offert manquait d'efficience



Multiplication des initiatives (dispersées, non coordonnées)



Sans objectifs définis



Manque de vision stratégique à long terme



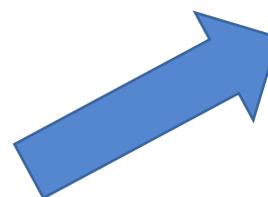
# Création de la PAQS



Janvier 2013  
Invitation au  
secteur pour se  
coordonner



2013



Décembre 2013  
Création de la  
PAQS  
Janvier 2014  
Premières  
activités



# Partenariats



Advancing Patient Safety and  
Healthcare Quality Globally



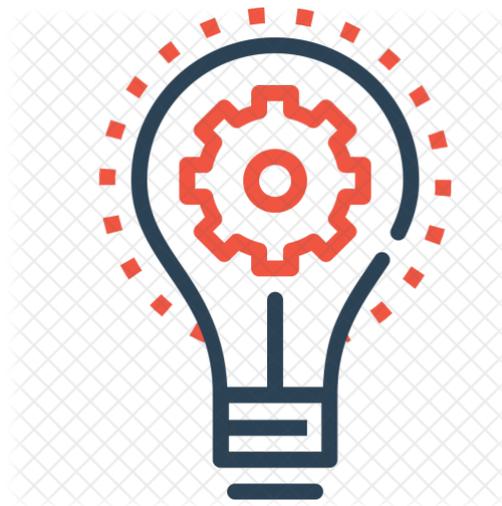


---

# Objectif et missions

- Objectif : soutenir les institutions de soins dans le développement et la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients

**Un secteur des soins de santé visant l'excellence dans ses pratiques et son fonctionnement, en généralisant**  
**l'utilisation d'outils d'amélioration continue et l'innovation**





---

# Objectif et missions

## □ Missions :

- Création et entretien d'un réseau rassemblant les acteurs du secteur





---

# Objectif et missions

## □ Missions :

- Écoute des besoins du secteur





---

# Objectif et missions

- Missions :
  - Articulation de l'existant et offre complémentaire



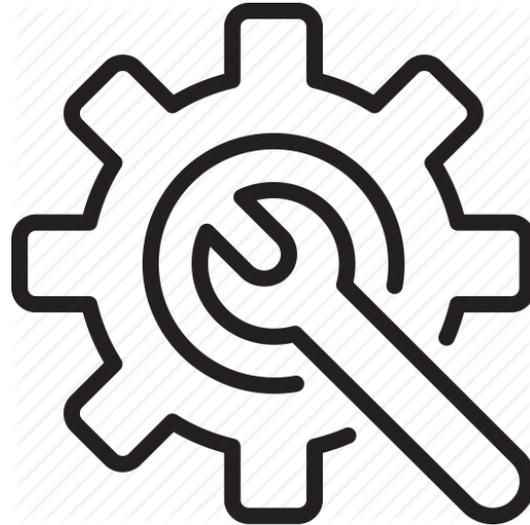


---

# Objectif et missions

## □ Missions :

- Développement d'activités complémentaires afin de proposer aux hôpitaux un soutien cohérent et efficace





---

# Objectif et missions

## □ Missions :

- Collaboration avec les autorités et les administrations compétentes



# Activités pour améliorer, ensemble, les soins de santé



## Travail collaboratif

Une méthodologie au cœur de notre travail: favoriser les échanges entre professionnels, se fixer des objectifs à court terme et évaluer efficacement les progrès réalisés



## Formations

La formation continue des professionnels en matière de Qualité et de Sécurité



## Groupes de travail

Permettent de discuter et de construire ensemble les projets de demain



## Séminaires

L'information et la sensibilisation aux multiples thématiques associées aux démarches d'amélioration continue est un axe important de notre travail



## Fin 2016::: des premiers résultats

- Un nombre d'institutions en augmentation
- Des contacts avec des institutions diversifiant
- Des actions de financement en
- Une reconnaissance de nos projets
- Le travail sur les
- Une intégration dans de nombreux réseaux

what's next



---

La PAQS en fait sa priorité

*Améliorer  
significativement  
la Sécurité des Patients*



# 2017-2021

Patient Partenaire

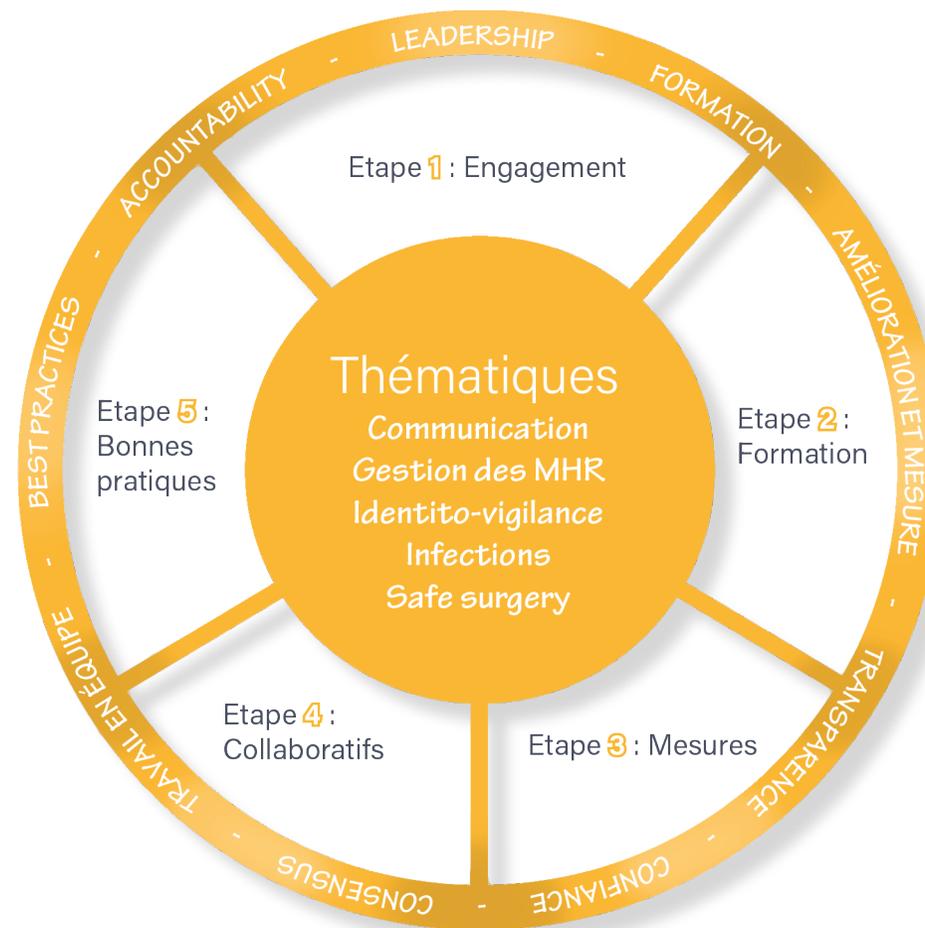
TeamSTEPPS

Leadership

Accréditation

Indicateurs

- QI
- PROMS & PREMS
- Patient Safety



Culture Sécurité – Communication – Events – Formations

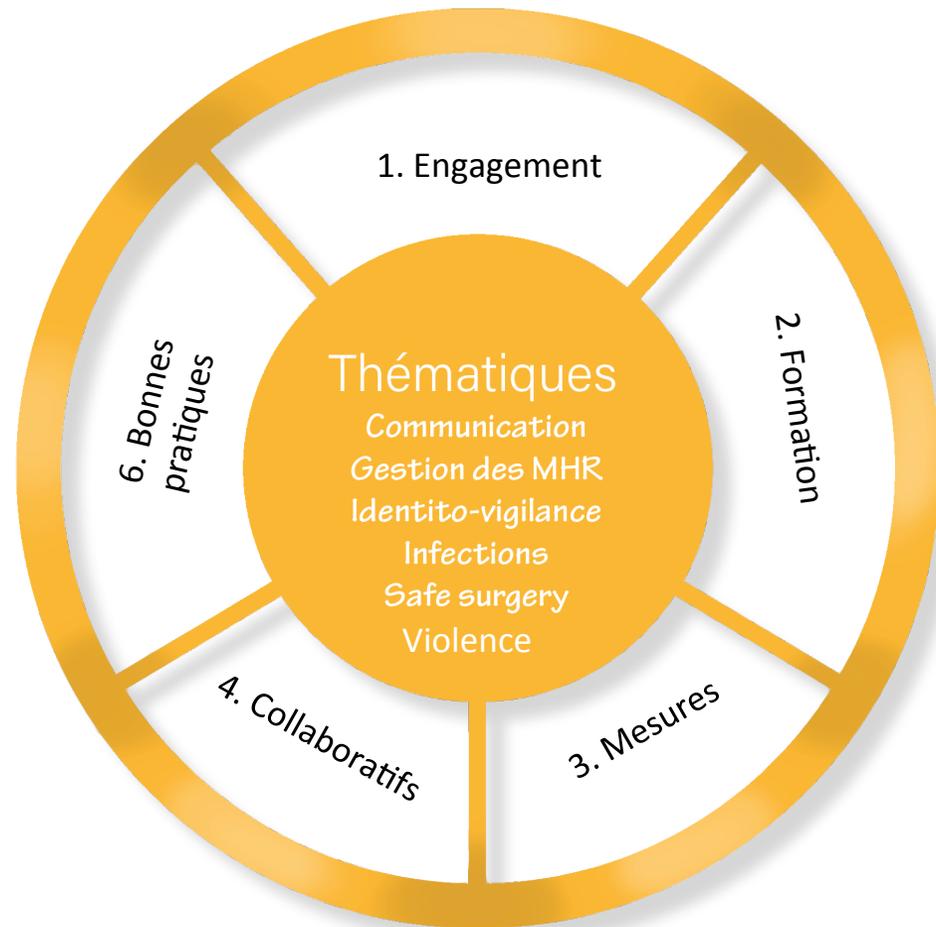


---

# Projet « 5 ans pour sauver des vies »



# 5 ans pour sauver des vies



**Étape 1:** engagement des institutions participantes et de la PAQS.

**Étape 2:** formation de base

**Étape 3:** définition des mesures qui devront être relevées tout au long du projet.

**Étape 4:** travail des participants sous forme de collaboratifs (Collaborative Breakthrough de l'IHI).

**Étape 5:** analyse des résultats obtenus par les institutions.



---

# Thématiques



# Safe Surgery

Prévenir de manière significative les complications ou les décès  
au niveau des interventions chirurgicales



Consentement éclairé;  
Antibioprophylaxie chirurgicale;  
Vérification préopératoire (« sign in »);  
Marquage de l'emplacement de l'intervention;  
Pause préopératoire (« time out »);  
Vérification post-opératoire (« sign-out »).



# Identitovigilance

Mettre en place un système d'identitovigilance qui assure l'identification du patient et de la bonne procédure.



Identification primaire;  
Identification secondaire;  
Gestion de la qualité des bases de données.



---

# Communication

Promouvoir un transfert efficace de l'information entre professionnels et au patient.



Prescriptions verbales;  
Communications lors des transferts  
Communication soignant/patient;  
Divulgateion des événements indésirables.



# Médicaments à Haut Risque

Assurer une utilisation sécuritaire des médicaments à haut risque.

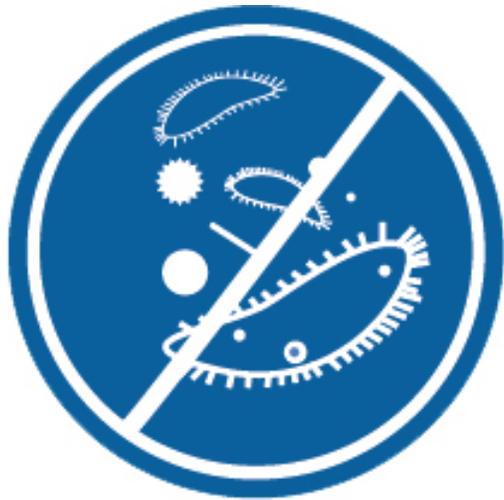


Rangement et stockage des médicaments  
Prescription des médicaments;  
Distribution des médicaments;  
Administration des médicaments;  
Surveillance et suivi thérapeutique.



# Prévention et Contrôle des Infections

Réduire les risques d'infections nosocomiales



Hygiène des mains et techniques d'asepsie;

Surveillance des infections nosocomiales;

Usage approprié de l'antibiothérapie;

Manipulation de produits injectables/produits contaminés;

Nettoyage et Stérilisation des équipements médicaux;

Nettoyage et Désinfection de l'environnement physique;

Procédures d'isolement;

---

# Prévention de la violence en milieu de travail



Évaluation du comportement agressif  
Implication du patient dans sa prise en charge  
Prévention et gestion des crises  
Gestion post-incident



---

# Collaboratif d'amélioration



---

# Collaboratifs d'amélioration

Collaboratif d'amélioration, c'est quoi?

Système d'apprentissage partagé et dynamique où plusieurs équipes de sites différents travaillent ensemble sur une même problématique en vue de réaliser rapidement des améliorations au niveau des processus.

Les équipes définissent un même objectif, testent et mettent en œuvre simultanément les changements et partagent ensuite leurs expériences (réussites, défis, échecs, etc.).

Permet d'avoir des résultats rapides, de tirer des leçons et de mettre en évidence les meilleures pratiques.





1

### Préparation

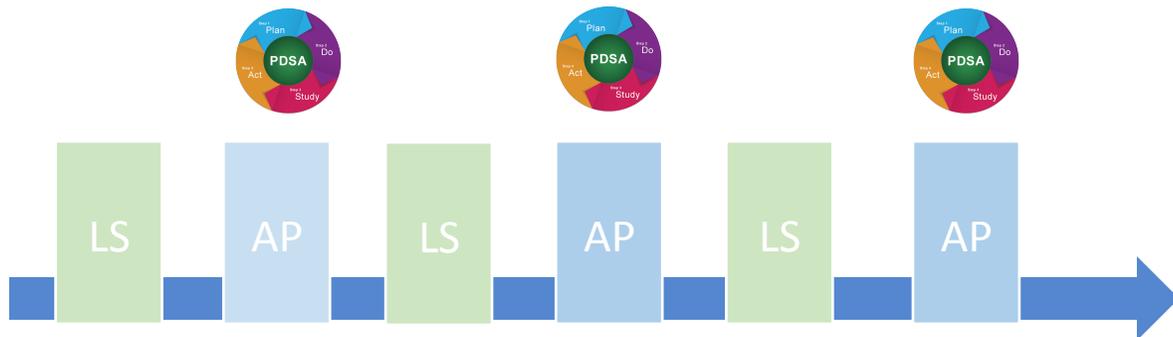


- Définition des thématiques et objectifs d'amélioration,
- Change Package
- Structuration du collaboratif,
- Préparation de la mise en œuvre.

2

### Mise en œuvre: test et institutionnalisation des changements

Documentation régulière et rapportage des changements mis en œuvre et résultats  
 Apprentissage mutuel continu: coaching, réunions, ateliers, téléphone, internet, emails



Soutien continu

3

### Extension/Pérennisation



- Mise en évidence des meilleures interventions d'amélioration;
- Pérenniser les améliorations;
- Extension des meilleures pratique vers d'autres sites.



# « Change Packages »

- Ensemble de pratiques/procédures fondées sur la meilleure preuve existante (bonnes pratiques ou evidence-based practices).
- Ensemble de changements mis en place par les institutions qui vont amener aux objectifs définis.
- Il existe un consensus (experts locaux et internationaux) que leur mise en œuvre de façon systématique produira les résultats attendus pour les objectifs d'amélioration.
- Peut comprendre des changements au niveau technique/technologique ou des changements organisationnels.

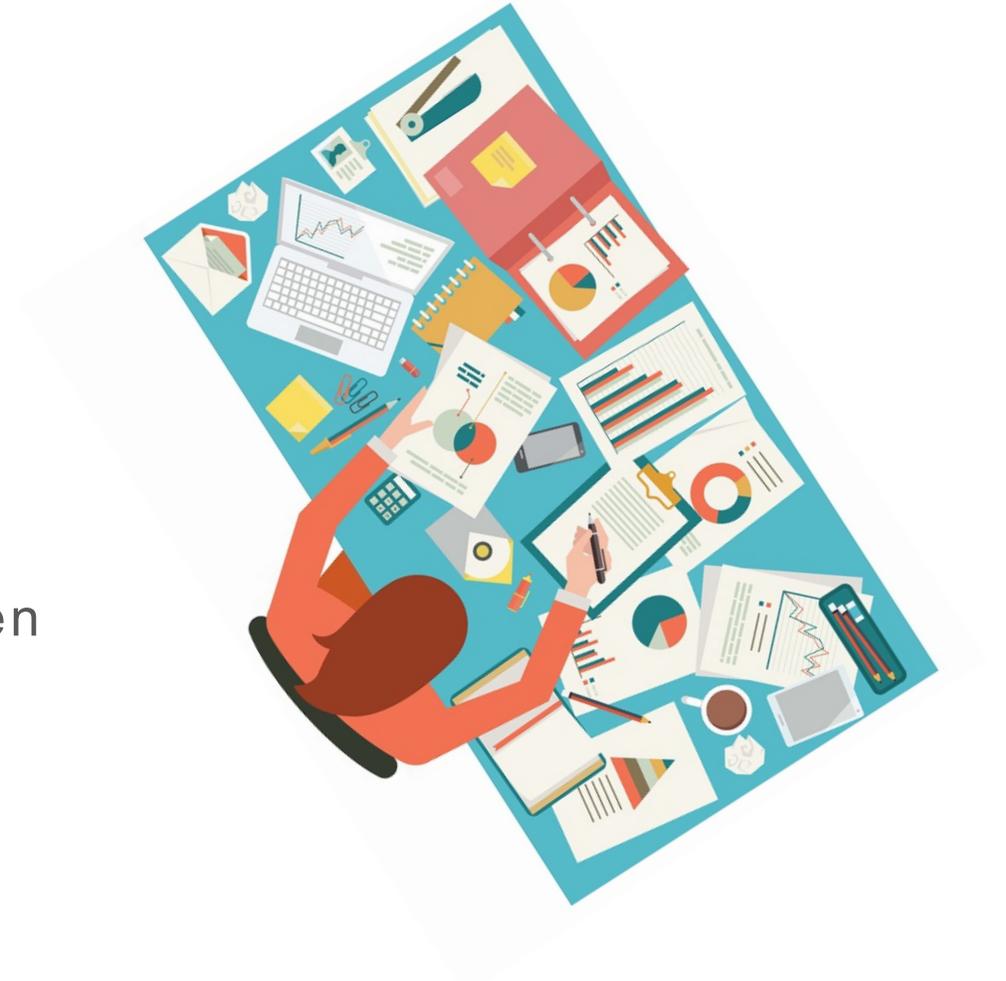




# « Change Packages » - Quelles preuves?

Cette preuve (évidence):

- Revue littéraire;
- Recherches scientifiques;
- Avis experts;
- Expériences locales et internationales bien documentées.





Formation et éducation	
Sessions de formation continue et d'évaluation sur l'HM	Les professionnels (de toutes les catégories) sont formés et de façon régulière à l'Hygiène des Mains
Actualisation du contenu de formation	Actualiser de façon régulière sur l'HM (ex. : intégrer des cas de l'i
Cours sur l'HM pour les nouveaux collaborateurs	Conte persi
Suivi de participation aux sessions de formation	Une : prof
Actions ciblées de formation	Ateli

Sess  
cont  
Actua

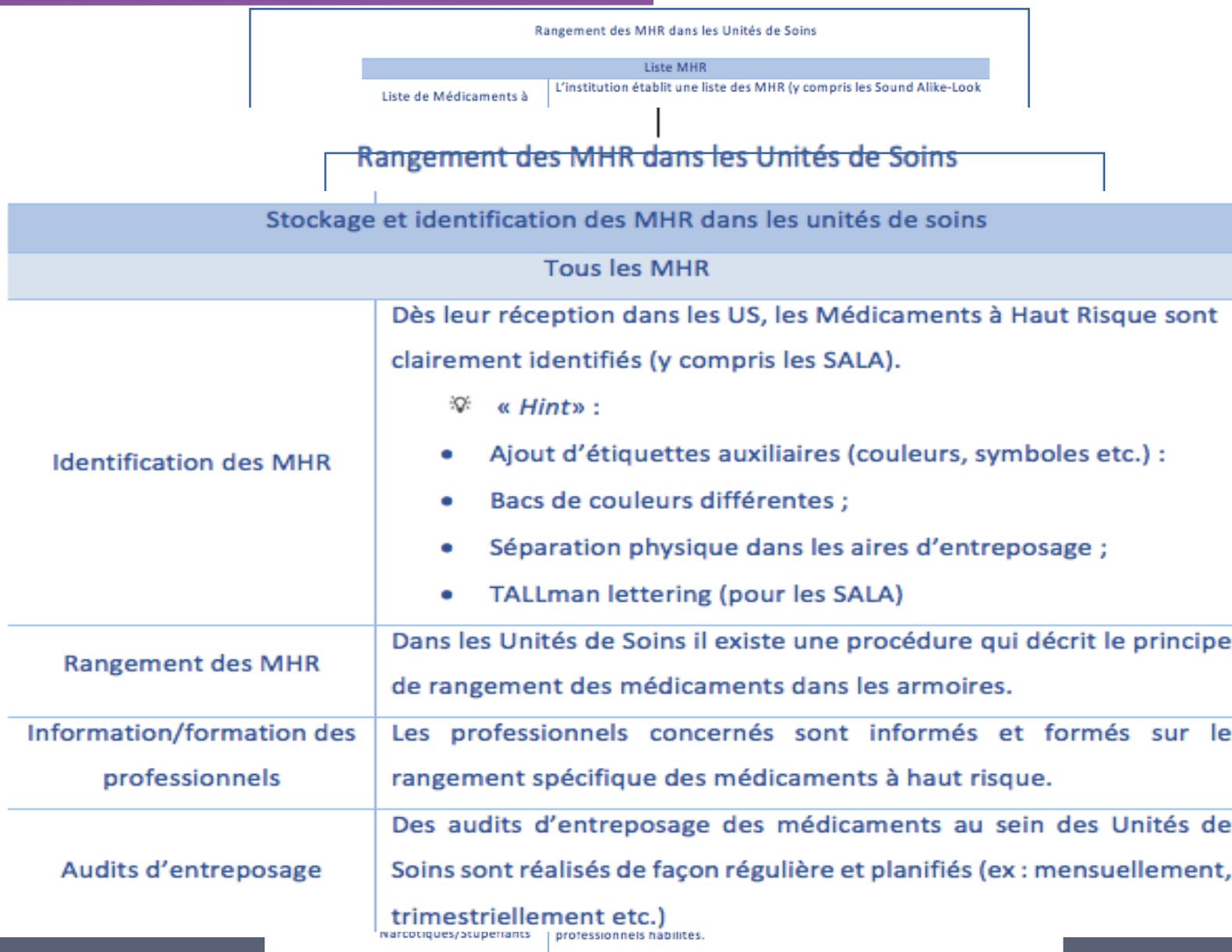
Evaluation continue de la compliance à l'HM	Une place
Feedback des résultats aux équipes soignantes et de direction	Les n régul
Campagne de promotion HM	Réali main
Renouvellement des appels visuels	Un i reno
Animation de journées HM	Orga et la
Journal interne/web site/autres voies de communication	Affici inter

Cour  
nou  
Suivi  
sess  
Ac

Autres rappels	D'autres rappels que les affiches sont disponibles sur les lieux de travail dans l'établissement (par exemple : écran de veille, badges,
----------------	--

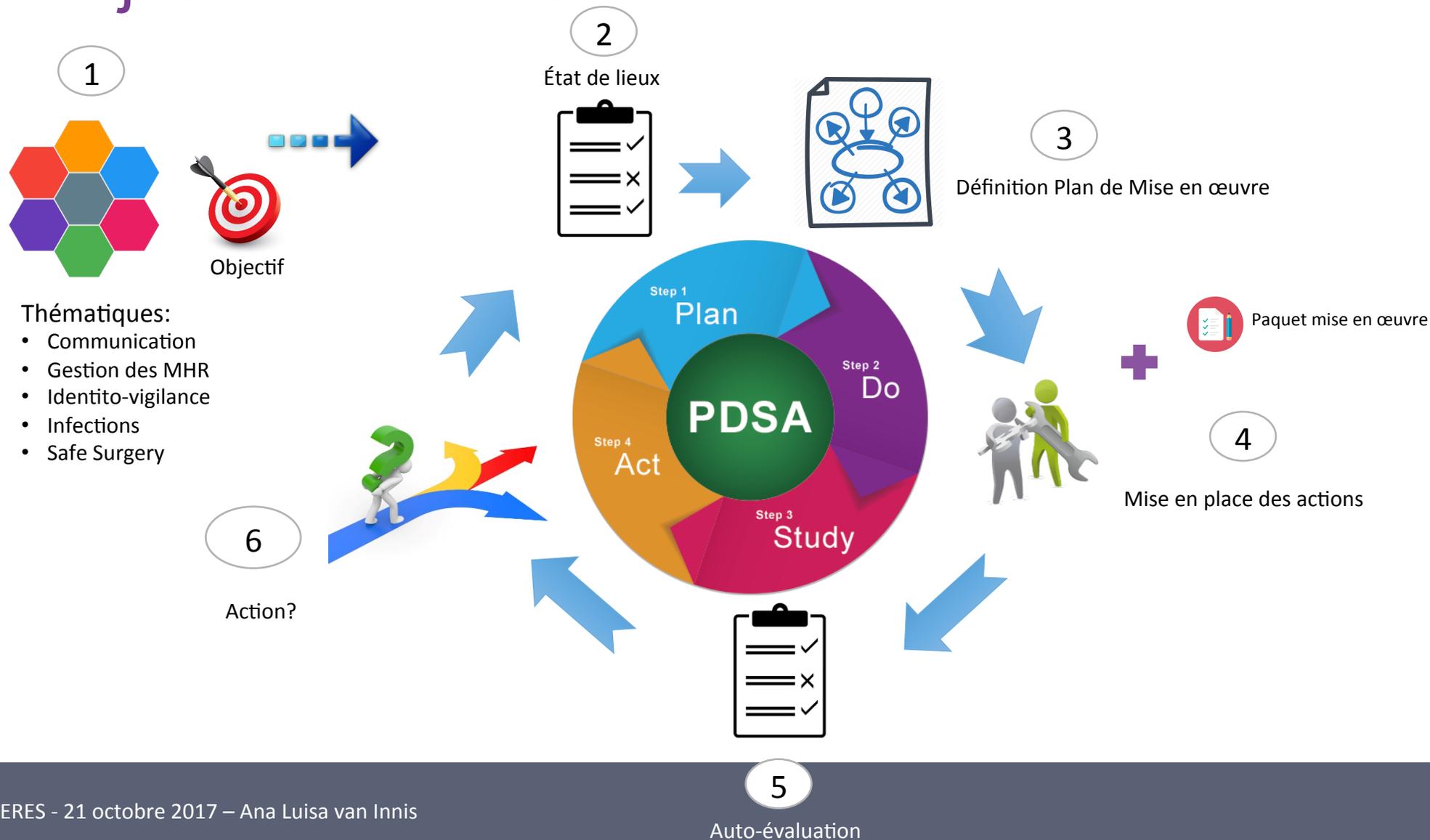
Culture et leadership	
Implication/Soutien de la direction	Les dirigeants et les cadres intermédiaires sont impliqués et font preuve de leur soutien et de leur engagement.  « Hints » • Exemples : Charte signée, badge engagement etc.
Création d'une équipe HM	Une équipe dédiée à la promotion de l'HM est identifiée au sein de l'institution. Cette équipe est responsable de la mise en place et du suivi du programme pour la promotion de l'HM (enseignement, surveillance des pratiques d'hygiène des mains, organisation de nouvelles activités etc.)
Politiques et Procédures HM (adaptés aux US si besoin)	Des politiques, protocoles, des procédures sur l'HM sont mis en place au sein de l'institution et sont accessibles à tous les professionnels concernés.
Champions de l'HM	Mise en place d'un système pour la désignation de champions de l'hygiène des mains. Les champions soutiennent la cause de la sécurité des patients et font valoir les normes sur la pratique d'hygiène des mains. Ceux-ci ont la responsabilité de promouvoir le programme au niveau de leur service clinique/Unité de soins ou dans l'établissement.
Procédure de félicitations	Mettre en place un système institutionnelle de reconnaissance des professionnels/Unités de soins exemplaires (role model)
Procédure d'intervention en cas de non-observance	Mise en place d'actions pour stimuler les professionnels à assumer la responsabilité de leur comportement vis-à-vis l'hygiène de mains (Ex. : notification par les observateurs ou par les pairs, les rapports à la hiérarchie, sanctions sur l'évaluation individuelle etc.)

Impliqués et font preuve  
sein de  
t du suivi  
veillance  
activités  
place au  
sionnels  
ptions de  
sécurité  
lène des  
rme au  
ement.  
nce des  
sumer la  
ins (Ex. :  
orts à la  
lène des  
pratiquer





# Projet d'Amélioration





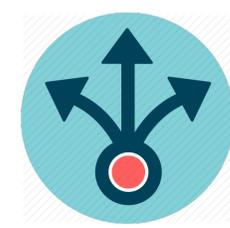
---

# Où nous en sommes?



3

### Extension/Pérennisation

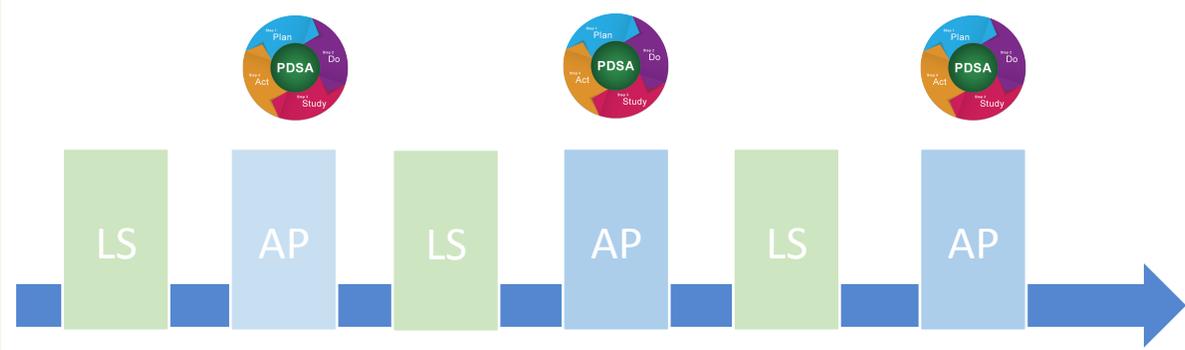


- Mise en évidence des meilleures interventions d'amélioration;
- Pérenniser les améliorations;
- Extension des meilleures pratique vers d'autres sites.

2

### Mise en œuvre: test et institutionnalisation des changements

Documentation régulière et rapportage des changements mis en œuvre et résultats  
 Apprentissage mutuel continu: coaching, réunions, ateliers, téléphone, internet, emails



Soutien continu

1

### Préparation



- Définition des thématiques et objectifs d'amélioration,
- Change Package
- Structuration du collaboratif,
- Préparation de la mise en œuvre.

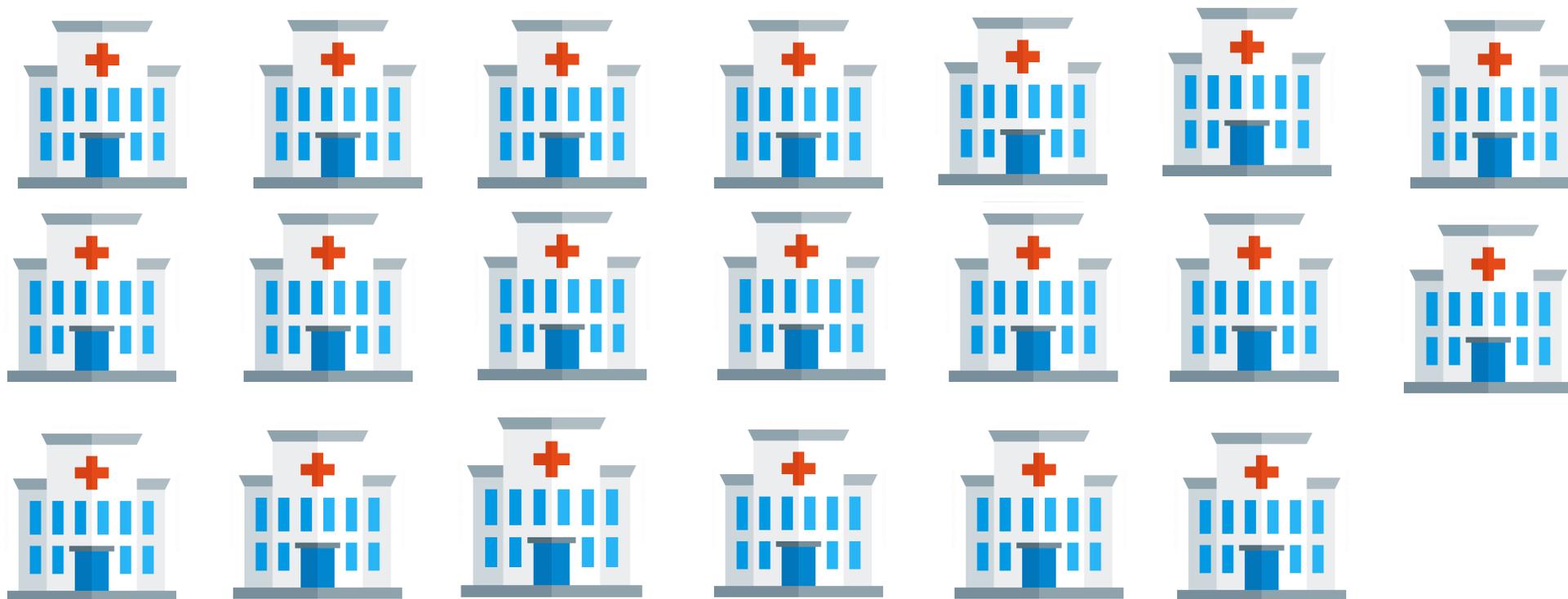
# Engagement



Engagements de l'institution XXX	Engagements de la PAQS
<p><b>Mener</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier un leader du projet</li> <li>• Identifier, par thème, les personnes ressources en interne et un leader par thématique</li> <li>• Définir, valider et soutenir un ou plusieurs objectifs institutionnels clairs fixés pour chaque thème traité par le projet « 5 ans »</li> <li>• Objectiver par des mesures les changements apportés par le développement de chaque objectif</li> <li>• Libérer les ressources nécessaires pour mener à bien le projet</li> </ul> <p><b>Promouvoir / Communiquer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître l'importance pour l'institution d'une culture qualité et sécurité et s'engage à promouvoir le projet « 5 ans » comme un outil de support au développement de cette culture</li> <li>• Soutenir le projet « 5 ans » de manière claire et explicite (en interne et en externe)</li> <li>• Créer un environnement favorable au développement du projet et à la dissémination des acquis/résultats positifs s'en dégageant</li> </ul> <p><b>Partager</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'engager à partager entre institutions participantes au projet les avancées, réussites et échecs liés au projet</li> </ul>	<p><b>Soutenir / Encadrer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser et évaluer régulièrement le projet</li> <li>• Encadrer le travail interinstitutionnel durant les 5 années de projet en proposant un espace de travail et de discussion collaboratif</li> <li>• Définir/fixer les objectifs communs à toutes les institutions pour les différents thèmes (en plus des objectifs spécifiques aux institutions)</li> </ul> <p><b>Former</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la formation de base méthodologique et le support des « coordinateurs » de projet dans leur mission</li> <li>• Mettre à disposition des outils et des modèles utiles à la mise en place, au soutien et au suivi du projet</li> <li>• Fournir l'information nécessaire et à jour (veille de la littérature) concernant les 6 thèmes abordés</li> <li>• Aider les institutions à définir les mesures à réaliser et à comparer les résultats obtenus tout au long du projet</li> </ul> <p><b>Promouvoir / Communiquer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir l'innovation et l'amélioration continue</li> <li>• En accord avec les institutions, diffuser les bonnes pratiques issues du projet « 5 ans »</li> </ul>
<p><b>OBJECTIFS Spécifiques à l'institution :</b> A définir par le coordinateur de projet</p> 	
<p>Signature de la direction de l'institution xxx</p>	<p>Signature de la direction de la PAQS</p>



# Institutions engagées



19 hôpitaux aigus et psychiatriques



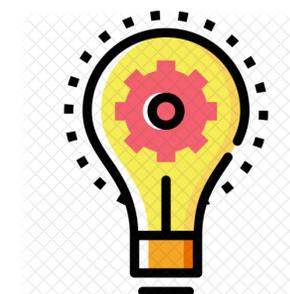
# Changes packages

	Politique et charte d'identification primaire formalisée	Comité de pilotage de l'identification	Gestion documentaire	Communication interne de la charte d'identification	Recherche d'antériorité
Politique et charte d'identification primaire formalisée	La politique des soins, des missions) ; l'identification et les techniques de signalement et qualité d'identification	La fonction de pilotage de l'identification	Les procédures archi-ées et mises à jour	La charte de communication faire un référentiel	La première recherche d'antériorité
Comité de pilotage de l'identification	La fonction de pilotage de l'identification	La fonction de pilotage de l'identification	Les procédures archi-ées et mises à jour	La charte de communication faire un référentiel	La première recherche d'antériorité
Gestion documentaire	La fonction de pilotage de l'identification	La fonction de pilotage de l'identification	Les procédures archi-ées et mises à jour	La charte de communication faire un référentiel	La première recherche d'antériorité
Communication interne de la charte d'identification	La fonction de pilotage de l'identification	La fonction de pilotage de l'identification	Les procédures archi-ées et mises à jour	La charte de communication faire un référentiel	La première recherche d'antériorité
Recherche d'antériorité	La fonction de pilotage de l'identification	La fonction de pilotage de l'identification	Les procédures archi-ées et mises à jour	La charte de communication faire un référentiel	La première recherche d'antériorité

Rangement des MHR dans les Unités de Soins		Identitovigilance primaire																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Liste MHR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liste de Médicaments à Haut Risque</td> <td>L'institution établit une liste des MHR (y compris les Sound Alike-Lo Alike (SALA)) reprenant les médicaments utilisés dans l'institution. Cette liste doit être publiée et régulièrement mise à jour par l'hôpital (aux moins tous les deux ans).</td> </tr> <tr> <td>Révision de la liste</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Liste MHR		Liste de Médicaments à Haut Risque	L'institution établit une liste des MHR (y compris les Sound Alike-Lo Alike (SALA)) reprenant les médicaments utilisés dans l'institution. Cette liste doit être publiée et régulièrement mise à jour par l'hôpital (aux moins tous les deux ans).	Révision de la liste		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Politique et structuration de l'identitovigilance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Politique et charte d'identification primaire formalisée</td> <td>La politique définit les professionnels concernés (administratifs, soignants, etc.) ; la gestion mise en place (instances, composition, missions) ; les caractéristiques d'identité utilisées (nom, prénom, sexe, etc.) et les règles de saisie ; les procédures définies (création d'identité, signalement d'anomalies ou d'erreurs, contrôle de validité des identités de manière des phases) ; les modalités d'accès aux identités ; moyens de suivi associés (indicateurs, tableau de bord).</td> </tr> </tbody> </table>	Politique et structuration de l'identitovigilance		Politique et charte d'identification primaire formalisée	La politique définit les professionnels concernés (administratifs, soignants, etc.) ; la gestion mise en place (instances, composition, missions) ; les caractéristiques d'identité utilisées (nom, prénom, sexe, etc.) et les règles de saisie ; les procédures définies (création d'identité, signalement d'anomalies ou d'erreurs, contrôle de validité des identités de manière des phases) ; les modalités d'accès aux identités ; moyens de suivi associés (indicateurs, tableau de bord).																								
Liste MHR																																			
Liste de Médicaments à Haut Risque	L'institution établit une liste des MHR (y compris les Sound Alike-Lo Alike (SALA)) reprenant les médicaments utilisés dans l'institution. Cette liste doit être publiée et régulièrement mise à jour par l'hôpital (aux moins tous les deux ans).																																		
Révision de la liste																																			
Politique et structuration de l'identitovigilance																																			
Politique et charte d'identification primaire formalisée	La politique définit les professionnels concernés (administratifs, soignants, etc.) ; la gestion mise en place (instances, composition, missions) ; les caractéristiques d'identité utilisées (nom, prénom, sexe, etc.) et les règles de saisie ; les procédures définies (création d'identité, signalement d'anomalies ou d'erreurs, contrôle de validité des identités de manière des phases) ; les modalités d'accès aux identités ; moyens de suivi associés (indicateurs, tableau de bord).																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Stockage et identification des MHR dans les unités de soins</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Tous les MHR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identification des MHR</td> <td>Dès leur réception, les MHR doivent être clairement identifiés. « Hint » : <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustement des étiquettes</li> <li>Bacs de couleur</li> <li>Séparation</li> <li>TALLman</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Rangement des MHR</td> <td>Dans les Unités de Soins, les MHR doivent être rangés de manière à faciliter l'identification et la communication.</td> </tr> <tr> <td>Information/formation des professionnels</td> <td>Les professionnels doivent être informés et formés sur le rangement spécifique des MHR.</td> </tr> <tr> <td>Audits d'entreposage</td> <td>Des audits d'entreposage doivent être réalisés et documentés trimestriellement.</td> </tr> <tr> <td>Entreposage des SALA</td> <td>Les « Sound Alike – Lo Alike » doivent être rangés de manière à éviter toute confusion.</td> </tr> <tr> <td>Éclairage des zones de rangement</td> <td>Il existe un éclairage adéquat pour faciliter l'identification et diminuer le risque d'erreur.</td> </tr> <tr> <td>Entreposage des Narcotiques/Stupéfiants</td> <td>Les médicaments narcotiques/stupéfiants doivent être rangés dans un tiroir/coffre fermé à clé et les médicaments stupéfiants doivent être rangés dans un tiroir/coffre fermé à clé.</td> </tr> <tr> <td>Accessibilité aux Narcotiques/Stupéfiants</td> <td>La clé ou le code d'accès doit être accessible aux professionnels habilités.</td> </tr> </tbody> </table>	Stockage et identification des MHR dans les unités de soins		Tous les MHR		Identification des MHR	Dès leur réception, les MHR doivent être clairement identifiés. « Hint » : <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustement des étiquettes</li> <li>Bacs de couleur</li> <li>Séparation</li> <li>TALLman</li> </ul>	Rangement des MHR	Dans les Unités de Soins, les MHR doivent être rangés de manière à faciliter l'identification et la communication.	Information/formation des professionnels	Les professionnels doivent être informés et formés sur le rangement spécifique des MHR.	Audits d'entreposage	Des audits d'entreposage doivent être réalisés et documentés trimestriellement.	Entreposage des SALA	Les « Sound Alike – Lo Alike » doivent être rangés de manière à éviter toute confusion.	Éclairage des zones de rangement	Il existe un éclairage adéquat pour faciliter l'identification et diminuer le risque d'erreur.	Entreposage des Narcotiques/Stupéfiants	Les médicaments narcotiques/stupéfiants doivent être rangés dans un tiroir/coffre fermé à clé et les médicaments stupéfiants doivent être rangés dans un tiroir/coffre fermé à clé.	Accessibilité aux Narcotiques/Stupéfiants	La clé ou le code d'accès doit être accessible aux professionnels habilités.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Communication interprofessionnelle lors TIM de patients stables</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Politique et structuration de la communication</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>La communication lors des TIM est inscrite dans le plan stratégique institutionnel</td> <td>Ce projet est inscrit de dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du secteur d'activité. Les directions (médicales et infirmières), soutiennent et s'engagent dans ce projet.</td> </tr> <tr> <td>Communication institutionnelle du projet</td> <td>Les responsables du projet sensibilisent et informent le personnel à la problématique.</td> </tr> <tr> <td>Flux/processus du transfert</td> <td>Un logigramme explique et décrit de façon séquentielle les actions à mener lors du processus de transfert.</td> </tr> <tr> <td>Procédure de préparation du patient pour le transfert</td> <td>Il existe une liste de contrôle reprenant toutes les étapes qui doivent être accomplies pour préparer le patient avant le transfert.</td> </tr> <tr> <td>Création d'une check-list pour le transfert</td> <td>Créer une checklist qui accompagne le processus de transfert. Celle-ci assure que tous les renseignements et documents pertinents sur le patient sont fournis à l'UR. Les données essentielles nécessaires pour fournir une qualité de soins élevée aux patients transférés entre sites de soins sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>L'identification du patient ;</li> <li>Identification de l'UD (Contacts : Médecins, infirmiers)</li> <li>Les prescriptions médicales ;</li> <li>Les besoins prioritaires du patient (to-do list) ;</li> <li>Les critères de sortie de l'UD (par pathologie/groupe de patients) ;</li> <li>La stabilité physique et psychique des patients ;</li> <li>Le transfert des effets personnels ;</li> <li>Résumé du patient, y compris les motifs de son admission, l'évolution de l'état du patient et les traitements en cours ;</li> <li>Les problèmes et stratégies possibles, si des complications surviennent ;</li> <li>Les allergies connues ;</li> <li>Les résultats d'examen pertinents ;</li> <li>Signes vitaux précédents.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Communication interprofessionnelle lors TIM de patients stables		Politique et structuration de la communication		La communication lors des TIM est inscrite dans le plan stratégique institutionnel	Ce projet est inscrit de dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du secteur d'activité. Les directions (médicales et infirmières), soutiennent et s'engagent dans ce projet.	Communication institutionnelle du projet	Les responsables du projet sensibilisent et informent le personnel à la problématique.	Flux/processus du transfert	Un logigramme explique et décrit de façon séquentielle les actions à mener lors du processus de transfert.	Procédure de préparation du patient pour le transfert	Il existe une liste de contrôle reprenant toutes les étapes qui doivent être accomplies pour préparer le patient avant le transfert.	Création d'une check-list pour le transfert	Créer une checklist qui accompagne le processus de transfert. Celle-ci assure que tous les renseignements et documents pertinents sur le patient sont fournis à l'UR. Les données essentielles nécessaires pour fournir une qualité de soins élevée aux patients transférés entre sites de soins sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>L'identification du patient ;</li> <li>Identification de l'UD (Contacts : Médecins, infirmiers)</li> <li>Les prescriptions médicales ;</li> <li>Les besoins prioritaires du patient (to-do list) ;</li> <li>Les critères de sortie de l'UD (par pathologie/groupe de patients) ;</li> <li>La stabilité physique et psychique des patients ;</li> <li>Le transfert des effets personnels ;</li> <li>Résumé du patient, y compris les motifs de son admission, l'évolution de l'état du patient et les traitements en cours ;</li> <li>Les problèmes et stratégies possibles, si des complications surviennent ;</li> <li>Les allergies connues ;</li> <li>Les résultats d'examen pertinents ;</li> <li>Signes vitaux précédents.</li> </ul>
Stockage et identification des MHR dans les unités de soins																																			
Tous les MHR																																			
Identification des MHR	Dès leur réception, les MHR doivent être clairement identifiés. « Hint » : <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajustement des étiquettes</li> <li>Bacs de couleur</li> <li>Séparation</li> <li>TALLman</li> </ul>																																		
Rangement des MHR	Dans les Unités de Soins, les MHR doivent être rangés de manière à faciliter l'identification et la communication.																																		
Information/formation des professionnels	Les professionnels doivent être informés et formés sur le rangement spécifique des MHR.																																		
Audits d'entreposage	Des audits d'entreposage doivent être réalisés et documentés trimestriellement.																																		
Entreposage des SALA	Les « Sound Alike – Lo Alike » doivent être rangés de manière à éviter toute confusion.																																		
Éclairage des zones de rangement	Il existe un éclairage adéquat pour faciliter l'identification et diminuer le risque d'erreur.																																		
Entreposage des Narcotiques/Stupéfiants	Les médicaments narcotiques/stupéfiants doivent être rangés dans un tiroir/coffre fermé à clé et les médicaments stupéfiants doivent être rangés dans un tiroir/coffre fermé à clé.																																		
Accessibilité aux Narcotiques/Stupéfiants	La clé ou le code d'accès doit être accessible aux professionnels habilités.																																		
Communication interprofessionnelle lors TIM de patients stables																																			
Politique et structuration de la communication																																			
La communication lors des TIM est inscrite dans le plan stratégique institutionnel	Ce projet est inscrit de dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du secteur d'activité. Les directions (médicales et infirmières), soutiennent et s'engagent dans ce projet.																																		
Communication institutionnelle du projet	Les responsables du projet sensibilisent et informent le personnel à la problématique.																																		
Flux/processus du transfert	Un logigramme explique et décrit de façon séquentielle les actions à mener lors du processus de transfert.																																		
Procédure de préparation du patient pour le transfert	Il existe une liste de contrôle reprenant toutes les étapes qui doivent être accomplies pour préparer le patient avant le transfert.																																		
Création d'une check-list pour le transfert	Créer une checklist qui accompagne le processus de transfert. Celle-ci assure que tous les renseignements et documents pertinents sur le patient sont fournis à l'UR. Les données essentielles nécessaires pour fournir une qualité de soins élevée aux patients transférés entre sites de soins sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>L'identification du patient ;</li> <li>Identification de l'UD (Contacts : Médecins, infirmiers)</li> <li>Les prescriptions médicales ;</li> <li>Les besoins prioritaires du patient (to-do list) ;</li> <li>Les critères de sortie de l'UD (par pathologie/groupe de patients) ;</li> <li>La stabilité physique et psychique des patients ;</li> <li>Le transfert des effets personnels ;</li> <li>Résumé du patient, y compris les motifs de son admission, l'évolution de l'état du patient et les traitements en cours ;</li> <li>Les problèmes et stratégies possibles, si des complications surviennent ;</li> <li>Les allergies connues ;</li> <li>Les résultats d'examen pertinents ;</li> <li>Signes vitaux précédents.</li> </ul>																																		

Change packages pour chaque thématique



Outils et de l'innovation



# Définition des Objectifs et Mesures

Objectifs SMART  
Simples  
Mesurables  
Accessibles  
Réalistes  
Temps Précis

Sous-Thématique	Objectif	Indicateur
Communication	Objectif SMART	Qui ? Quand ? Comment ? Critères Inclusion/Exclusion
Médicaments Haut Risque	Objectif SMART	Qui ? Quand ? Comment ? Critères Inclusion/Exclusion
Identitovigilance	Au xx/xx/18, 100% des patients en admissions programmées seront correctement identifiés à la sortie des admissions selon la procédure mise en place et sur le support institutionnel définis	1x mois, un audit est mené à la sortie des admissions pour identifier le nombre d'identités validées selon le support institutionnel sur le nombre total d'admissions programmées. Pour les institutions psychiatriques toutes les admissions seront observées sur base d'un audit de 20 dossiers par mois
Prévention et Contrôle des infections	D'ici à la prochaine campagne sur l'Observance de l'Hygiène des mains, une amélioration de 5% de l'OHM sera constatée et maintenue	Qui ? Quand ? Comment ? Critères Inclusion/Exclusion
Safe Surgery	Objectif SMART	Qui ? Quand ? Comment ? Critères Inclusion/Exclusion
Prévention de la violence	Au 31/12/18, une méthode formelle d'évaluation des risques de comportement violent sera mise en place chez 100% des admissions dans les 7j post admission	Qui ? Quand ? Comment ? Critères Inclusion/Exclusion

Mesures  
 Responsable collecte  
 Fréquence  
 Support de collecte  
 Critères Inclusion/Exclusion



# Des outils pour la mesure

Outil Graphique 1 - Run Chart - Lecture seule - Mode de compatibilité - Excel

Developed by Richard Scoville, PhD. (richard@scoville.net)

Date/ Observation	Valeur	Médiane	Objectif	Fin de la médiane
1	60	67	90	
2	70	67	90	
3	75	67	90	
4	60	67	90	
5	64	67	90	
6	70	67	90	
7	67	67	90	
8	67	67	90	
9	67	67	90	

Titre Titre du graphique  
Axe Y Nom de l'axe Y  
Axe X Nom de l'axe X

Run Chart

Outil Graphique 2 - Control Chart (P Chart) - Lecture seule - Excel

Control Chart (P Chart) lorsque les valeurs du dénominateur sont constantes

Date/ Observation	Numérateur	Dénominateur	Valeur	Pourcentage (central)	UCL	LCL
1	15	25	60,00	67,92	95,93	39,92
2	16	25	64,00	67,92	95,93	39,92
3	15	25	60,00	67,92	95,93	39,92
4	14	24	58,33	67,92	95,93	39,92
5	13	25	52,00	67,92	95,93	39,92
6	16	25	64,00	67,92	95,93	39,92
7	17	25	68,00	67,92	95,93	39,92
8	10	25	40,00	67,92	95,93	39,92
9	13	25	52,00	67,92	95,93	39,92
10	14	25	56,00	67,92	95,93	39,92
11	18	25	72,00	67,92	95,93	39,92
12	20	25	80,00	67,92	95,93	39,92
13	21	25	84,00	67,92	95,93	39,92
14	20	25	80,00	67,92	95,93	39,92
15	22	25	88,00	67,92	95,93	39,92
16	21	25	84,00	67,92	95,93	39,92
17	23	25	92,00	67,92	95,93	39,92
Total	288	424	1154			

Titre du graphique

P Chart - dénominateur constant



---

# Formations

Formation de base méthodologique;

Mise à disposition d'outils et des modèles utiles à mettre en place;

Information nécessaire et à jour (veille documentaire) sur les thématiques;

- Open School IHI (Mise en ligne cet été en version française)
- Organisations de formations,
- Modules e-learning.





# Plateforme e-learning/projet 5 ans

 PAQS e-learning



 Inscription

 Connexion

Accueil

A propos

Modules e-learning

FAQ

Contact

Plateforme d'e-learning de la PAQS



La plateforme d'e-learning de la PAQS vous propose des modules de formations sur la thématique de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Nous vous invitons à améliorer vos connaissances !

Ensemble pour l'**A**MELIORATION  
des soins de santé

Mes espaces d'activités > 5 ans pour sauver des vies (5ans) > Accueil

# Accueil

5 ans pour sauver des vies : espace collaboratif ↕

## A propos

Cet espace est dédié au projet de la PAQS *5 ans pour sauver des vies*. Il est uniquement accessible aux institutions engagées dans le projet. Il a pour objectif de vous **offrir un endroit d'échanges avec vos pairs**.

Dans la partie Annonces, vous trouverez des informations utiles concernant le projet.

Le Forum vous permettra d'échanger sur les différentes thématiques du projet. Vous avez une questions à poser à vos pairs ? Cet espace l'accueillera !

Dans la partie ressources, vous retrouverez les présentations réalisées lors des réunions de la PAQS. Nous vous proposons également d'y déposer des documents que vous souhaitez partager avec vos pairs.

Vous avez une question ? Contactez Mathieu Louiset, [mathieu.louiset@paqs.be](mailto:mathieu.louiset@paqs.be)



## Annonces

### Formation HCAP

Bonjour,

Pour ceux que cela intéresse, la date de clôture est fixée au 13 octobre...

Il reste des places, mais cela devient urgent :-).

Bonne journée et à demain,

Mathieu.

Publiée le 09-10-2017

### Article à lire pour le 19 octobre

L'article à lire pour le 19/10 est en ligne.

Bonne lecture!

Publiée le 03-10-2017

## Ressources

Nom

Pilgrim - PAQS - Storytelling & Storyteller - Teller - Oct



---

# Résultats?



---

# Résultats...?

Encore en phase de préparation:

- Engagement des institutions;
- Définition des objectifs/indicateurs et des mesures;
- Définition des actions/changements à mettre en place;
- Formation méthodologie.

Objectif final: Améliorer de façon significative les 5/6 thématiques et mettre en évidence et partager les meilleures pratiques.

Apporter des connaissances et des évidences pour *in fine* développer le secteur en ce qui concerne la Qualité et Sécurité.



---

MERCI



PAQS  
ASBL

*How can I improve  
healthcare today ?*

