



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER LOUIS  
GIORGI**

**Bp186 avenue Lavoisier  
Bp 184  
84106 Orange  
MAI 2017**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	50
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	54
<b>ANNEXE</b>	60

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

## 2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

### 3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

**2.1 La caractérisation générale** qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER LOUIS GIORGI	
Adresse	Bp186 avenue lavoisier 84106 Orange
Département / région	VAUCLUSE / PACA
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	840000087	CH LOUIS GIORGI	Bp186 avenue lavoisier 84106 Orange
Etablissement de santé	840000483	CENTRE HOSPITALIER LOUIS GIORGI	Bp186 avenue lavoisier Bp 184 84106 Orange
Etablissement de santé	840007587	SERVICE DE LONG SEJOUR DU CH LOUIS GIORGI	Bp186 avenue lavoisier 84106 Orange

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	52	/	8
MCO	Gyneco-Obstétrique	27	/	/
MCO	Médecine	88	6	/
SLD	SLD	30	/	/
SSR	SSR	25	/	/

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	Laboratoire de biologie médicale Hémostase 50% des actes Bioqualité  COFRAC Décembre 2012 Prévu en Sept 2015
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention constitutive FMI Urgences (Vaison, Valréas, Orange),</li> <li>- Convention FMI SSR (Vaison, Valréas, Bollène, Orange),</li> <li>- Convention DIM (Vaison, Valréas, Bollène, Orange),</li> <li>- Convention de centre périnatal de proximité (Valréas, Orange),</li> <li>- Convention pour la réalisation d'analyses biologiques avec le HL de Bollène, la MdR de Jonquières,</li> <li>- Convention groupe CAPIO pour la prise en charge de la surveillance continue,</li> <li>- Conventions CH Avignon,</li> <li>- Convention Sainte-Catherine pour la chimiothérapie,</li> <li>- Réseau Périnat Sud,</li> <li>- Réseaux Oncosud et inter 3C,</li> </ul>
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	ETP BPCO, ETP Diabète de type 2 15/10/2012 Consultations mémoires du haut Vaucluse 20/12/12 Lits identifiés Soins Palliatifs MCO 25/06/2013 PASA 01/10/2013 Chirurgie ambulatoire 19/12/2013

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :  
- la certification de l'établissement (A).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

### 4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

### 5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

# PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

## 2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine cardio	Maladie cardio vasculaire	Urgences	hospitalisation complète	MCO
2	Adulte	Médecine	Endoscopie	Programmé	hospitalisation partielle	MCO
3	Femme	Chirurgie de l'obésité	Obésité	Programmé	hospitalisation complète	MCO
4	Homme	Chirurgie orthopédique	Arthroscopie du genou	Programmé	ambulatoire	MCO
5	Femme	Salle de naissance	Césarienne ou accouchement par voie basse	Urgences	hospitalisation complète	MCO
6	Personne âgée	SSR polyvalent, gériatrique	A préciser	Programmé	hospitalisation complète	SSR

<b>PT</b>	<b>Population</b>	<b>Secteurs d'activité / services</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Mode d'entrée</b>	<b>Type de parcours</b>	<b>PEC</b>
7	Personne âgée	SLD	A préciser	Programmé	hospitalisation complète	

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

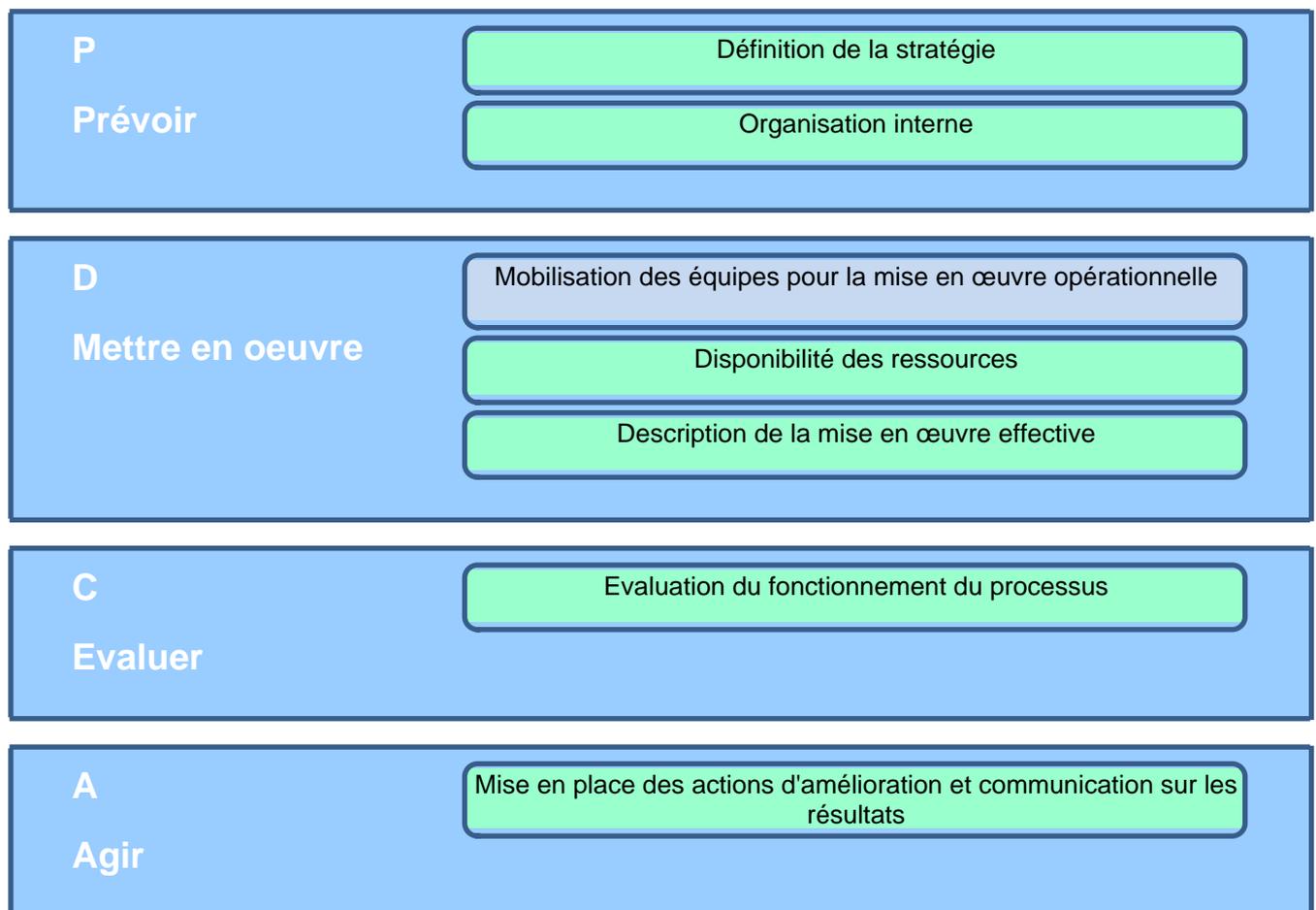
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique qualité/gestion des risques et sécurité des soins, élaborée sur la base d'une cartographie des risques et d'une analyse des risques validée par les instances. Elle est inscrite dans le projet d'établissement non actualisé au plan local mais en projet au plan territorial. Elle se décline dans un programme d'amélioration de la qualité remis à jour le 29 mars 2016, selon des thématiques spécifiques (sécurité des patients, qualité de la prise en charge et conditions de travail des professionnels, respect du patient, mise en place de système de management de la qualité intégrant les EPP) et des programmes ciblés notamment sur l'identité vigilance, le circuit du médicament, la douleur. La réglementation est prise en compte ainsi que les objectifs de l'établissement fixés par l'ARS dans le cadre du CPOM 2012/2016. La direction qualité s'est mobilisée pour l'élaboration du compte qualité en lien avec le programme qualité. Les représentants des usagers ont été informés de cette démarche. Des objectifs sont déclinés par pôles avec des indicateurs de suivi la plupart du temps.

#### ORGANISATION INTERNE

C'est la direction qualité qui pilote le processus qualité et la coordination des risques. Elle se compose d'un directeur qualité, d'une assistante qualité, d'un soignant pour la gestion des risques et d'une secrétaire. Les responsables des vigilances sont identifiés et les rôles et responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectifs, formations, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. La gestion des interfaces est organisée par le comité de pilotage de la qualité, le Comité des Vigilances et des Risques (COVIRIS), les instances, les différentes commissions et les réunions d'encadrement pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Le système de management de la qualité s'appuie sur un réseau de référents dans les pôles. Les fiches de poste existent et ont été réactualisées pour la plupart.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres sont établis dans les pôles notamment gériatrie, urgences, femme/enfant en déclinaison de la démarche institutionnelle en regard de ses risques et besoins. Ces pôles ont développé une stratégie explicite concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins. Les responsables de pôle sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur les processus lors de réunions de services. L'encadrement diffuse les informations sur la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (notamment procédures, protocoles, consignes...). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) et mises en place.

Dans le service des urgences des audits sont réalisés sur les temps d'attente, par tirage au sort de dossiers, les résultats en sont communiqués aux personnels et concourent à la définition d'actions. Au bloc opératoire, les professionnels sont associés à l'élaboration de protocoles propres au service et l'encadrement déploie les actions spécifiques au bloc et à l'endoscopie. En obstétrique, les professionnels participent activement aux réunions de suivi et d'analyse de dysfonctionnements.

La mobilisation des équipes repose pour une partie des processus sur une organisation associant des référents comme par exemple la maîtrise du risque infectieux, ou des membres de comités spécifiques comme ceux du comité d'éthique qui relayent la sensibilisation relative aux droits des patients.

Des groupes pluri professionnels EPP et audits sont en place sur l'ensemble des secteurs cliniques. Les RMM sont institutionnellement en place sur les secteurs obligatoires.

Le centre de simulation (CESIM 84) est ouvert depuis janvier 2014. et accessible à l'ensemble des soignants.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles dans les pôles. Des référents qualité et des correspondants des vigilances existent dans les unités de soins sur les différents pôles et ont bénéficié de formations. Plusieurs agents ont des DU (DU douleur, DU hygiène, DU médecine légale, DU nutrition et métabolisme, DU neurogériatrie...) en lien avec les risques potentiels en unité de soins. Les ressources en matériels, locaux et équipements sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Le dispositif de gestion documentaire est disponible dans les unités sous format numérique et sous format papier. Les documents organisant les activités du champ de la qualité et gestion des risques sont disponibles notamment la procédure de signalement des événements indésirables. Le programme

d'actions qualité est disponible auprès de l'encadrement.  
Toutefois, l'appropriation du système gestion documentaire est inégale en fonction des secteurs. Des documents, protocoles, procédures sont non identifiables sur la base des exigences en vigueur (pas de date de validation, de n° de version, de nom de rédacteur). En outre les évolutions de version ne font pas l'objet d'une information structurée ou d'une mise en évidence de l'objet de la mise à jour ce qui en altère l'appropriation par les agents.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les services connaissent et mettent en œuvre l'organisation définie pour la maîtrise des risques liés aux prises en charge du patient. Aux urgences et en gériatrie notamment, le risque suicidaire est pris en compte. Dans l'ensemble du centre hospitalier les chambres disposent de fenêtres sécurisées. L'accès à la plupart des locaux est sécurisé. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Les organisations et actions nécessaires au processus qualité et sécurité des soins sont effectivement mises en œuvre : analyse des risques a posteriori, recueil et analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, exploitation des questionnaires de satisfaction, journées de simulation sur des thèmes définis comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la prise en charge des urgences vitales.... Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles grâce aux réunions de coordination des vigilances et des risques, au comité de pilotage qualité, et à l'encadrement de proximité en relais sur les unités de soins. La traçabilité des actions mises en œuvre est globalement assurée.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure l'évaluation du système de management de qualité/gestion des risques liés aux soins et de certaines actions mises en place soit par des audits ciblés, quelques CREX, RMM, EPP et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs locaux et nationaux : IQSS, tableaux de bord de suivi du PAQSS, analyse des événements indésirables, bilan d'activité du CLIN, CLAN, CLUD, etc.). L'établissement a initié des démarches "patients traceurs" dans le cadre de son système d'évaluation. Les résultats des EPP sont présentés à la CME, au directoire et à la CSIRMT.

Toutefois, la maîtrise des risques notamment sécuritaire, et des événements indésirables ne fait pas l'objet d'une mobilisation constante et partagée par l'ensemble des professionnels. Des actions sont menées mais leur évolution au regard des résultats ne garantit pas le choix de méthodes appropriées.

L'évaluation de la satisfaction des usagers et l'exploitation des plaintes et réclamations sont effectives. La CRUQPC est régulièrement saisie des résultats et participe à l'évaluation du processus.

### **A / AGIR**

#### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont pour la plupart intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, et pour les actions prioritaires, sont intégrées au compte qualité. A titre d'exemple, une réflexion institutionnelle sur les chutes et les contentions a permis l'achat de matériel homogénéisé sur l'ensemble de l'établissement. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne dans les instances et commissions, et par l'intermédiaire des référents et en externe par la diffusion des indicateurs nationaux, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Le programme d'actions est révisé périodiquement en fonction des évaluations menées et résultats obtenus.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	L'appropriation du système gestion documentaire est inégale en fonction des secteurs Des documents, protocoles, procédures sont non identifiables sur la base des exigences en vigueur (pas de date de validation, de n° de version, de nom de rédacteur). En outre les évolutions de version ne font pas l'objet d'une information structurée ou d'une mise en évidence de l'objet de la mise à jour ce qui en altère l'appropriation par les agents.	5c
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	La maîtrise des risques notamment sécuritaire, et des événements indésirables ne fait pas l'objet d'une mobilisation constante et partagée par l'ensemble des professionnels. Des actions sont menées mais leur évolution au regard des résultats ne garantit pas le choix de méthodes appropriées.	1f

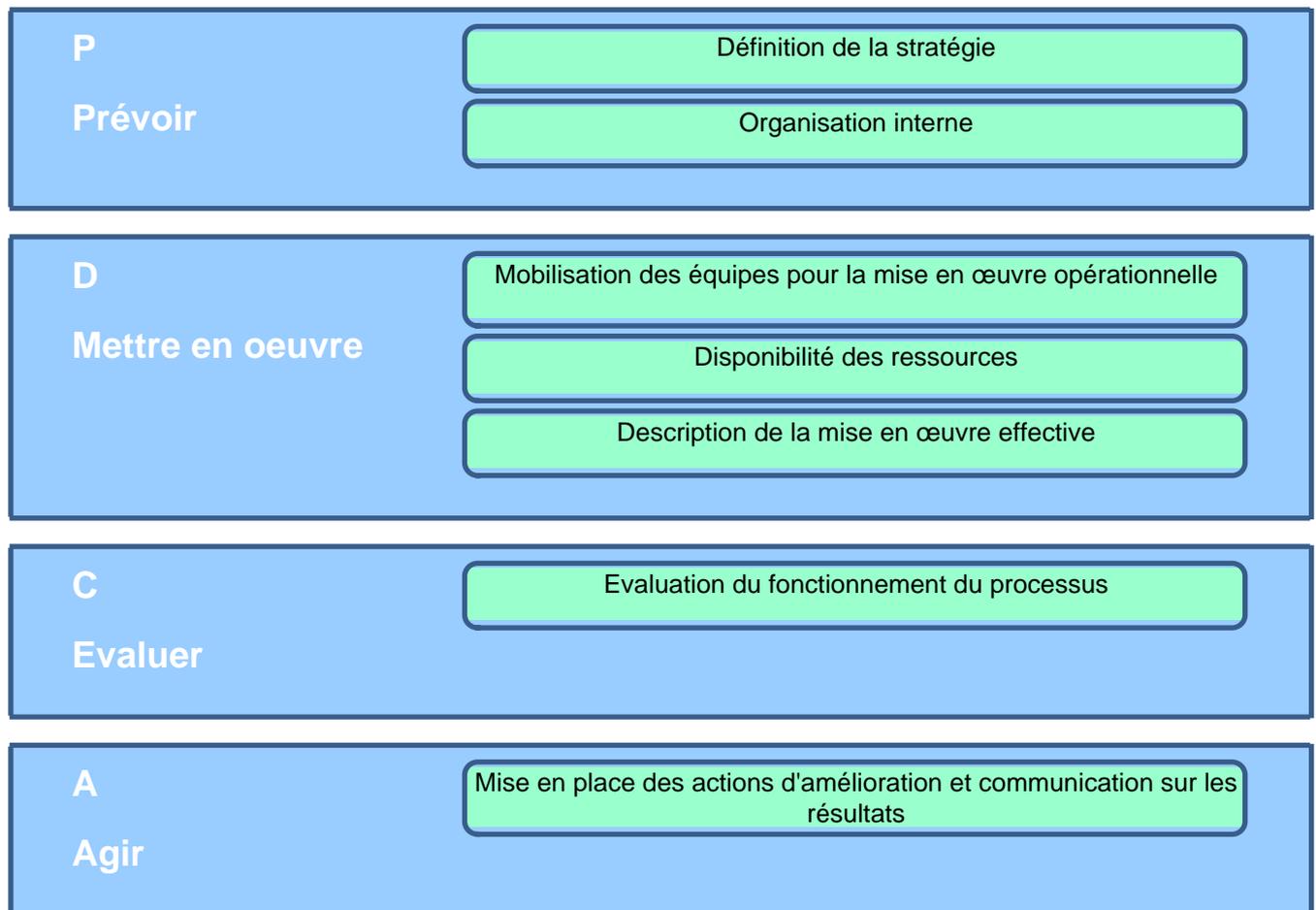
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Il existe une politique de lutte contre les infections nosocomiales et des objectifs établis sur la base d'une identification des besoins faites par le CLIN, du contexte, des résultats des IQSS, et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique est déclinée dans un programme d'actions annuel du CLIN formalisé, validé par la CME et présenté aux instances.
ORGANISATION INTERNE
Le processus de gestion du risque infectieux est géré par le CLIN. Au regard des besoins et risques identifiés et des résultats des IQSS, l'établissement prévoit les ressources humaines (1 médecin hygiéniste et 1 infirmière hygiéniste à temps partiel titulaires d'un DU hygiène toutes les deux, 1 pharmacien référent antibiotique, 1 biologiste président du CLIN), matérielles (locaux, équipements adaptés maintenance suivie avec carnet d'entretien, etc.) et documentaires (procédures, protocoles papiers révisés tous les 2 ans, dispositif de gestion documentaire sur l'intranet, etc.) nécessaires. Il existe des référents hygiène dans chaque service de soins (1 IDE+ 1 AS +1 ASH ou 1 sage femme pour la maternité, 1 kiné en rééducation) et sur les secteurs logistiques et prestataires de l'établissement (cuisine, maintenance...). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels concernés.

### D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise a priori la déclinaison de la démarche institutionnelle en plans d'actions opérationnels. Les référents hygiène de chaque service et les cadres de santé du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières) et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont identifiées par le CLIN en cas de besoin (audit du lavage des mains, contrôle des légionelles, suivi des indicateurs nationaux, prélèvements bactériologiques, etc.). Le référent antibiothérapie organise le suivi du bon usage des antibiotiques. Le contrat de bon usage du médicament est disponible et présenté aux nouveaux internes. Des EPP sont en cours, notamment sur la prise en charge des sepsis graves et chocs septiques, sur la prévention des infections materno fœtales, l'antibioprophylaxie chirurgicale. Cependant la mobilisation des équipes médicales et para médicales dans la gestion du risque infectieux est inégale. La rencontre avec les pilotes du groupe a mis en évidence la difficulté de signalement interne des infections associées aux soins, la non information automatique de l'équipe opérationnelle d'hygiène, le non respect des règles de lavage des mains et l'absence de bijoux.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en matériel (équipements, chariots de soins, de ménage, matériel à usage unique...), documentation, classeur d'hygiène dans chaque service mis à jour par l'IDE hygiéniste, procédures diffusées via intranet, (fiche de signalement d'une infections nosocomiale, dépistage des patients à risque de transmission de MCJ, fiche de transmission bloc stérilisation pour le risque de MCJ...) sont accessibles, actualisées, connues par les référents hygiène, la plupart des professionnels, les cadres de santé. Les référents hygiène sont formés par l'infirmière ou le médecin hygiéniste. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un rappel sur les bonnes pratiques en hygiène par l'infirmière ou le médecin hygiéniste et les nouveaux internes sont formés aux bonnes pratiques de prescription des antibiotiques. La responsable hôtelière forme les nouveaux agents au bon entretien des locaux et veille à la bonne hygiène des locaux en lien avec l'EOH. Les membres du CLIN reçoivent des informations en lien avec leurs missions et participent au CCLIN PACA.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Chaque secteur d'activité met en œuvre en principe, les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les plans d'actions présentés au CLIN sont annuels, mis en œuvre par l'équipe opérationnelle d'hygiène, le pharmacien pour la partie antibiothérapie, et les référents hygiène dans chaque secteur d'activité. Des prélèvements bactériologiques sont effectués régulièrement et suivis (légionelles, eau de la piscine de rééducation, contrôles environnementaux au bloc, contrôles des endoscopes, linge...). Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles grâce aux référents hygiène, aux pharmaciens et à l'équipe opérationnelle d'hygiène. La traçabilité est assurée, mais la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure n'est pas systématique dans l'ensemble des

services. Les audits internes et la rencontre avec les professionnels témoignent de cette difficulté sur laquelle l'établissement a posé des actions d'amélioration.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre en lien avec le CLIN sur la base d'outils identifiés (IQSS, tableaux de bord de suivi des légionnelles, BMR, bilan d'activité, audit de lavage des mains par exemple etc.). Des comparatifs avec d'autres structures équivalentes au niveau régional sont assurés par le médecin hygiéniste. Le bilan du CLIN est réalisé annuellement.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les actions d'amélioration mises en œuvre dans les services et par le CLIN, sont partiellement intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats des IQSS, audit de bonnes pratiques, surveillance des légionnelles... est réalisée. Le bilan du CLIN est communiqué aux instances et aux référents hygiène. La diffusion aux autres professionnels, et à destination des usagers se fait via l'affichage des IQSS et/ou par intranet. Une plaquette en attente de validation est distribuée aux patients contact de patients porteurs de Bactéries Hautement Résistantes depuis le début 2016.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	La mobilisation des équipes médicales et para médicales dans la gestion du risque infectieux est inégale. La rencontre avec les pilotes du groupe a mis en évidence la difficulté de signalement interne des infections associées aux soins, la non information automatique de l'équipe opérationnelle d'hygiène, le non respect des règles de lavage des mains et l'absence de bijoux.	8g
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure n'est pas systématique dans l'ensemble des services  Les audits internes et la rencontre avec les professionnels en témoignent.	8h

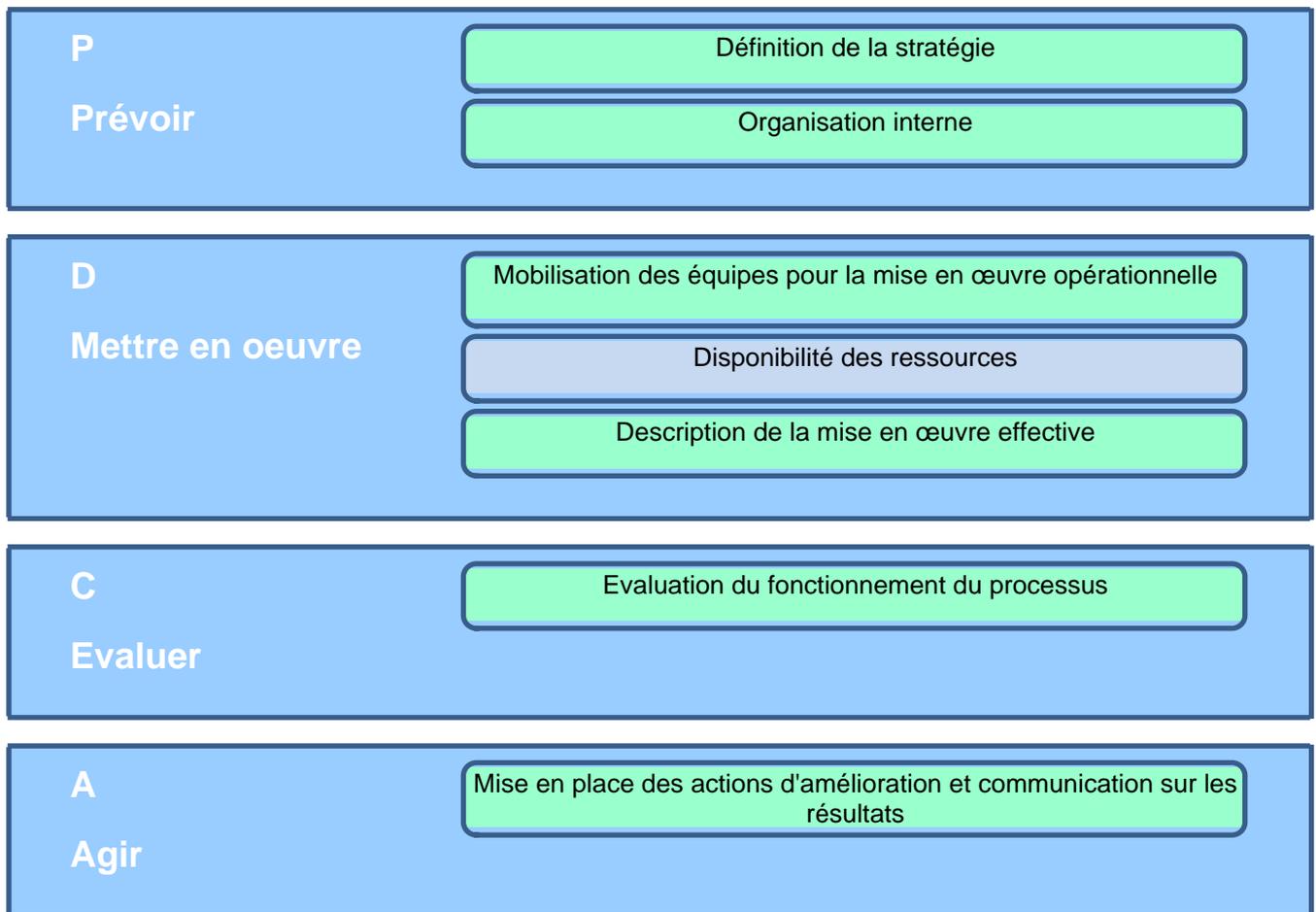
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique des droits du patient intégrée dans le projet d'établissement non actualisé. Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement et aux pôles d'activité. Cette analyse des besoins et des risques est assurée par la direction de la qualité, les pilotes du groupe droits des patients, et la CRU.

Au regard des risques identifiés par les professionnels, les représentants des usagers, les retours des questionnaires de satisfaction, les plaintes et réclamations, le manuel de certification HAS, des actions prioritaires sont définies ; par exemple non respect de la confidentialité et de la non divulgation de présence, sortie sans et contre avis médical, recherche du consentement éclairé, non respect des bonnes pratiques de contention... Cette politique, validée par la direction et les instances concernées (CME, CSIRMT et CRU), est déclinée dans les projets de l'établissement et des pôles à travers un programme d'actions formalisé et priorisé, incluant notamment la promotion de la bientraitance, l'annonce de diagnostic, la douleur, les soins palliatifs et la prise en charge de la fin de vie.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini son organisation pour piloter le processus droits des patients. Les rôles et responsabilités de la CRUQ et des représentants des usagers sont désignés et connus. Les rôles et responsabilités des pilotes du groupe de travail "droits des patients" sont identifiés. Une commission éthique est en place depuis quelques années. L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires et l'adaptation du plan de formation.

L'établissement adapte ses ressources matérielles selon son plan triennal de retour à l'équilibre financier (aménagement progressif des chambres à deux lits par l'équipement de rideaux/paravents pour compenser les problèmes d'intimité, achat de matériels de contention adaptés, chambre individuelle pour les patients en soins palliatifs, etc.).

L'établissement prévoit ses ressources documentaires (mise à disposition et affichage des chartes, des tarifs des prestations proposées, modalités de signalement des cas de maltraitance, etc). L'établissement organise l'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU via le livret d'accueil. Certains documents sont internes à certains pôles (exemple en gynéco-obstétrique avec le formulaire de consentement à la réalisation des échographies obstétricales et fœtales de dépistage, de diagnostic, formulaire de refus de la femme enceinte de recevoir des informations sur certains examens d'évaluation du risque fœtal d'affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse refus du port de bracelet GPS pour le NN...).

La gestion des interfaces est organisée par les cadres de pôles, la direction qualité, les pilotes de la thématique et lors de réunions pluridisciplinaires pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les professionnels de la commission éthique participent à la diffusion de cette culture droits des patients. Les pôles déclinent les objectifs institutionnels en projets de prise en charge, organisation et pratiques permettant le respect des libertés individuelles. Par exemple, le pôle de gériatrie est particulièrement sensibilisé à la prescription des contentions et à la liberté de circulation.

Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels lors de réunions de service notamment sur les risques identifiés (entrave à la liberté de circulation, maltraitance, risque d'atteinte à la confidentialité des données, douleur...).

L'encadrement s'assure globalement de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées au sein des services en cas de besoin et sont présentées en CRU (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Quelques agents ont un DU douleur, DU plaies et cicatrifications, DU éducation thérapeutique, DU allaitement, DU soins palliatifs. Des référents douleur sont désignés par services. La formation des professionnels aux droits des patients est effective, notamment celle des nouveaux arrivants qui bénéficient d'un rappel sur cette thématique. En 2015, 175 agents ont été formés au respect des droits des patients, 35 à l'annonce d'un dommage lié aux soins, 7 à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, 55 sur la douleur, 13 à la prise en charge du toucher massage en soins palliatifs, 15 agents ont été formés à la

bientraitance, 6 à l'accompagnement de fin de vie...  
Des bénévoles interviennent également en soins palliatifs.  
Le matériel est adapté en prenant en compte les droits et besoins de l'ensemble des patients, (ascenseurs avec signal sonore pour les malvoyants et malentendants, système de contention renouvelé, paravents dans la plupart des chambres à 2 lits, table adaptée au bloc opératoire pour patients obèses, table de pesée pour patients en fauteuil roulant...). Un planning des travaux est engagé sur 6 ans, pour la mise en accessibilité des personnes à mobilité réduite. La documentation est disponible dans les secteurs d'activité (charte, protocoles via intranet). L'accueil est personnalisé et le soutien de l'entourage est organisé. Les papas en maternité, ainsi qu'un membre de la famille accompagnant une personne en fin de vie en gériatrie, peuvent bénéficier gracieusement de lit accompagnant. Une psychologue peut intervenir si besoin en soutien auprès des familles ou de l'entourage.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement. Des réunions pluridisciplinaires internes aux pôles ou entre pôles et via le comité éthique permettent d'échanger sur des sujets comme la prise en charge en soins palliatifs, la restriction de liberté de circulation notamment en gériatrie, la recherche du consentement du patient, la non divulgation de présence etc.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre. Le respect de la dignité et de l'intimité des patients est effectif lors des soins, y compris les soins d'hygiène par la mise en place possible de paravents dans les chambres à 2 lits et les pratiques des soignants.

Les organisations et pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont mises en œuvre (sensibilisation des agents sur la fermeture des portes des salles de soins, non visibilité des documents pendant la visite médicale quand chariot de visite dans le couloir du service....)

L'information du patient est effective et adaptée. La réflexion bénéfique risque est tracée pour les actes à risques, le consentement du patient est recherché. Le cas échéant, son refus est recueilli notamment en gynécologie obstétrique pour quelques actes spécifiques.

La traçabilité, notamment de la désignation de la personne de confiance, des prescriptions et surveillances des restrictions de liberté..., est assurée, comme l'attestent les parcours patients traceurs effectués. La démarche de construction du projet personnalisé de soins a été constatée notamment pour le patient traceur d'USLD et en hospitalisation de jour pour les patients en chimiothérapie.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

#### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du droit des patients et le suivi de la mise en œuvre en se basant notamment sur le registre des plaintes et réclamations (37 en 2015), le signalement et l'analyse des événements indésirables, les remontées d'informations faites par l'encadrement ou les représentants des usagers. Des audits internes sont réalisés annuellement par pôles sur le recueil de la satisfaction des usagers. Une EPP est en cours sur la réduction des chutes. La CRU établit son rapport annuel.

#### **A / AGIR**

#### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Le bilan de la CRU, les résultats des audits de satisfaction des usagers, l'analyse des événements indésirables, des plaintes ou réclamations, font émerger des axes d'améliorations qui servent à l'élaboration d'actions de formation inscrites au plan annuel de formation. Le bilan de la CRU est diffusé aux instances et aux tutelles ainsi que les actions d'amélioration prévues. La communication des résultats et des actions d'amélioration se fait également par le journal interne de l'hôpital Zeste d'infos, à destination du personnel.

**c. Tableau des écarts relevés**

**Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.**

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

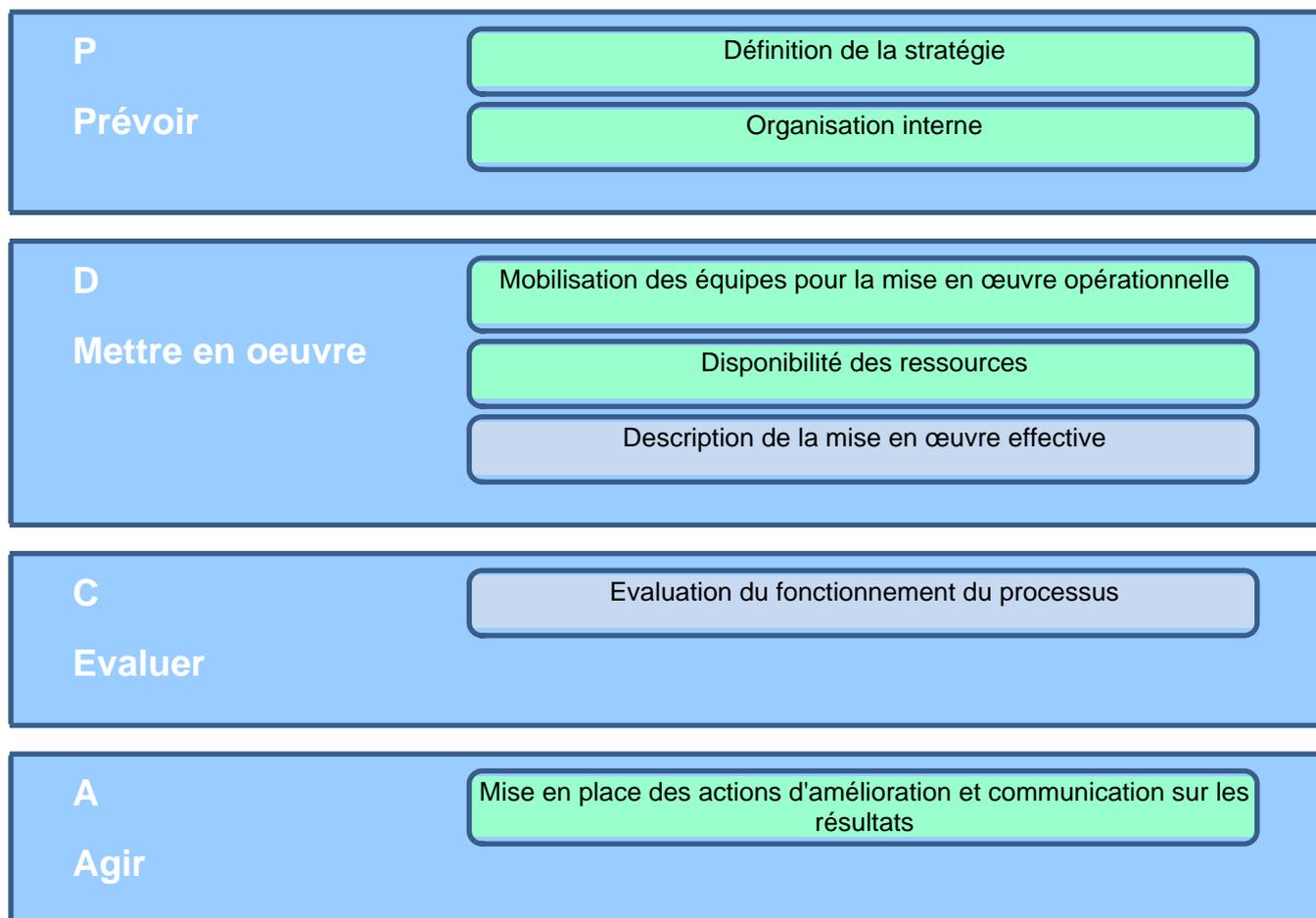
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La "Politique qualité" de l'établissement s'engage à "garantir un parcours, fluide, adapté et coordonné". Une cartographie des risques propres à l'établissement, reprenant chacun des critères relatifs à l'ensemble de la thématique, a été établie en concertation avec les professionnels (Cadres de soins). Les risques ont été analysés avec la grille HAS et 4 risques dont un prioritaire ont été retenus dans le compte qualité en cohérence avec le degré de criticité et de maîtrise du risque, mais il n'existe pas de stratégie formalisée en rapport avec le processus parcours du patient. On ne retrouve aucun document synthétisant la stratégie générale de l'établissement quant à la globalité de la thématique.

Le risque prioritaire concerne l'absence de projet de soins personnalisés en particulier dans le secteur SSR, le secteur en charge des AVC et le secteur d'oncologie. L'absence de projet de soin était une faiblesse pointée en V2010.

Les autres risques concernent les chutes, qui font l'objet d'une EPP, le défaut dans l'organisation de la sortie en rapport avec les résultats de l'IQSS DEC, l'aide à la communication avec les patients malvoyants et malentendants. Chaque risque est associé à des plans d'actions qui sont retrouvés dans le PAQ institutionnel ; des objectifs d'amélioration sont définis avec un échéancier, pilotes, et modalités de suivi figurant dans un tableau de bord. La cartographie des risques recense par ailleurs des sujets en relation avec le contexte médical de territoire, la prise en charge multidisciplinaire, la prise en charge des populations spécifiques, le risque suicidaire.

**ORGANISATION INTERNE**

La Commission Interpôle est identifiée comme étant la structure en charge des thématiques relatives du parcours du patient. Elle s'est réunie pour la première fois en septembre 2015.

Elle a été validée formellement par la direction en mars 2016, mentionnée au Règlement Intérieur. Elle se compose de l'ensemble des chefs de pôles d'activité et des cadres coordonnateurs de pôles, du directeur des soins et du président de CME. Cependant, les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas formellement identifiés ni formalisés. Il n'y a pas de fiche de poste décrivant le rôle et la mission pour les deux pilotes institutionnels -Directeur des Soins et Président de CME -rencontrés.

L'énoncé des actions est en cohérence avec les axes du CPOM : améliorer la coordination de l'offre en SSR, consolider les partenariats avec les structures départementales, développer les interfaces avec les acteurs du territoire. Elle se réunit 2 fois par semestre.

Les pilotes institutionnels rencontrés sont le président de CME et la Directrice des soins. L'un d'entre eux a reçu une formation à la communication dans le cadre de cette mission.

Les autres acteurs du pilotage figurent au PAQ.

La permanence des soins est organisée.

Les ressources humaines sont prévues, assorties d'un plan de formation 2016 prévoyant les formations nécessaires à l'ensemble du processus: gestes d'urgence, accompagnement des personnes en fin de vie, PEC escarres, Nutrition/dénutrition, DU de Nutrition, stomathérapie, éducation thérapeutique, PEC non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer, DIU de Lactation, kinésithérapie et obésité, par exemple.

La formation des nouveaux arrivants est organisée (compagnonnage).

Les ressources documentaires sont disponibles via la plate forme électronique institutionnelle.

La création d'une pochette de sortie conforme au modèle de l'HAS est prévue, de même qu'un CRH standardisé.

Des documents destinés aux patients et à leur entourage sont prévus.

La gestion des interfaces entre les services de l'établissement est organisée avec entre autres une équipe mobile de gériatrie, une équipe mobile de soins palliatifs, une unité transversale de nutrition clinique. L'établissement assure une activité de pédiatrie, connue des tutelles (ARS PACA), selon le "principe de gradation des soins".

Le centre d'accueil psychiatrique CAP72 est mitoyen du service des urgences et assure la PEC des patients nécessitant un avis voire une PEC spécialisée.

L'établissement est en direction commune avec le CH de Bollène et l'EHPAD de Piolenc.

L'établissement fonctionne en partenariat extérieur avec plusieurs hôpitaux du secteur ( Valréas et Vaison la Romaine), et fonctionne en coopération pour les consultations mémoire gériatriques, avec le réseau Oncopaca et la clinique Ste Catherine pour l'oncologie et dans le cadre de convention avec le CH d'Avignon.

La télé radiologie interne et externe est organisée.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action sont partagés au cours de réunions annuelles de pôle et les cadres de proximité sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques relatifs au processus au cours de réunions de service. Les cadres promeuvent la déclaration des événements indésirables et impulsent les actions d'amélioration. Les cadres veillent à la bonne application des consignes et recueillent les remarques des professionnels sur leurs pratiques.

Des référents IDE et AS sur divers thématiques sont présents au sein des secteurs de soins et renforcent le dispositif.

Les réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires sont également le lieu d'échanges sur le processus. Les actions correctives sont identifiées si nécessaire.

La communication passe également par la plateforme documentaire électronique et le journal institutionnel Zeste d'info.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins de l'établissement pour une PEC optimale du patient, en particulier l'organisation permet la continuité des soins 24h/24 dans tous les secteurs : les règles de présence, des gardes et astreintes sont observées.

La prise en charge du patient est assurée avec les soignants, par de nombreux professionnels en fonction des secteurs : diététicienne, kinésithérapeute, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute par exemple.

Des avis compétents sont recherchés à l'extérieur de l'établissement si nécessaire.

L'ensemble des professionnels est effectivement formé sur toutes les thématiques du processus.

Le compagnonnage est le mode d'intégration des nouveaux arrivants. Ils sont ensuite évalués au cours d'un entretien avec le cadre ou de façon formalisée par évaluation des connaissances pour les IBODE intervenant en endoscopie.

Le matériel informatique est en nombre suffisant et adapté.

Les locaux et les aménagements des chambres (1 à 2 lits) sont dans l'ensemble adaptés à la prise en charge; néanmoins les chambres dans les unités Médecine et de Chirurgie ne comportent que des "cabinets de toilette" avec une à deux salles de douches communes par étage. Un projet architectural est en réflexion à ce sujet.

L'unité de chirurgie Ambulatoire est dotée de chambres seules.

Le matériel d'urgence conforme est présent dans chaque secteur.

Le matériel est adapté aux PEC spécifiques : lit enfant, pose d'un bracelet GPS pour les nouveaux nés, lit pour patients obèses par exemple.

La plate forme électronique documentaire est connue des personnels, utilisée pour rechercher des documents concernant les différentes étapes de la PEC du patient : accueil, sortie ou déclarer des événements indésirables. On y retrouve des procédures spécifiques concernant notamment : la prise en charge des urgences vitales, la CAT face à un risque suicidaire, la procédure d'accueil en langues étrangères.

On retrouve également des documents papier comme la "check list sécurité adaptée à l'enfant" .

De nombreux documents d'information ou pour éducation thérapeutique sont remis ou à disposition des patients: livret de suivi personnel de chimiothérapie en HDJ, passeport de chirurgie ambulatoire, documents d'éducation thérapeutique du diabète, des anti coagulants, de l'obésité. Le document "Aide et participation face à la personne atteinte d'une Maladie d'Alzheimer" est disponible en gériatrie pour les familles qui le désirent ; sa distribution est décidée en staff (tracée).

Le fonctionnement des interfaces avec les établissement ou réseau de coopération sont effectifs : par exemple, possibilité pour un praticien consultant à Valréas de faire une pré-admission, une programmation d'endoscopie, via une connexion sécurisé avec le CH d'Orange.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie selon une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins ; elle est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge quels que soient les secteurs de l'établissement. Le rappel de l'importance de la trace de l'examen initial dans le dossier est fait régulièrement.

L'évaluation de l'état de santé est continue, tracée dans le dossier (papier et DPI). La PEC est pluridisciplinaire et le projet de soins est discuté au cours de réunions régulières avec tous les acteurs de la PEC. Le recours à des professionnels extérieurs est effectif si nécessaire selon des circuits formalisés. Il existe par exemple des contrats de consultations sur le site oncologique de référence (Clinique Ste Catherine d'Avignon) ou chirurgie vasculaire de la région.

Le patient et/ou son entourage sont étroitement associés au projet de soins, avec une information sur le bénéfice/risque. Le projet de soins est tracé, il est retrouvé régulièrement dans les dossiers examinés au cours des visites de service. Il est articulé naturellement avec les activités de soins de suite et de réadaptation de l'établissement ou départementales via notamment le réseau institutionnel ROR, ainsi

qu'avec le dispositif PRADO le cas échéant (obstétrique, chirurgie orthopédique).  
 Le déploiement complet du projet de soins personnalisé à tous les services de soins est en phase de finalisation.  
 La prise en charge des urgences est effective par le SAU, ou dans les unités de soins via la procédure interne ("SMUR intra hospitalier"), est connu des professionnels.  
 Le système de gardes et astreintes est effectif, les professionnels connaissent les procédures de recours.  
 La prise en charge des patients suicidant est bien codifiée : hospitalisation en milieu sécurisé aux lits portes, et évaluation par CAP72. La sensibilisation au repérage du risque suicidaire dans les unités de soins est faite, et la formation effective des professionnels au repérage est en cours. Les patients ainsi repérés à risques sont soit pris en charge sur place selon la procédure en vigueur, soit transférés en milieu sécurisé aux lits portes.  
 Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont effectifs dans tous les services ; ils sont tracés dans le dossier du patient.  
 Le dépistage des escarres et des risques d'escarres est effectif.  
 La prise en charge des enfants est adaptée : au SAU il existe un local dédié avec un accueil accéléré. En chirurgie, les parents sont accueillis en SSPI, dans l'unité de chirurgie ambulatoire.  
 Les secteurs accueillant les enfants disposent de personnels formés, de matériel médical et para médical adapté, de procédures dédiées comme la checklist sécurité adaptée à l'enfant.  
 En maternité, un bracelet anti rapt est posé.  
 Le dépistage des patients à risque de chutes est systématique en gériatrie, SSR et USLD, une EPP est déployée sur ce thème.  
 L'accueil des patients malvoyants, malentendants, ou ne comprenant pas le français a été pris en compte avec production de documents avec des pictogrammes pour pouvoir communiquer. L'accueil de l'entourage est adapté pour la maternité, les patients en fin de vie, les patients handicapés.  
 La sortie est prévue le plus tôt possible au cours du séjour du patient avec information du patient et de son entourage de sa date dès que possible. Les modalités de sortie sont discutées avec le patient et/ou son entourage.  
 Le recours à l'assistante sociale est effectif et la préparation de la sortie est effectuée en concertation avec le patient.  
 Les aides nécessaires au retour à domicile sont mises en place en amont.  
 La qualité des documents de sortie est variable selon les secteurs d'activité, adaptée pour la maternité, la gériatrie, l'unité de chirurgie ambulatoire par exemple, avec des documents permettant une bonne continuité des soins comportant notamment un courrier de liaison avec le médecin traitant.  
 Dans certains secteurs, une pochette de sortie standardisée est réalisée avec une check list de sortie figurant sur le même support papier que le document d'accueil infirmier "Dossier de soins". Elle contient par exemple : ordonnance de sortie extraite du DPI, les rendez vous à venir, courrier au médecin traitant sous pli renseigné par le médecin du service.  
 Des documents complémentaires nécessaires à la PEC du patient peuvent être rajoutés : "fiche de liaison infirmière", "bilan d'aptitude à la marche par exemple", le signalement d'un portage ou contact de BHRé.  
 Toutefois, les documents de sortie ne permettent pas toujours une coordination complète de la prise en charge du patient à sa sortie. Le délai d'envoi du CRH est généralement supérieur au délai réglementaire ce que reflète la valeur de l'IQSS DEC.  
 En cas de décès d'un patient, le médecin traitant est prévenu par téléphone.  
 L'organisation du transport se fait après avis du patient ; si il ne manifeste aucun souhait particulier, la CPAM présente dans l'établissement chaque matin organise le transport selon le besoin médical du patient sur demande du service.  
 Dans l'unité de chirurgie ambulatoire, la sortie se fait conformément aux bonnes pratiques, l'appel à J-1 et J+1 est programmé.  
 Les professionnels mettent en œuvre les actions d'éducation thérapeutique soit dans le cadre de programme autorisé : diabète, BPCO, soit par des actions éducatives ciblées, ou par de l'information à l'entourage du patient.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les indicateurs IQSS :  
 l'indicateur TDP 2016 est en progression (valeur à 86 verrouillée par la HAS), DTN, AVC, DEC.  
 Il recueille également l'indicateur " Chirurgie de l'obésité", les indicateurs HN (D4.2, D4.3).  
 D'autres évaluations sont réalisées telles que :  
 - enquête ISATIS,  
 - suivi du taux de ré-hospitalisation à 30 jours,  
 - audit du projet de soins personnalisé dans le dossier effectué au SSR selon la grille HAS en février 2016,  
 - EPP sur les "Chute" en cours,  
 - évaluations relatives à la PEC des escarres,  
 - enquête de satisfaction sur le fonctionnement du "SMUR intra hospitalier" faite auprès des professionnels.  
 Une EPP relative à la prise en charge des suicidants au SAU a été clôturée en 2015.

Les résultats des évaluations conduisent à la définition d'actions d'amélioration.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration issues des diverses évaluations mises en œuvre sont articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Par exemple pour l'EPP chutes : mise en place de mesures de prévention qui sont tracées dans le DSI par les soignants, orientation du patient vers des ateliers physiques adaptés, tracée dans l'observation médicale, édition de fiches techniques à destination des patients.

L'interface avec le SMUR intra hospitalier a été revue.

La mise en œuvre d'une plateforme de messagerie sécurisée offrant une meilleure prise en charge du patient, sera présentée aux médecins de ville au cours d'une séance de FMC locale (ville/clinique/hôpital).

La communication est assurée auprès des professionnels et des usagers.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Il n'existe pas de stratégie formalisée en rapport avec le processus parcours du patient. On ne retrouve aucun document synthétisant la stratégie générale de l'établissement quant à la globalité de la thématique.	1a
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas formellement identifiés ni formalisés. Il n'y a pas de fiche de poste décrivant le rôle et la mission pour les deux pilotes institutionnels -Directeur des Soins et Président de CME -rencontrés.	2a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les documents de sortie ne permettent pas toujours une coordination complète de la prise en charge du patient à sa sortie.  Le délai d'envoi du CRH est généralement supérieur au délai réglementaire ce que reflète la valeur de l'IPAQSS DEC.	24a

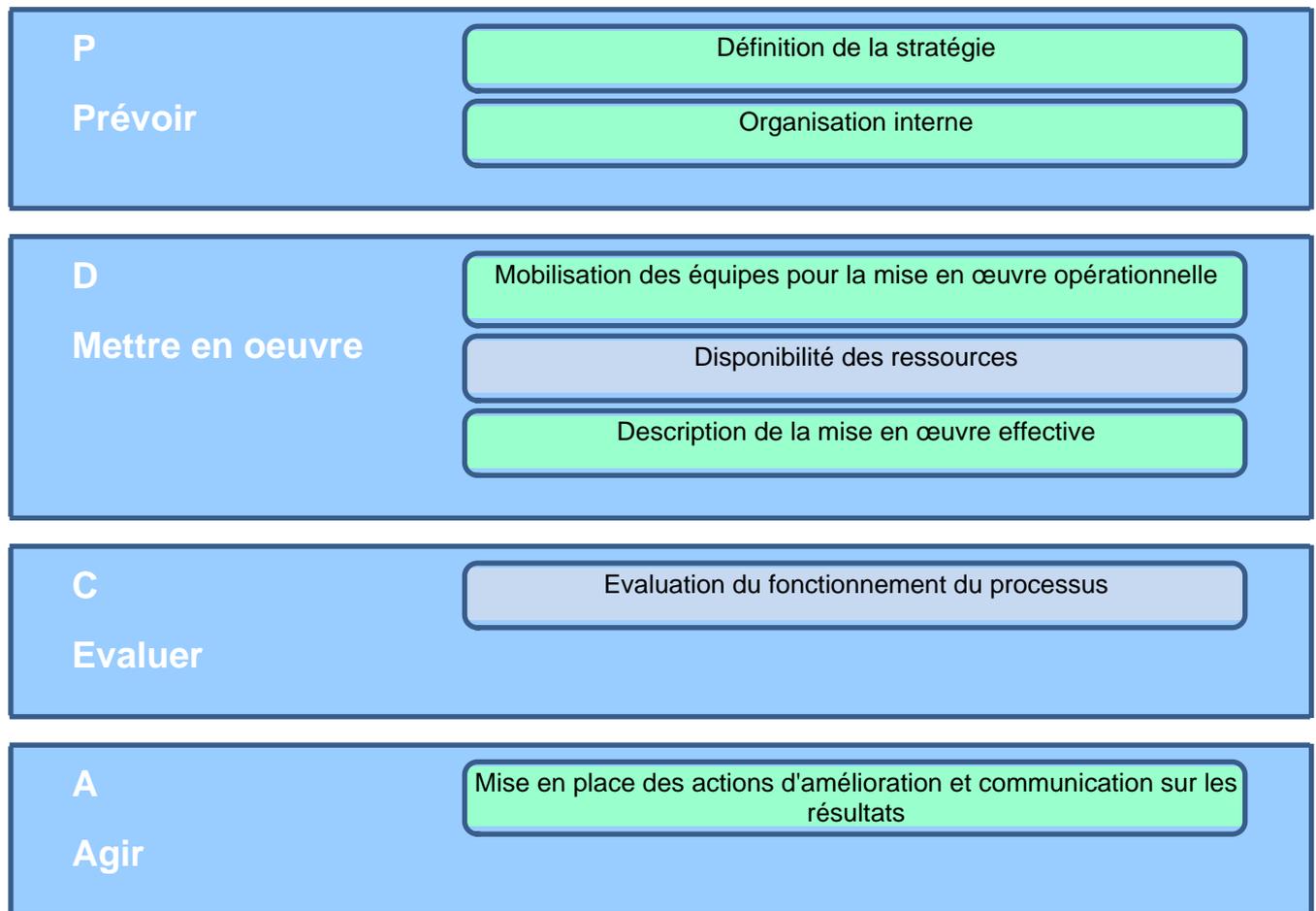
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement développe une stratégie de l'amélioration du dossier patient en poursuivant son informatisation de son dossier : extension au maximum de secteurs de soins, homogénéisation des contenus notamment du CRH en vue d'améliorer le délai d'envoi du CRH.

Le lancement du Dossier Patient Informatisé (DPI) date de 2011 (choix après appel d'offre et consultation des instances d'un fournisseur de logiciel).

Une cartographie des risques propres à l'établissement et à la thématique dossier patient a été établie en concertation avec les professionnels avec analyse selon la grille de l'HAS et priorisation. Quatre risques issus de cette analyse sont inscrits au compte qualité ; ils reprennent entre autres les données issues des IQSS de TDP en MCO et intègrent les besoins de l'établissement : défaut de prescription et d'utilisation, perte d'information entre support papier et support informatique, méconnaissance des règles de gestion du dossier, défaut d'accessibilité. Des plans d'actions sont associés à chacun de ces risques, ils sont inscrits au PAQ institutionnel assortis de modalités de suivi.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le Groupe DPI composé d'un référent paramédical détaché à 50% sur cette mission, d'un référent médical, détaché à 30%, d'une secrétaire médicale détachée à 20% et une secrétaire administrative détachée à 10% ; leurs rôles et responsabilités sont précisés dans des fiches de poste.

Le médecin DIM, un membre de l'encadrement, et un membre de la DSI sont invités.

Un correspondant DPI est désigné par service.

Un accompagnement par une société externe est prévu pour la mise en œuvre sur le terrain.

Le DPI est en place pour la majorité des secteurs excepté l'unité de soins continus, le secteur anesthésie en peropératoire et l'hôpital de jour qui seront dotés du logiciel dans le courant de l'année.

L'informatisation du dossier patient est partielle avec un certain nombre d'éléments sur support papier. L'établissement prend cette situation en considération et prévoit les interfaces de ce double support.

L'établissement organise l'homogénéisation des dossiers patients entre établissements travaillant en coopération (Vaison la Romaine).

L'établissement prévoit et organise les circuits pour que l'ensemble du dossier soit communiqué en temps utile aux professionnels impliqués dans la PEC du patient.

L'établissement prévoit les ressources humaines pour mettre en œuvre le processus, ainsi que les besoins en formations nécessaires, notamment développées en interne par le groupe DPI.

Les locaux d'archives sont prévus de même que les besoins en matériel informatiques et logiciels.

Le mode dégradé est prévu.

Les documents nécessaires au processus sont majoritairement prévus, toutefois il n'y a pas de procédure de règles de tenue du dossier tenant compte des évolutions du dossier patient. La procédure "tenue du dossier médical" disponible date de 2009 ; elle ne concerne que le dossier papier, et ne fait donc pas mention du dossier informatisé et de son articulation avec le dossier papier.

L'accès au dossier par le patient est organisé conformément à la réglementation et les modalités d'accès sont définies et diffusées.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La stratégie de déploiement du DPI est communiquée aux professionnels par le groupe DPI, les cadres de santé, ainsi que par les référents DPI présents dans les secteurs. La DDS de l'établissement participe activement à la mise en œuvre du projet sur le terrain. Le groupe DPI et la DSI, se rendent particulièrement disponibles pour les équipes (24h/24 pour la DSI). Les cadres de proximité et les référents DPI relaient les consignes relatives au dossier patient, et recueillent l'avis des professionnels sur les dysfonctionnements et les améliorations souhaitées. L'encadrement de proximité s'assurent de la conformité des pratiques dans leur secteur.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Quatre archivistes gèrent la préparation des dossiers papier, permettent l'accès au dossier dans des délais adaptés à la prise en charge, assurent les transferts de dossier. Le transfert des dossiers entre les unités de soins et le service des archives est effectué par les archivistes avec des chariots adaptés ; la traçabilité de la localisation du dossier est effective en permanence (via code barre).

Les formations initiales et complémentaires au DPI pour l'ensemble du personnel, incluant les consignes

de confidentialité, sont effectuées en interne par le groupe DPI. Les règles de tenue et du circuit dossier font également l'objet de formation.

Les locaux d'archivages sont sur site, organisés, protégés contre les risques d'incendie, d'inondation, avec accès sécurisé, à proximité du bureau des archivistes.

Les besoins en postes informatiques sont prévus et les adaptés aux nécessités, avec une autonomie suffisante, placés si besoin sur des chariots adaptés ; des postes informatiques "tampon" sont prévus en cas de panne de matériel, la confidentialité est assurée par une déconnexion programmée à 30 minutes. Les droits et les modalités d'accès au DPI sont organisés (login, mot de passe, carte CPS) et gérés par le groupe DPI.

Un accès déporté au réseau interne via VPN sécurisé est organisé si besoin pour les praticiens titulaires de l'établissement.

Outre la disponibilité des référents, le dépannage interne est organisé 24/24.

Le mode dégradé est prévu : le plan de soins et les prescriptions sont sauvegardés 2 fois par jour et disponibles sur les postes informatiques des services avec une sauvegarde ultime centralisée sur un poste dédié aux urgences alimenté par le groupe électrogène.

La sauvegarde informatique institutionnelle assure la sécurité des données informatisées du dossier.

La plateforme documentaire électronique de l'établissement met à disposition des outils de formation des professionnels à la gestion du dossier patient, des documents relatifs aux droits d'accès au dossiers par les professionnels, ainsi qu'aux modalités d'accès au dossier par le patient.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels se sont approprié et maîtrisent le fonctionnement du dossier patient en support "mixte", de façon à ce que tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient soient disponibles et le recueil tracé.

Dans les secteurs où le DPI est déployé, sont en support papier : fiche de transmission inter-service, fiche de liaison infirmière ville-hôpital, dossier de soins rempli à l'entrée du patient dans le service associé au document de sortie, transmission ciblée des IDE et AS, demandes d'examen biologique et d'imagerie, anesthésie en per opératoire, dossier transfusionnel, partogramme en obstétrique par exemple.

Le DPI contient les données administratives, l'observation médicale et le projet de soins personnalisé, les prescriptions médicamenteuses, les observations des intervenants tels que kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale par exemple.

Le plan de soins infirmiers est intégré au DPI pour lequel les IDE et AS ont des droits en écriture.

Les résultats de biologie sont consultables sur un serveur web dédié pour chaque service en parallèle à l'édition papier.

Les résultats d'examen d'imagerie (Images et CR) sont disponibles sur le réseau interne.

Les DMI sont tracés dans le logiciel pharmaceutique et un exemplaire papier est scanné et intégré au DPI.

Il existe un module DPI spécifique à l'obstétrique de même qu'un module "consultation".

Les dossiers papier sont disponibles 24h/24, le rangement dans les unités de soins assure leur confidentialité.

Pour le DPI, les professionnels disposent de matériel opérationnel adapté, la confidentialité des données sur écran est effectivement assurée par les professionnels. En cas de panne, les professionnels connaissent le mode dégradé.

Le support mixte génère toutefois des dysfonctionnements généralement mineurs (double prescription transitoire en obstétrique par exemple). Au SAU, les professionnels sont tenus d'utiliser Terminal Urgences, logiciel développé par l'Observatoire Régional des Urgences PACA, qui n'est actuellement pas interopérable avec le DPI de l'établissement. Ils utilisent une observation médicale manuscrite sur un tryptique papier dupliquant, commun à la fédération des urgences Orange-Vaison-Valréas. Des solutions d'interopérabilité entre les logiciels sont à l'étude. Les professionnels sont impliqués dans les propositions pour harmoniser les supports et tendre à une plus grande numérisation.

L'accès du patient à son dossier est effective dans les délais réglementaires, comme en témoigne le rapport de la CRU.

Toutefois, la traçabilité des éléments constitutifs du dossier est incomplète ; la traçabilité de l'examen initial est inconstante comme en témoigne la valeur de l'indicateur TDP en MCO.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue régulièrement la tenue du dossier patient. Il recueille les indicateurs QSS transversaux et de spécialité : TDP, TDP AVC, et les indicateurs HN. Le recueil de l'indicateur TDP en MCO vient d'être effectué pour la nouvelle campagne et le résultat provisoire objective une amélioration significative.

D'autres évaluations sont effectuées : Audit de traçabilité dans le dossier de la justification de prescription des molécules onéreuse et hors AMM (conformité au CBUM), Audit régulier (mai, août nov 2015, mars 2016) de dossier sur la présence du CRH dans les dossiers de chirurgie, dont les résultats sont communiqués en conseil de pôle.

Un enquête de satisfaction des personnels pour l'utilisation du DPI a été réalisée.  
Le mode dégradé du DPI (logiciel, réseau, wifi) est testé régulièrement (2 épisodes en 2015)  
Il existe un recueil régulier oral auprès des professionnels de terrain des suggestions de modifications du logiciel ou de l'ergonomie de l'interface.  
Le nombre de demandes de dossiers demandés est recueilli par la CRU, de même que les délais d'accès au dossier.  
Les résultats des évaluations donnent lieu à la définition d'actions d'amélioration.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Des actions d'amélioration, en cohérence avec les objectifs institutionnels, sont mises en œuvre :

- item bloquant dans le DPI comme "pertes sanguines" en obstétrique, afin d'améliorer l'indicateur HPP,
- risque MCJ en endoscopies,
- "Fiche de programmation de bloc opératoire".
- nouveau CRH standardisé en cours de finalisation pour harmoniser les pratiques au sein de l'établissement et diminuer le délai d'envoi du CRH,
- implantation de la dictée numérique pour accélérer la finalisation des CRH,
- demande d'intégration des documents externes via un scanner en pourparlers avec l'éditeur de logiciel pour améliorer les interfaces entre les deux types de support et donc un meilleur contenu du dossier patient.

Ces actions sont communiquées auprès des professionnels et des usagers : réunions, instances, plateforme documentaire institutionnelle.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Il n'y a pas de procédure de règles de tenue du dossier tenant compte des évolutions du dossier patient. La procédure "tenue du dossier médical" disponible date de 2009; elle ne concerne que le dossier papier, et ne fait donc pas mention du dossier informatisé et de son articulation avec le dossier papier.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité des éléments constitutifs du dossier est incomplète  La traçabilité de l'examen initial est inconstante comme en témoigne la valeur de l'indicateur TDP tant en MCO.	14a

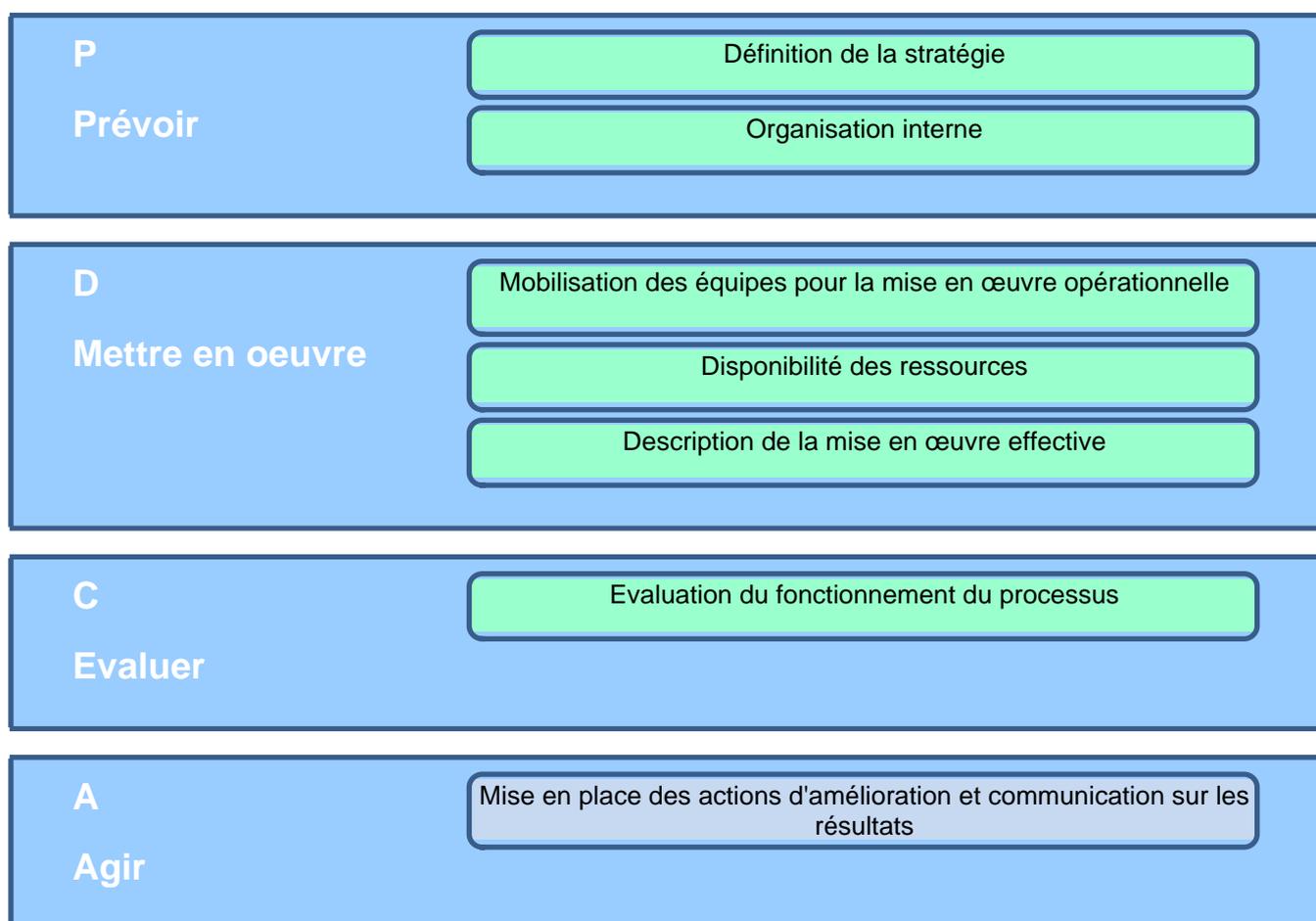
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est un axe de la politique qualité de l'établissement, elle est formalisée depuis avril 2013. Cette politique est définie en lien avec le schéma directeur du système d'information.

Les objectifs et les indicateurs de réalisation sont déclinés dans le contrat du pôle "soutien aux services cliniques", ils sont évalués et révisés annuellement par un avenant. Ils intègrent la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé. Ils ont été élaborés sur la base des indicateurs issus du contrat de bon usage du médicament, de la cartographie des processus issue de la démarche régionale d'audits "médiéval", des audits en cours dans l'établissement depuis 2013 et d'une cartographie des risques a priori.

Cette dernière intègre les risques liés à la prescription et à l'administration des cytotoxiques dont la préparation est réalisée par la pharmacie du Centre hospitalier d'Avignon.

Cette politique est validée par les instances concernées : CME et COMEDIMS. Elle est déclinée dans le manuel qualité de la pharmacie mis à jour en 2014 du fait de l'intégration de la PUI dans des locaux neufs, et dans un programme d'actions unique et globalisé.

Les priorités sont définies selon la criticité des risques identifiés lors de l'analyse des risques a priori. Ce programme est évalué annuellement dans le cadre des réunions du Comité de pilotage du médicament et du comité de coordination des vigilances et des risques (COVIRIS). L'articulation avec le Compte qualité est effective.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus qualité de la prise en charge médicamenteuse est piloté par la pharmacienne, responsable du management de la qualité en collaboration avec le chef de service et le cadre coordonnateur du pôle "soutien aux services cliniques". Elles sont relayées dans les unités de soins par les cadres et plus particulièrement par des infirmières référentes dans chaque service.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le manuel qualité de la pharmacie et dans des fiches de fonction validées en décembre 2014.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines et les compétences nécessaires.

La permanence pharmaceutique est organisée au moyen d'une armoire sécurisée et informatisée pour les besoins urgents en antibiotiques. Pour les médicaments hors dotation, en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, les professionnels des unités de soins ont recours à la PUI d'un autre centre hospitalier ou à une officine de ville. Cette organisation ne fait pas l'objet d'une convention, faute d'accord avec un établissement partenaire mais cette situation est exceptionnelle (une à deux fois par an).

Un système de gestion documentaire informatisé intègre les procédures relatives à l'ensemble du circuit du médicament. D'autres logiciels sont à disposition des professionnels concernés pour la gestion des commandes et des stocks à la pharmacie, pour la prescription et l'administration du médicament dans les services. Des procédures dégradées sont définies pour sécuriser le système d'information et assurer la continuité de la prise en charge en cas de rupture informatique.

La gestion des interfaces entre la PUI, les services cliniques et logistiques est organisée et formalisée dans les différentes procédures intégrées dans le manuel qualité de la pharmacie.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQ) est décliné dans le logiciel de gestion documentaire par processus et pour chaque service. Compte tenu des risques identifiés, les objectifs et plans d'actions opérationnels sont définis par la pharmacienne responsable qualité et la pharmacienne chef de service. Elles suivent leur propre plan d'actions pour la PUI.

Dans chaque secteur d'activité le cadre de pôle organise la déclinaison de la démarche institutionnelle avec l'appui d'une infirmière référente "médicament" dans chaque unité de soins. La sensibilisation et l'information des professionnels est réalisée lors des réunions du groupe de travail "IDE référentes" ou lors de réunion de service selon la problématique à traiter. Ces professionnels s'assurent de la conformité des pratiques par des audits annuels du circuit du médicament, ils participent à des EPP ou à des CREX. Les actions correctrices sont identifiées avec les professionnels comme, par exemple en 2015, la mise à jour des modalités de gestion du traitement personnel, le changement de modalités de stockage pour le KCI ou l'amélioration de la gestion des périmés pour l'ensemble de services.

La déclaration des erreurs médicamenteuses est partielle dans l'établissement. Le bilan des CREX fait état de 8 erreurs médicamenteuses déclarées de 2014 à 2016. Les professionnels rencontrés des unités de

soins (médecine cardio-pneumo, chirurgie orthopédique, unité de soins continus) "ne voient pas la nécessité de déclarer des erreurs médicamenteuses qui ne surviennent pas" .

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont conformes à la réglementation. Le plan de formation pluri-annuel prévoit des actions sur la prise en charge et les erreurs médicamenteuses pour l'ensemble des professionnels.

Les pharmaciennes sont titulaires de diplômes universitaires en lien avec les activités. L'une d'entre elles est formée aux bonnes pratiques en chimiothérapie. Il en est de même pour les IDE de l'hôpital de jour qui administrent des cytotoxiques en chirurgie digestive colo-rectale.

La responsable qualité et la pharmacienne RAQ dispensent des formations à la déclaration des erreurs médicamenteuses aux professionnels concernés et aux nouveaux arrivants.

La documentation relative à la prise en charge médicamenteuse est accessible dans le logiciel de gestion documentaire, toutefois certaines procédures datent de 2008, 2009, 2011 et ne font pas état d'une réactualisation récente. La procédure d'administration des traitements per os n'est pas datée. La procédure de gestion des dotations date de 2009. La procédure de recommandations pour la prescription de la personne âgée date de 2011. Pour toutes, il s'agit de la première version.

Les outils d'aide à la prescription sont disponibles dans le logiciel dossier patient ou dans la base thériaque. Les services cliniques bénéficient de locaux et d'équipements adaptés à la prise en charge médicamenteuse : armoires et chariots conformes et sécurisés, ordinateurs pour réaliser la traçabilité de l'administration en temps réel.

Depuis 2014, les locaux neufs de la PUI permettent une organisation rationnelle du stockage, du transport et de la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux dans le respect des règles d'hygiène.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'informatisation du circuit de la prise en charge médicamenteuse est complète.

Les règles et les supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. Les procédures sont formalisées pour la globalité du circuit du médicament y compris pour les médicaments à risques, la gestion du traitement personnel et la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

Il existe un support unique de prescription et d'administration dans le logiciel dossier patient. Ce support est utilisé pour 94% des lits d'hospitalisation sauf pour les salles de soins des urgences, l'USC, l'hôpital de jour. Pour la chimiothérapie, la prescription est informatisée, la traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel sur un support papier. Les prescriptions manuscrites sont conformes dans l'ensemble des dossiers investigués.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus. Ce traitement est évalué à l'entrée et à la sortie par le médecin.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet est engagée pour 100% des lits de MCO, pour les prescriptions d'antibiotiques, des dérivés sanguins, des molécules onéreuses et des cytostatiques.

Les bonnes pratiques en matière de transports, stockage, dispensation et administration des anticancéreux sont respectées et s'appuient sur des procédures validées.

La gestion des armoires des services cliniques est réalisée par un binôme, préparateur en pharmacie et infirmière référente. La pharmacie effectue un contrôle annuel de toutes les armoires. Ce contrôle est hebdomadaire pour les médicaments à risque.

La délivrance est nominative pour les médicaments à risque.

Les règles d'administration sont respectées et sécurisées : non interruption de tâches (port d'un gilet jaune par l'IDE), double contrôle du pilulier, déblitération au lit du patient, traçabilité en temps réel. La vérification de l'identité est réalisée.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est effectuée au moyen de différents supports : fiche insérée dans le livret d'accueil, affiche dans la chambre, document spécifique comme pour les traitements morphiniques.

Les professionnels utilisent la fiche d'événement indésirable intégrée dans le logiciel de gestion documentaire pour déclarer les erreurs médicamenteuses.

Les instances opérationnelles comme le COMEDIMS, la commission des anti-infectieux et le COPIL médicament se réunissent à périodicité définie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le circuit du médicament est évalué annuellement dans le cadre du CBUM, des objectifs du contrat de pôle, du plan d'actions du programme qualité. En partenariat avec l'OMEDIT PACA, l'établissement réalise des audits internes sur l'ensemble du circuit. Des EPP sur l'évaluation des pratiques de l'antibioprophylaxie chirurgicale et sur la pertinence de la prescription médicamenteuse de la personne âgée, sont actives. Le suivi des IQSS relatifs à la prescription médicamenteuse est effectif. Ces évaluations sont réalisées sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité).

**MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. En 2014, l'action marquante est l'intégration de la PUI dans des locaux neufs : en 2015, l'indicateur de conformité de la rédaction de la prescription médicale pendant l'hospitalisation est à 99% pour le MCO, la validation informatisée des prescriptions d'antibiotiques permet une dispensation directe par la pharmacie dans les services... La communication des résultats est réalisée, en interne au moyen du logiciel de gestion documentaire, lors des réunions des instances opérationnelles ou des réunions de service .

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La déclaration des erreurs médicamenteuses est partielle dans l'établissement. Le bilan des CREX fait état de 8 erreurs médicamenteuses déclarées de 2014 à 2016. Les professionnels rencontrés des unités de soins (médecine cardio- pneumo, chirurgie orthopédique, unité de soins continue) "ne voient pas la nécessité de déclarer des erreurs médicamenteuses qui ne surviennent pas" .	20a
D / Disponibilité des ressources	PS	Les procédures documentaires ne font pas l'objet d'une réactualisation récente. La procédure administration des traitement per os n'est pas datée. La procédure gestion des dotations date de 2009. La procédure de recommandations pour la prescription de la personne date du 14 novembre 2011. Pour toutes , il s'agit de la première version.	5c

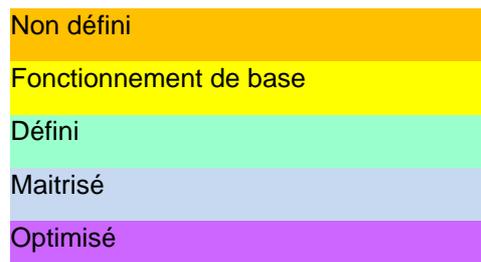
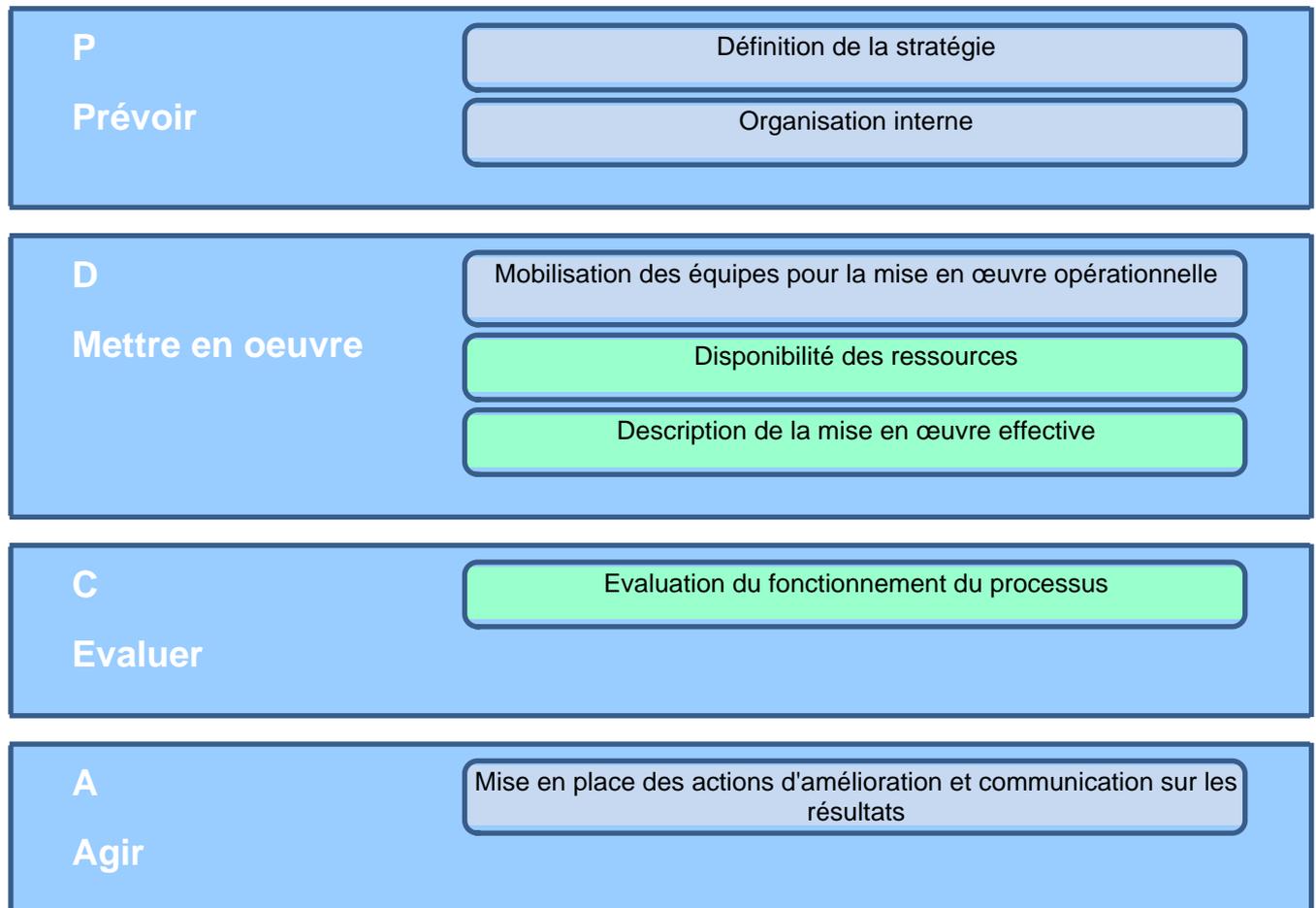
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement dispose d'une autorisation de service d'urgence et de SMUR. Les orientations stratégiques sont inscrites dans l'axe 3 du CPOM : garantir la prise en charge des urgences du nord Vaucluse et du sud de la Drome. Dans cette région et au sein de la CHT, les urgences sont organisées en fédération médicale inter hospitalière (FMI) et identifiées en filières graduées entre le secteur sanitaire et médico-social.

Les objectifs de la prise en charge des urgences sont définis dans le CPOM et déclinés dans le contrat de pôle des urgences élaboré depuis 2011. Ce contrat intègre des objectifs qualité.

L'établissement a formalisé l'organisation du pôle urgences dans un document élaboré en 2011 et actualisé début 2016. Cette organisation décrit le système d'admission des patients et les modalités d'accueil des populations vulnérables.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. Les sources de données reposent sur les résultats de la certification précédente, des audits, le suivi des plaintes et des réclamations, le bilan des temps d'attente et de passage, les FEI et les EPP.

La cartographie des risques est réalisée sur l'ensemble de la prise en charge et au regard des différents circuits. Le service est impliqué dans la définition du plan blanc.

Les plans d'actions issus de la politique et de la cartographie des risques sont identifiés dans le compte qualité et intégrés dans le PAQ de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est assuré par le médecin chef de service et chef de pôle, le cadre coordonnateur du pôle et le cadre de proximité. Les rôles et responsabilités sont définis pour chacun des professionnels concernés dans la procédure "organisation interne du pôle des urgences".

Les ressources nécessaires en effectifs médicaux et non médicaux sont identifiées en fonction des besoins, des risques et des organisations définies. La permanence des soins est assurée, le plan de formation pluriannuel prévoit la formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients et des formations plus spécifiques comme la prise en charge des urgences pédiatriques.

Un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants est formalisé. Il prévoit un tutorat sur un cycle de quatre ans.

Les risques professionnels liés à l'activité sont identifiés.

Les processus définissant les filières de prise en charge, de coordination avec l'imagerie et la biologie sont formalisés dans la procédure "organisation interne du pôle des urgences".

Les procédures sont intégrées dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement. Les protocoles médicaux dans le logiciel d'admission "terminal urgences".

La gestion des équipements biomédicaux et non biomédicaux est organisée et suivie, à la fois par le technicien biomédical et par des professionnels identifiés au sein du service.

Le système d'information est intégré à celui de l'établissement. Les besoins ont été identifiés notamment pour la zone d'hospitalisation de courte durée, la zone d'accueil et la gestion des lits.

Le recours aux avis spécialisés est organisé en interne et en externe. La permanence médicale des soins permet de faire appel à des seniors par spécialités. Des conventions sont en place à travers les contrats de pôle. Une équipe mobile de gériatrie, des psychiatres et des infirmières psychiatriques sont présents selon un planning défini. Des conventions sont signées avec le CH d'Avignon pour des prises en charge spécifiques, obstétrique, pédiatrie et cardiologie.

Les patients sont orientés vers l'hospitalisation ou les consultations externes. Les professionnels ont une visibilité trois fois par jour sur la disponibilité des lits. Des hospitalisations directes sont réalisées en chirurgie, hôpital de jour, court séjour gériatrique. La prise en charge dans les services est formalisée dans les contrats de pôle.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le médecin chef de pôle et l'équipe d'encadrement communiquent auprès des équipes médicales et non médicales sur la stratégie de prise en charge des urgences et des soins non programmés, notamment sur le suivi des objectifs de l'activité, des soins, les plans d'actions, la satisfaction des usagers, les résultats des indicateurs.

La présence des médecins seniors et l'organisation de l'encadrement qui assure un temps de présence sur une large amplitude horaire, permettent au management de s'assurer de la conformité de pratiques.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de service. Depuis 2013, un groupe pluri-professionnel effectue des audits sur l'accueil et la prise en charge des urgences. Ce qui aboutit à des améliorations dans les organisations de travail, la structuration des locaux, l'élaboration et

l'actualisation des procédures et notamment la création d'un référentiel IAO et à la participation de démarches EPP. Des temps de réunion collectifs sont organisés à périodicité définie, pour les professionnels non médicaux. Un staff mensuel est organisé par le médecin chef de pôle pour les équipes médicales dans lesquelles sont traitées les questions médicales, d'organisation, de suivi des erreurs et des plaintes.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles. Les ressources sont ajustées en cas de modification de l'activité et les remplacements sont assurés par les professionnels du service en cas d'absence. Un médecin senior est présent 24h sur 24. Une IAO est présente 7 jours sur 7. Les professionnels en poste sont formés notamment à des prises en charge spécifiques comme pour les urgences pédiatriques. Les IAO sont formées à la fois par un organisme externe et en interne à l'aide d'un dispositif structuré. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés par catégorie professionnelle et pour chaque secteur : urgences, hospitalisation, SMUR.

Les procédures et les documents utiles sont à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire et dans le logiciel " terminal urgences", cependant la gestion documentaire n'est pas homogène : des documents qualité numérisés coexistent avec des documents papiers. Certains ne sont pas référencés ni actualisés. Le service des urgences dispose de locaux et d'équipements conformes à la prise en charge des urgences vitales, des hospitalisations de courte durée, à l'accès des personnes handicapées et à l'afflux massif de victimes.

La configuration des locaux prend en compte les besoins et les recommandations professionnelles. Le service est sectorisé en plusieurs zones : attente, unité d'hospitalisation de courte durée de 10 lits dont 1 lit identifié pour les patients suicidant ou à risque suicidaire, boxes, zone d'attente brancards, circuits patients, plan blanc, espace d'isolement. Il existe des secteurs spécifiques pour l'accueil des personnes âgées et des enfants, cependant les circuits de prise en charge ne sont pas systématiquement respectés. Pour tous les patients debout-couchés, l'accès aux urgences se fait par une entrée unique, exigüe, qui en cas d'afflux élevé de patients ne permet plus de garantir systématiquement le respect de l'intimité et de la confidentialité.

### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La permanence des soins est assurée, les plannings des professionnels médicaux et paramédicaux du service et les tableaux de garde des spécialistes sont respectés. L'accueil et l'orientation des patients sont organisés et réalisés en fonction des circuits définis dans le document "organisation du pôle des urgences" et selon le degré d'urgence comme formalisés dans le référentiel IAO.

La gestion des risques est effective sous le pilotage du chef de pôle et de l'encadrement. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles et font l'objet d'une procédure de gestion des alertes.

Les professionnels participent à des audits et à des EPP issus d'événements indésirables et des plaintes, toutefois les événements indésirables ne font pas systématiquement l'objet d'une déclaration. Ils sont traités au sein du service mais leur analyse n'est pas formalisée sous forme de CREX ou RMM, ni retrouvée dans le tableau de bord des CREX de l'établissement.

La gestion des interfaces est opérationnelle avec les établissements appartenant à la FMI et avec les services en interne.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge des patients est opérationnel, pour les salles de soins au moyen du logiciel terminal urgence et pour l'hospitalisation au moyen du DPI.

La gestion des lits est organisée. Elle est centralisée par l'IAO pour les urgences et par le cadre dans les services. Elle est réalisée systématiquement 3 fois par jour et en temps réel par téléphone. Cette gestion des lits est en cours d'informatisation. Une procédure d'admission et d'hébergement est mise en œuvre.

La communication entre les professionnels des urgences et les autres professionnels de l'établissement est favorisée au sein de la commission inter-pôles et lors d'EPP communes.

L'établissement a mis en place un dispositif de suivi des délais d'attente et de passage en fonction du type de prise en charge. Les patients sont informés des délais par l'IAO.

L'information des familles et l'accueil des accompagnants font l'objet d'un point particulier dans le dispositif de prise en charge. Un espace est identifié pour les recevoir.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le processus de prise en charge des urgences et des soins non programmés fait l'objet d'une évaluation annuelle globale sur la base du suivi : des objectifs et des indicateurs du CPOM, du contrat de pôle, des délais d'attente, des erreurs et des plaintes, des audits et des EPP, du rapport de gestion de l'établissement.

Le service des urgences s'est engagé dans une démarche d'évaluation avec l' ANAP pour l'année 2016.

La cartographie des risques et le PAQ font l'objet d'un bilan annuel.

**MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont issues des cartographies des risques et des audits réalisés. Elles sont intégrées au programme d'actions institutionnel. Pour exemple en 2015, le bureau de l'IAO a été réorganisé, un espace d'accueil respectant la confidentialité a été créé pour le circuit court. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne au sein des instances comme la CME, la CRU, le COPIL qualité, le COVIRIS, et les réunions de service.

**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas homogène Des documents qualité numérisés coexistent avec des documents papiers. Certains ne sont pas référencés ni actualisés.	5c
	PS	Les circuits de prise en charge ne sont pas systématiquement respectés Pour tous les patients debout-couchés, l'accès aux urgences se fait par une entrée unique, exigüe, qui en cas d'afflux élevé de patients ne permet plus de garantir systématiquement le respect de l'intimité et de la confidentialité.	25a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les évènements indésirables ne font pas systématiquement l'objet d'une déclaration. Les évènements indésirables sont traités au sein du service et leur analyse n'est pas formalisée sous forme de CREX ou RMM, ni retrouvée dans le tableau de bord des CREX de l'établissement.	25a

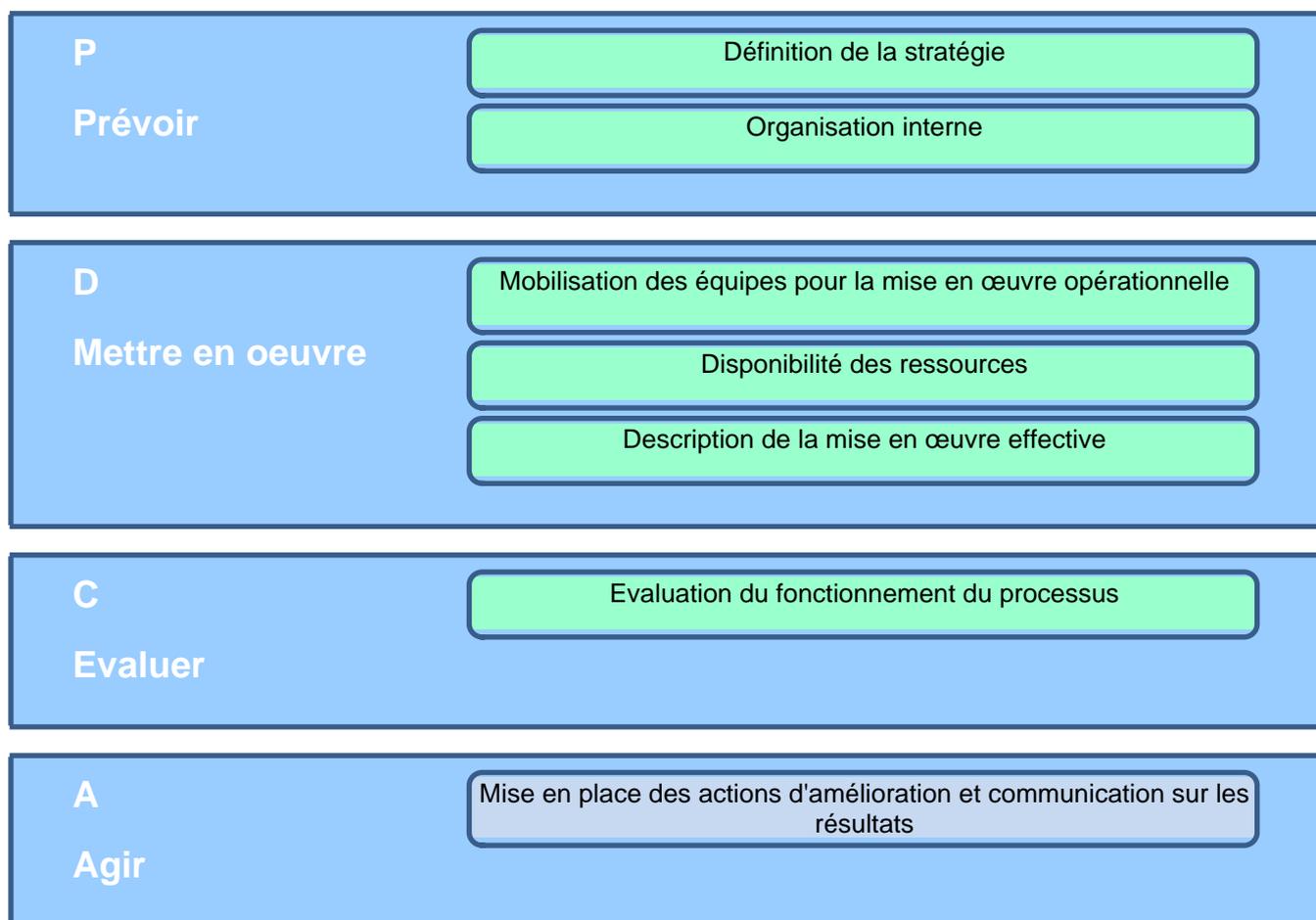
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique et les objectifs du PE ont pu évoluer en raison de l'évolution de l'offre de soins en chirurgie, le projet médical partagé du Haut Vaucluse est élaboré et en cours de validation. Le CPOM 2012-2016 décline les orientations plus récentes "optimiser la chirurgie et développer la chirurgie ambulatoire", "développer les partenariats de la CHT". Les objectifs quantitatifs y sont fixés. La politique est validée et relayée par les instances et elle est connue des professionnels de terrain. Toutes les activités sont regroupées dans un même secteur opératoire. Deux documents révisés en septembre dernier par les professionnels de l'anesthésie, de chirurgie et l'encadrement : "modalités de prise en charge du patient au bloc opératoire" et "règlement intérieur du bloc opératoire" ont vocation à constituer le Manuel Assurance Qualité du secteur qui sera validé prochainement. La cartographie des risques a été établie, et un programme d'actions préventives et de surveillance est formalisé. Les responsables des actions sont identifiés.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du bloc opératoire est organisé, toutefois les rôles et responsabilités ne sont pas tous formalisés dans les fiches de poste des professionnels, qui comprennent aussi des activités quotidiennes. Les fiches de postes sont en V1 de 2011, la FF de cadre de bloc depuis un an n'en dispose pas.

Un Conseil de bloc a été désigné. La cellule de programmation (ou supervision) à laquelle participe aussi le cadre de chirurgie se réunit de façon hebdomadaire. Le bloc dispose de cinq salles d'intervention dont une réservée aux césariennes et à la chirurgie gynécologique et une réservée à l'endoscopie. Les locaux sont rangés et entretenus. Une IBODE FF cadre de bloc depuis un an est assistée d'une IDE régulatrice depuis quelques temps dont une des missions est de veiller au bon déroulement du programme, en coopération avec le MAR présent. Les locaux d'accueil, de stockage, de circulation, d'intervention sont identifiés, organisés et rangés. La gestion documentaire est dématérialisée et accessible. Le MAQ est en cours de mise à jour, il comprend le Règlement Intérieur et les modalités de prise en charge du patient au bloc opératoire. Le document "modalités de PEC du patient au BO" mentionne le type d'activité, décrit les modalités de fonctionnement programmation, les circuits du patient, l'organisation des personnels non médicaux, les modalités d'ouverture des salles, d'appel des équipes en astreinte, des informations relatives à la maintenance, aux équipements, aux vigilances, à la gestion des risques, aux missions et responsabilités des professionnels. L'adaptation des effectifs à l'activité ou aux différents types d'activité (programmée, urgente, d'astreinte) ou de situation (périodes de congés) est décrite. La coordination entre professionnels et secteurs d'activité est effective.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle est déclinée en objectifs et plans d'actions. Une cartographie des risques a été élaborée. Un contrat de pôle est établi. Il est prévu que le conseil de bloc se réunisse chaque trimestre : le directeur a désigné un MAR et un anesthésiste supplémentaire, le pharmacien responsable de la PUI/stérilisation, un chirurgien représentant chacune des grandes spécialités présentes (un chirurgien viscéral, un chirurgien orthopédiste, un gastro-entérologue et un gynécologue représentant également les SF), la FF cadre et la cadre de chirurgie. Le responsable du CLIN ou son représentant y participe en tant que de besoin.

Un Conseil de bloc Obstétrical a aussi été mis en place depuis un an, une Sage femme y siège. Le CR d'un Conseil de Bloc opératoire de septembre dernier mentionne la nécessité d'une réflexion à mener pour l'organisation du travail des SF la nuit en cas d'usage du code rouge.

Le conseil de programmation se réunit de façon hebdomadaire (il réunit un chirurgien, un MAR, la FF cadre et la cadre de chirurgie) et examine les EI.

La conformité des pratiques est analysée par les EPP (antibioprophylaxie), le suivi des indicateurs (remise du CRO), ou les audits (satisfaction des partenaires du bloc), et des actions sont mises en oeuvre.

L'animation des CREX (2 en 2012, 3 en 2015) est conduite par les professionnels ayant déclaré l'EI, et une IDE est nommée présidente de la CREX.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont ajustés à l'activité comme mentionné dans le règlement intérieur. Les professionnels bénéficient de formations, de périodes de tutorat pour les nouveaux arrivants. Les équipements sont entretenus et la maintenance est assurée ; une réunion trimestrielle a lieu avec l'ingénieure biomédicale, des équipements de secours sont identifiés (respirateur). Des mesures sont en place pour assurer le fonctionnement des équipements (alimentation électrique, fluides médicaux).

Les matériels (DM, DMI), les médicaments, les PSL sont à disposition.  
Une partie de la documentation a été informatisée ainsi que des supports (Check List). Les supports de traçabilité pour l'activité d'anesthésie sont en projet d'informatisation, les supports existant permettent la prescription et la traçabilité de l'administration.  
Le MAQ en version V1 est en cours de remise à jour, il comprend le Règlement Intérieur et les Modalités de prise en charge du patient au bloc opératoire, il doit être prochainement validé. Il comprend aussi la charte de fonctionnement du bloc. Les missions, responsabilités et activités déléguées des différents référents sont décrites. Le respect de la programmation est suivi par une IBODE coordinatrice récemment nommée sous la responsabilité de la FF Cadre et le médecin anesthésiste.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le management interne déploie les organisations prévues, les interfaces entre professionnels et secteurs d'activité sont opérationnelles. Les pratiques professionnelles se fondent sur les bonnes pratiques et les recommandations des sociétés savantes (CLIN, SFAR, MAPAR). Des supports de traçabilité sont informatisés pour une partie des professionnels, les autres en format papier (CL ouverture de salle : contrôle IADE) sont renseignés et archivés. La dernière CL HAS de février est connue mais ne peut être mise en place que par l'éditeur de logiciel. Les DMI et actes sont tracés (l'étiquette de traçabilité est collée dans le dossier patient et le chirurgien en utilise une autre pour la saisie des éléments dans le CRO).

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'activité de bloc opératoire est suivie tant sur le plan de l'évolution et du développement des disciplines que sur les modalités de prise en charge des patients. Les requêtes d'activité du bloc opératoire (TVO, TROS...) sont faites manuellement, le logiciel actuel ne permettant pas de requêtes. Les IQSS (présence du CRO, DAN, traçabilité et conformité de la CL en évolution positive) sont suivis de façon régulière et leur évolution analysée. Les EI et RMM contribuent à l'évaluation du fonctionnement. L'établissement est engagé, à la demande des tutelles, dans une démarche d'analyse d'indication de chirurgie ambulatoire pour les hernies inguinales et dans l'analyse des commandes de Produits sanguins labiles pour l'EFS.

### **A / AGIR**

#### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les professionnels sont associés à la mise en oeuvre des actions d'amélioration engagées à la suite de CREX, RMM ou analyse d'indicateurs. Certaines concernent la mise à disposition de moyens matériels (respirateur adapté à la prise en charge pédiatrique, matériel pour intubation difficile : vidéolaryngoscope,...), la mise à jour de procédures (arbre décisionnel pour suspicion d'appendicite, surveillance des patients sur table, gestion du matériel en prêt), la réorganisation des présences (renforcement de la présence des MAR en journée, astreinte de stérilisation le samedi), l'adaptation des effectifs à l'activité. La mise à jour du PAQ par l'assistante Qualité et la direction qualité permet d'en assurer le suivi. La communication est assurée tant en interne (plate-forme documentaire, journal d'informations, réunions de service) qu'en externe.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités ne sont pas tous formalisés dans les fiches de poste des professionnels, qui comprennent aussi des activités quotidiennes. Les fiches de postes sont en V1 de 2011, la FF de cadre de bloc depuis un an n'en dispose pas.	5c

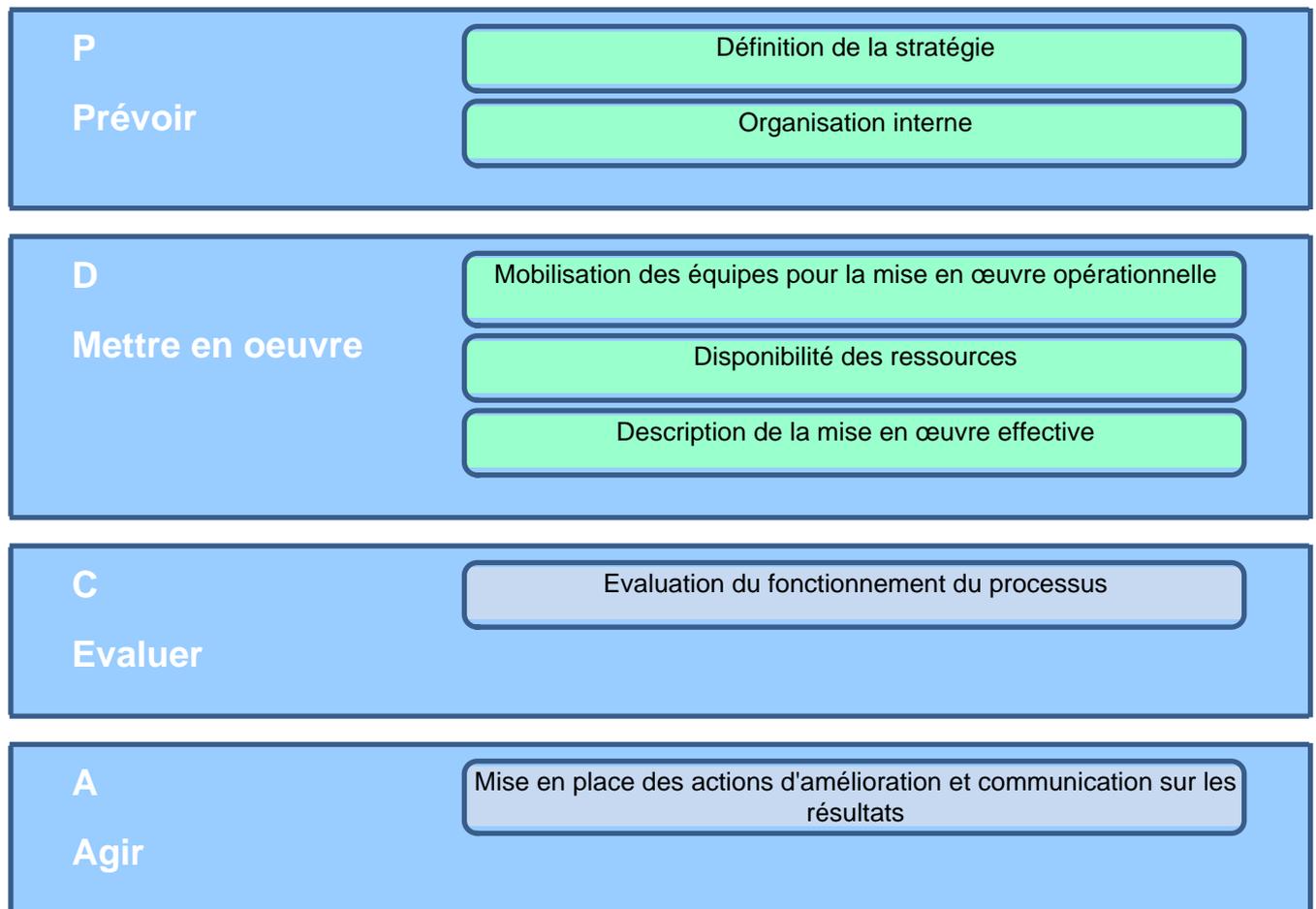
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopies est intégrée à celle du bloc opératoire. Elle comprend des activités de gastro-entérologie, de pneumologie et d'urologie réalisées dans le cadre de la prise en charge en ambulatoire. Le MAQ d'endoscopie en date de 2013 en version V1 est en cours de remise à jour, celui du bloc comprenant le Règlement Intérieur et les modalités de prise en charge du patient au bloc opératoire a été remis à jour, intègre des éléments relatifs à l'endoscopie, il sera prochainement validé. L'article 5 du Règlement Intérieur spécifie les règles applicables pour l'activité d'endoscopie digestive. Il existe un pilotage commun, la politique est validée par les instances et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé validé par la Direction de la Qualité. Les risques sont analysés et suivis dans un programme d'actions préventives et de surveillance. Les responsables des actions sont identifiés.

#### ORGANISATION INTERNE

Les pilotes sont identifiés et connus, l'activité de digestif est assurée par trois praticiens, une IDE formée à l'endoscopie est référente, elle est assistée de deux aide-soignantes aussi formées aux tâches dédiées. Cependant, les fiches de poste ne sont pas à jour. La fiche de poste de l'IDE d'endoscopie n'est pas intégrée au MAQ du bloc opératoire, celles des AS y sont mais apparaissent dans un format mêlant fiche de poste et listing de tâches. L'activité d'endoscopie urologique est assurée depuis plusieurs années par un praticien à temps partagé avec une clinique, l'activité d'endoscopie bronchique a repris depuis peu de temps à raison d'une vacation hebdomadaire. La salle 4 au BO est réservée à l'endoscopie, une salle attenante est dédiée au traitement des endoscopes disposant d'un matériel fonctionnel et équipé d'un logiciel de pilotage et traçabilité pour le traitement manuel dans une paillasse 5 bacs, elle dispose aussi d'un laveur désinfecteur récent. Une armoire de stockage des endoscopes a été récemment acquise. La planification des activités est établie, le conseil de programmation se réunit de façon hebdomadaire. Les circuits de prise en charge des patients sont définis pour les activités programmées, les urgences immédiates ou différées et selon les modes d'hospitalisation. Les activités de maintenance, d'entretien et de contrôles sont planifiées. La documentation est dématérialisée, le MAQ dans sa version papier est en cours de mise à jour. La gestion des risques et le signalement des EI sont organisés.

### D / METTRE EN ŒUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le secteur d'endoscopies organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. L'IDE référente y joue un rôle pivot en collaboration avec les responsables institutionnels. Le PAQ mis à jour décline 7 actions réalisées majoritairement au moment de la visite et associant les professionnels de l'EOH et du biomédical. Les professionnels sont sensibilisés aux risques identifiés. Les indicateurs de fonctionnement et de résultats sont suivis.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le secteur dispose de matériel recensé, vérifié et entretenu. L'endoscopie bénéficie de la journée de maintenance organisée au bloc trimestriellement. La maintenance préventive et curative des endoscopes est tracée. La traçabilité de l'utilisation et des traitements est effective. La séquestration des appareils est si besoin organisée. L'évolution des supports de traçabilité et l'utilisation de logiciels ont permis d'améliorer les scores des indicateurs. Les professionnels bénéficient de formations adaptées, une formation pour l'endoscopie urologique (qui est à nouveau programmée après un temps d'interruption) est inscrite au plan de formation pour l'IDE référente. Les IBODE intervenant sur les périodes d'astreinte ont suivi une formation. Les professionnels disposent d'équipement de protection adaptée à l'utilisation de l'APA. Les évolutions réglementaires sont prises en compte.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le management interne respecte les organisations prévues. Les interfaces en particulier avec les professionnels en charge du risque infectieux (contrôles bactériologiques périodiques des endoscopes), le biomédical et la cellule qualité sont opérationnelles. La traçabilité est assurée, la CL a été informatisée avec un item bloquant pour le dépistage du risque MCJ. Une feuille d'ouverture de la salle d'endoscopie est en place depuis 2013. La traçabilité est organisée pour permettre si besoin le rappel des patients. Le consentement éclairé des patients est requis et tracé. La programmation de l'intervention est réalisée par le praticien au moment de la consultation y compris quand elle a lieu dans un autre établissement

partenaire. Les outils de bureautique sont à disposition des praticiens et permettent la saisie in situ des comptes-rendus opératoires. Les pratiques se fondent sur les textes réglementaires (circulaire de 2003, avis du HCSP de 2013 pour ESET, Guide du CCLIN Sud Ouest...), la gestion documentaire est dématérialisée.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le secteur d'endoscopies réalise des audits, participe à des CREX, suit ses indicateurs, les contrôles qualitatifs (bactériologiques, de maintenance) et quantitatifs (activité : taux de report, d'hospitalisation imprévue, annulation, appel patients à J-1 et J+1..) sont suivis. L'audit national du GREPHH a été réalisé. L'évaluation de la connaissance des protocoles de traitement des endoscopes par les IBODE a été réalisée après formation par l'IDE référente, une grille d'évaluation annuelle a été réalisée. Les EI sont recueillis et analysés. La satisfaction des patients relative à l'information sur les actes invasifs a été recueillie par Isatis. Ces évaluations donnent lieu à la définition d'actions d'amélioration.

## **A / AGIR**

### **MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS**

Les résultats d'audit ou d'évaluation sont exploités pour mettre en oeuvre des actions d'améliorations, celles-ci sont intégrées au PAQ institutionnel. En endoscopie digestive, les supports d'information à destination des patients adressés par un CH partenaire où ont lieu des consultations avancées assurées par le praticien de l'établissement ont été homogénéisés. La communication des résultats est assurée auprès des professionnels (réunions de service, plate-forme documentaire, journal d'informations) et des usagers.

### c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les fiches de poste ne sont pas à jour. La fiche de poste de l'IDE d'endoscopie n'est pas intégrée au MAQ du bloc opératoire, celle des AS y sont mais apparaissent dans un format mêlant fiche de poste et listing de tâches.	5c

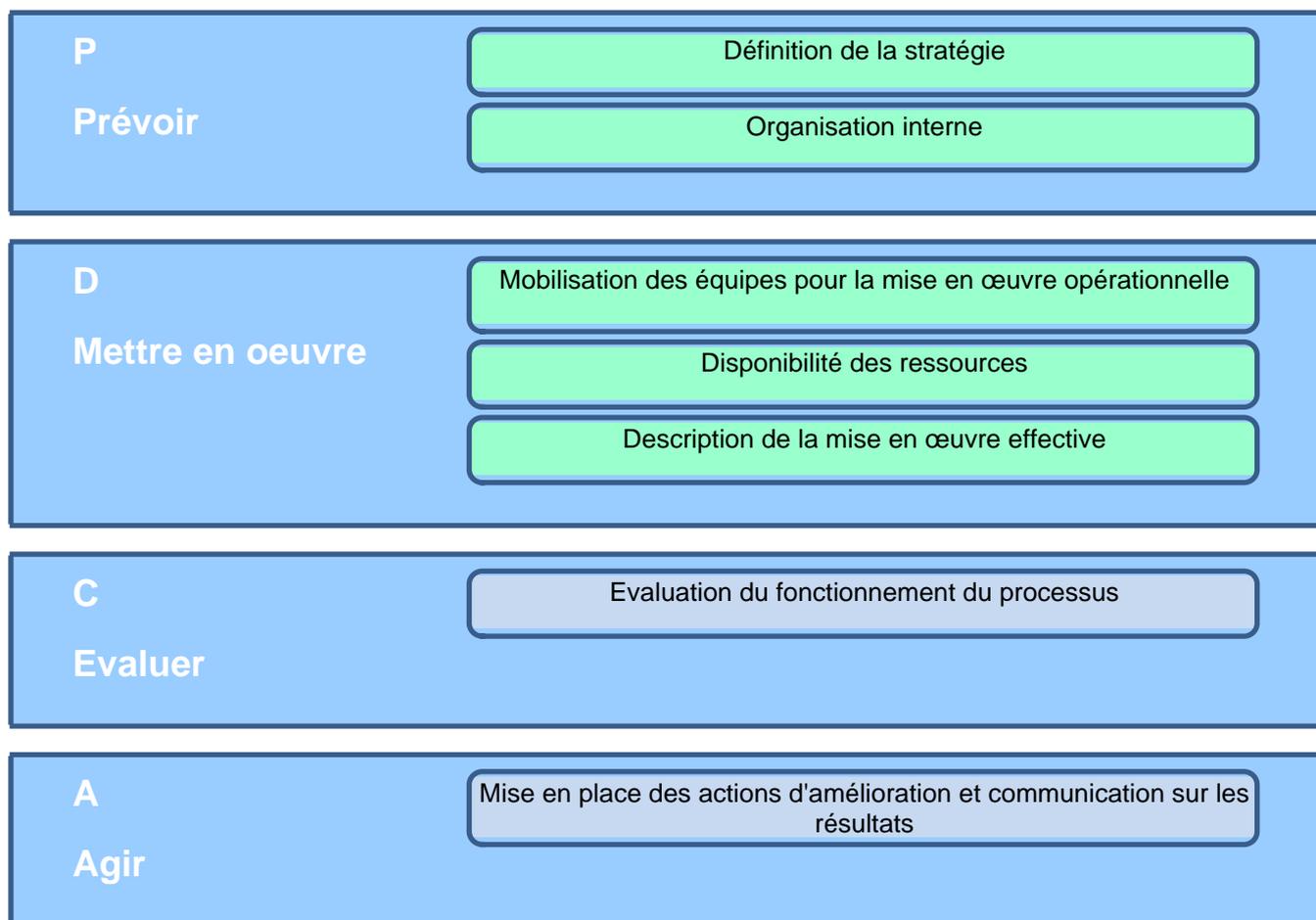
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient : les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus. La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le secteur d'obstétrique comprend un secteur de consultations, un secteur naissance ; ces locaux sont à accès contrôlé par vidéo surveillance. Une salle du bloc opératoire est dédiée aux césariennes programmées ou urgentes, l'accès par le bloc obstétrical est direct. Les lits d'obstétrique sont à l'étage.

Le dernier PE de 2011, établi sur la base du SROS 3, définit les orientations stratégiques (maintenir la maternité niveau 1 à Orange, et développer les actions de prévention : dépistage des troubles de la parentalité, consultations anténatales, suivi à domicile des sorties précoces, éducation à la santé et à la contraception, optimiser le service rendu en gynéco-obstétrique et créer une offre de soins "femme enfant".

La fermeture de l'activité d'obstétrique d'une clinique et d'un CH de la région, ont conduit à la mise en place de consultations avancées dans deux établissements.

Un Centre de Périnatalité de Proximité a été mis en place par le CH de Valréas et celui de Vaison. Le CPOM 2012-2016 fixe des objectifs (taux de césarienne, taux de péridurale, consultations de psychologue). Fin 2014, un pôle Femme-Enfant a été créé, accompagné du renouvellement des personnels médicaux et paramédicaux d'encadrement. Un contrat de pôle et un avenant ont été signés en avril 2015 fixant des objectifs quantitatifs et qualitatifs pour les activités de gynécologie, gynécologie-obstétrique et pédiatrie ainsi que pour l'amélioration de la collaboration territoriale. Des collaborations inter-établissements et des partenariats sont engagés. Une cartographie des risques a été réalisée sur la base des risques identifiés en obstétrique et des résultats des IQSS. Les responsables des actions sont identifiés.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus.

Le pôle Femme-Enfant est une entité depuis septembre 2014. La chef de pôle pédiatre et la cadre SF coordinatrice siègent au Copil Qualité. Une SF a été nommée collaborateur du cadre à mi-temps depuis un an. Un conseil de bloc obstétrical composé de la pédiatre chef de pôle, du gynéco obstétricien responsable d'unité, de la SF cadre coordonnateur, de la SF collaborateur et d'un SF référent secteur, est en place depuis un an. Il existe un organigramme où figurent globalement les missions des professionnels, mais si es rôles et responsabilités sont identifiés, ils ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La fiche de poste du cadre responsable d'unité créée en 2013 a été mise à jour en début d'année. Les autres fiches de poste sont en version V1 de 2011

Un MAQ, une charte de bloc, un règlement intérieur, une procédure en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin gynéco-obstétricien, un livret d'accueil des nouveaux arrivants ont été rédigés.

L'équipement des locaux est moderne et entretenu. Les demandes de maintenance ou de réparation transitent par le logiciel utilisé pour la GED et le signalement des EI. Les salles de naissance sont équipées d'un poste informatique fixe qui n'est pas utilisé, d'un poste informatique mobile et d'un poste central de surveillance. Un document de 2011 en V1 décrit de façon succincte l'accueil au bloc obstétrical pour les consultations en urgence ou l'accouchement. Un autre document de "prise en charge des patientes en secteur naissance" sous forme de logigramme cartographie le processus de l'admission à la sortie. Le livret d'accueil "nouvel arrivant" mentionne des éléments de la gestion des dossiers, des accès aux résultats d'examen (radio, labo), des commandes (pharmacie, magasin et alimentation). La démarche qualité est organisée au plan institutionnel via des groupes de travail mis en place par la Direction de la Qualité, les réunions de pôle, interpôles, de Directoire, de CME, les CREX ou des réunions à l'initiative du service ("réunions organisation du pôle FE", réunions du "réseau méditerranée").

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

L'encadrement médical et paramédical organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels.

Le contrat de pôle fixe des objectifs qualitatifs et quantitatifs que les professionnels suivent ainsi que ceux du CPOM.

Des staffs pluridisciplinaires ou par catégorie professionnelle sont régulièrement organisés. Des réunions d'information sont proposées aux futurs parents (préparation à l'accouchement par SF, deux fois par mois organisées par un MAR..). Les professionnels sont sensibilisés aux risques, participent à leur analyse avec l'assistance de la RAQ au sein du Copil Qualité, ils participent à la mise en place de projets (salle nature). Un conseil de bloc obstétrical est en place depuis un an. Les informations relatives aux indicateurs et suivi des indicateurs sont régulièrement communiquées. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques. Des actions correctives sont mises en œuvre à la suite de CREX, de RMM. La visite a permis de constater la réactivité des professionnels.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont disponibles, les professionnels bénéficient de formations dont certaines obligatoires dans le cadre des objectifs ou actions correctives mises en place (urgences vitales, manœuvres obstétricales, identitovigilances, formation à l'utilisation des logiciels, formation RESC, DU lactation humaine, DU nutrition, e-learning pour un praticien, formation au management pour les responsables médicaux...). Les locaux sont spacieux, adaptés et entretenus. Les équipements destinés aux soins et à la surveillance sont modernes, entretenus et bénéficient de maintenance préventive et curative. Les professionnels ont recours à des procédures mises à disposition par les sociétés savantes, les réseaux professionnels (réseau méditerranéen, école de maïeutique de Nîmes, réseau Aurore de Lyon, HAS);

Les documents d'information, à destination des professionnels ou usagers, n'intègrent pas tous le dispositif de gestion documentaire. Les documents ne sont pas tous en format qualité et intégrés à la GED, ils sont établis en interne, ne sont pas datés et ne portent pas mention d'approbation et de validation.

La documentation est accessible, elle est actualisée de façon inhomogène. Le MAQ a été mis à jour pour la visite, en format papier, il comporte un sommaire mais n'est pas paginé. Il contient des documents révisés sans que la version antérieure n'ait été supprimée (accueil au bloc obstétrical V1 du 7/12/2012 et "cartographie du processus de PEC en secteur naissance" non daté en version papier), certains documents ont été créés sans approbation institutionnelle (livret accueil nouvel arrivant, info "peau à peau"), ils ne portent pas mention des destinataires ni de relecture, validation et approbation. Un certain nombre de documents a intégré la GED informatisée.

La ressource en équipement informatique pour le logiciel salle "de naissance" n'est pas jugée adaptée aux besoins. La lisibilité du partogramme dématérialisé n'ayant pas été jugée satisfaisante, les SF ont préféré se dispenser du support informatique et utilisent le partogramme sous format papier.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Un certain nombre d'indicateurs de traçabilité ont évolué de façon positive après la mise en place d'items bloquants sur le DPI (évaluation des pertes sanguines). De la même façon, de nouveaux supports sous forme de check-list (surveillance du nouveau-né dans les deux premières heures de vie, CL de vérification hebdomadaire du matériel d'urgence en salle d'accouchement V1 11/04/2016) ont été développés. Les opérations de contrôle des appareils sont tracées. Le recueil des EI est informatisé et leur analyse est réalisée avec les professionnels.

Les interfaces avec le bloc opératoire pour les interventions programmées ou urgentes sont organisées, les dysfonctionnements sont signalés, suivis et traités. Les moyens d'information et de coordination sont connus, disponibles et utilisés. Les interfaces sont aussi opérationnelles avec les services techniques, biomédical, d'imagerie, du laboratoire et les structures externes (SAMU des Bouches du Rhône, EFS -un travail est engagé avec l'EFS pour la gestion des PSL).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pôle évalue ses pratiques et assure le suivi des indicateurs spécifiques en progression (Délivrance, surveillance minimale en salle de naissance, diagnostic d'HPP, PEC initiale HPPI, gestes endo-urétrins, dossier d'accouchement). Le contrat de pôle fixe aussi des objectifs qualitatifs et quantitatifs que les professionnels suivent ainsi que ceux du CPOM (taux de césarienne, taux de péridurale). Le service bénéficie aussi de la revue annuelle de contrat du laboratoire de biologie. Le pôle participe aux enquêtes du CCLIN Sud-Est et réalise lui même des enquêtes (audit rythme cardiaque foetal, enquête de satisfaction 2015), il a participé à l'EPP pertinence des césariennes réalisée par le Réseau méditerranéen.

Les résultats des évaluations conduisent à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.

## A / AGIR

### MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, ce qui a été confirmé par l'établissement lors de la visite. Qu'il s'agisse d'acquisition de matériel (aménagement d'une salle nature dans le cadre du projet bien-être) ou d'actions concourant à l'amélioration de la prise en charge (dépistage des troubles auditifs chez 100% des nouveaux-nés, travail en réseau avec le Prado, organisation de réunions avec les sage-femmes libérales). Les indicateurs de traçabilité ont évolué de façon positive après la mise en place d'items bloquants sur le DPI.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.



**c. Tableau des écarts relevés**

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités sont identifiés mais ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La fiche de poste du cadre responsable d'unité créée en 2013 a été mise à jour en début d'année. Les autres fiches de poste sont en version V1 de 2011.	2a
D / Disponibilité des ressources	PS	La documentation n'est pas actualisée de façon homogène. Les documents d'information, à destination des professionnels ou usagers, n'intègrent pas tous le dispositif de gestion documentaire. Les documents ne sont pas tous en format qualité et intégrés à la GED, ils sont établis en interne, ne sont pas datés et ne portent pas mention d'approbation et de validation. Le MAQ a été mis à jour pour la visite, en format papier, il comporte un sommaire mais n'est pas paginé. Il contient des documents révisés sans que la version antérieure n'ait été supprimée (accueil au bloc obstétrical V1 du 7/12/2012 et "cartographie du processus de PEC en secteur naissance" non daté en version papier), certains documents ont été créés sans approbation institutionnelle (livret accueil nouvel arrivant, info "peau à peau"), ils ne portent pas mention des destinataires ni de relecture, validation et approbation. Un certain nombre de documents a intégré la GED informatisée.	5c
	PS	La ressource en équipement informatique pour le logiciel salle "de naissance" n'est pas jugée adaptée aux besoins. La lisibilité du partogramme dématérialisé n'ayant pas été jugée satisfaisante, les SF ont préféré se dispenser du support informatique et utilisent le partogramme sous format papier.	14a

## ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	D / Disponibilité des ressources	PS	L'appropriation du système gestion documentaire est inégale en fonction des secteurs Des documents, protocoles, procédures sont non identifiables sur la base des exigences en vigueur (pas de date de validation, de n° de version, de nom de rédacteur). En outre les évolutions de version ne font pas l'objet d'une information structurée ou d'une mise en évidence de l'objet de la mise à jour ce qui en altère l'appropriation par les agents.	5c
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	La maîtrise des risques notamment sécuritaire, et des événements indésirables ne fait pas l'objet d'une mobilisation constante et partagée par l'ensemble des professionnels. Des actions sont menées mais leur évolution au regard des résultats ne garantit pas le choix de méthodes appropriées.	1f
Gestion du risque infectieux	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	La mobilisation des équipes médicales et para médicales dans la gestion du risque infectieux est inégale. La rencontre avec les pilotes du groupe a mis en évidence la difficulté de signalement interne des infections associées aux soins, la non information automatique de l'équipe opérationnelle d'hygiène, le non respect des règles de lavage des mains et l'absence de bijoux.	8g
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure n'est pas systématique dans l'ensemble des services Les audits internes et la rencontre avec les professionnels en témoignent.	8h
Parcours du patient	P / Définition de la stratégie	PS	Il n'existe pas de stratégie formalisée en rapport avec le processus parcours du patient. On ne retrouve aucun document synthétisant la stratégie générale de l'établissement quant à la globalité de la thématique.	1a
	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités des pilotes ne sont pas formellement identifiés ni formalisés. Il n'y a pas de fiche de poste décrivant le rôle et la mission pour les deux pilotes institutionnels -Directeur des Soins et Président de CME -rencontrés.	2a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les documents de sortie ne permettent pas toujours une coordination complète de la prise en charge du patient à sa sortie. Le délai d'envoi du CRH est généralement supérieur au délai réglementaire ce que reflète la valeur de l'IPAQSS DEC.	24a
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	Il n'y a pas de procédure de règles de tenue du dossier tenant compte des évolutions du dossier patient.	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			La procédure "tenue du dossier médical" disponible date de 2009; elle ne concerne que le dossier papier, et ne fait donc pas mention du dossier informatisé et de son articulation avec le dossier papier.	
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité des éléments constitutifs du dossier est incomplète La traçabilité de l'examen initial est inconstante comme en témoigne la valeur de l'indicateur TDP tant en MCO.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	La déclaration des erreurs médicamenteuses est partielle dans l'établissement.  Le bilan des CREX fait état de 8 erreurs médicamenteuses déclarées de 2014 à 2016. Les professionnels rencontrés des unités de soins (médecine cardio- pneumo, chirurgie orthopédique, unité de soins continue) "ne voient pas la nécessité de déclarer des erreurs médicamenteuses qui ne surviennent pas".	20a
	D / Disponibilité des ressources	PS	Les procédures documentaires ne font pas l'objet d'une réactualisation récente.  La procédure administration des traitement per os n'est pas datée. La procédure gestion des dotations date de 2009. La procédure de recommandations pour la prescription de la personne date du 14 novembre 2011. Pour toutes , il s'agit de la première version.	5c
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas homogène Des documents qualité numérisés coexistent avec des documents papiers. Certains ne sont pas référencés ni actualisés.	5c
		PS	Les circuits de prise en charge ne sont pas systématiquement respectés Pour tous les patients debout-couchés, l'accès aux urgences se fait par une entrée unique, exigüe, qui en cas d'afflux élevé de patients ne permet plus de garantir systématiquement le respect de l'intimité et de la confidentialité.	25a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les événements indésirables ne font pas systématiquement l'objet d'une déclaration.  Les événements indésirables sont traités au sein du service et leur analyse n'est pas formalisée sous forme de CREX ou RMM, ni retrouvée dans le tableau de bord des CREX de l'établissement.	25a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités ne sont pas tous formalisés dans les fiches de poste des professionnels, qui comprennent aussi des activités quotidiennes. Les fiches de postes sont en V1 de 2011, la FF de cadre de bloc depuis un an n'en dispose pas.	5c
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Organisation interne	PS	Les fiches de poste ne sont pas à jour. La fiche de poste de l'IDE d'endoscopie n'est pas intégrée au MAQ du bloc opératoire, celle des AS y sont mais apparaissent dans un format mêlant fiche de poste et listing de tâches.	5c
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	P / Organisation interne	PS	Les rôles et responsabilités sont identifiés mais ne sont pas formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La fiche de poste du cadre responsable d'unité créée en 2013 a été mise à jour en début d'année. Les autres fiches de poste sont en version V1 de 2011.	2a
	D / Disponibilité des	PS	La documentation n'est pas actualisée de façon homogène.	5c

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	ressources		Les documents d'information, à destination des professionnels ou usagers, n'intègrent pas tous le dispositif de gestion documentaire. Les documents ne sont pas tous en format qualité et intégrés à la GED, ils sont établis en interne, ne sont pas datés et ne portent pas mention d'approbation et de validation. Le MAQ a été mis à jour pour la visite, en format papier, il comporte un sommaire mais n'est pas paginé. Il contient des documents révisés sans que la version antérieure n'ait été supprimée (accueil au bloc obstétrical V1 du 7/12/2012 et "cartographie du processus de PEC en secteur naissance" non daté en version papier), certains documents ont été créés sans approbation institutionnelle (livret accueil nouvel arrivant, info "peau à peau"), ils ne portent pas mention des destinataires ni de relecture, validation et approbation. Un certain nombre de documents a intégré la GED informatisée.	
		PS	La ressource en équipement informatique pour le logiciel salle "de naissance" n'est pas jugée adaptée aux besoins. La lisibilité du partogramme dématérialisé n'ayant pas été jugée satisfaisante, les SF ont préféré se dispenser du support informatique et utilisent le partogramme sous format papier.	14a