



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
D'AUBAGNE - EDMOND
GARCIN

179 avenue des soeurs gastine
13677 Aubagne
NOVEMBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	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
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	19
DROITS DES PATIENTS	24
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	57
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	64
ANNEXE	69

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 objectivé 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"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
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"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. 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). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> 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 o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
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 D'AUBAGNE- EDMOND GARCIN	
Adresse	179 avenue des soeurs gastine 13677 Aubagne
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / 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	130781446	CENTRE HOSPITALIER D'AUBAGNE	179 avenue des soeurs gastine 13400 Aubagne
Etablissement de santé	130798457	CH D'AUBAGNE-EDMOND GARCIN-SLD	179 avenue des soeurs gastine 13677 Aubagne
Etablissement de santé	130000565	CENTRE HOSPITALIER D'AUBAGNE- EDMOND GARCIN	179 avenue des soeurs gastine 13677 Aubagne
Etablissement de santé	130012768	CH D'AUBAGNE-EDMOND GARCIN- SSR	179 avenue des soeurs gastine 13077 Aubagne

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	32	/	7	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	16	/	3	/
MCO	Médecine	111	8	/	3906
SLD	SLD	31	/	/	/
SSR	SSR	19	/	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	COFRAC /Hématologie-Hémostase en 2014 COFRAC /Prélèvement, recherche et dénombrement des légionelles dans les eaux en 2013 et 2014
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	OUI
Regroupement / Fusion	-Groupement de coopération sanitaire qui regroupe les activités de biologie médicale des CH d'Aubagne et de La Ciotat le 11/01/2012 -Constitution d'une communauté hospitalière de territoire avec le Centre Hospitalier de Martigues, le Centre Hospitalier de la Ciotat et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille le 12/08/14
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Education thérapeutique du diabète de type 2 depuis le 17/01/2011 Education thérapeutique de l'obésité adulte depuis le 15/12/2011 Education thérapeutique de l'obésité enfant depuis le 07/10/2013 Autorisation de l'installation d'IRM depuis le 19/11/2012

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 avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

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 appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
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
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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	HAD	/	Programmé	simple, hospitalisation	HAD
2	Adulte	Chirurgie viscérale	Hernie adulte y compris cœlioscopie	Programmé	simple, hospitalisation	MCO
3	Adulte	Chirurgie orthopédique	Trauma crâniens OU Arthroscopie du genou OU Chiru	Urgences	Complexe hospitalisation en provenance d'une autre	MCO
4	Adulte	Endoscopie	/	Programmé	simple, ambulatoire	MCO
5	Femme	Salle de naissance	Accouchement par voie basse	Urgences	simple, hospitalisation	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
			ou césarienne en urgen			
6	Personne âgée	SSR	Affections des personnes âgées polypathologiques d	Programmé	simple, hospitalisation	SSR
7	Personne âgée	Gérontologie	Perte d'autonomie	Programmé	simple, hospitalisation	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

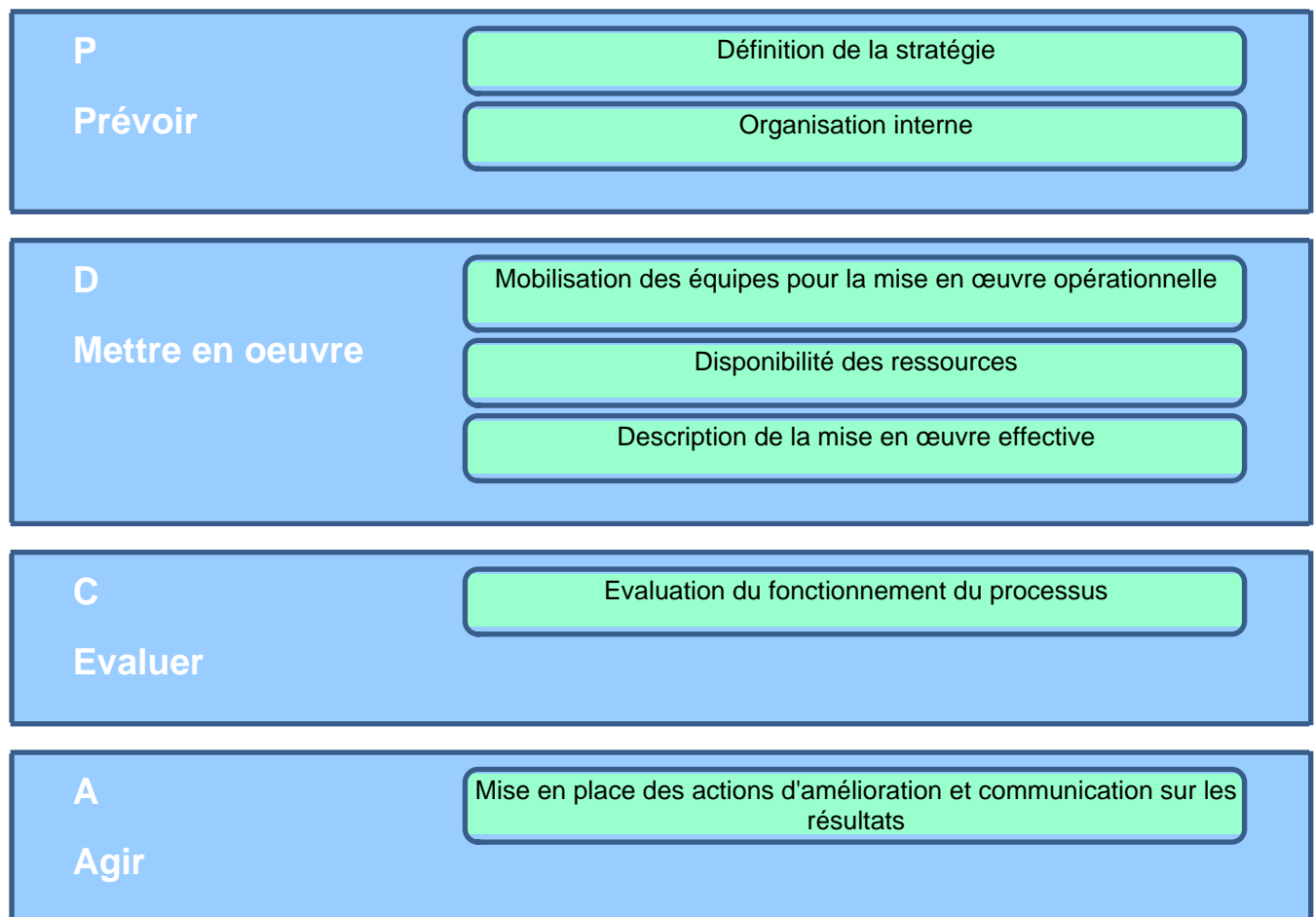
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet qualité gestion des risques est formalisé et est inclus dans un volet du projet d'établissement 2011-2015. Il a été validé par le conseil de surveillance, le Directoire et la CME après avoir été présenté à l'ensemble des instances consultatives concernées. Il comprend des objectifs et a été élaboré sur la base d'une identification des besoins, des risques et du contexte de l'établissement. Les cartographies des risques ont été élaborées sur chaque processus de prise en charge (ex : médicament, bloc opératoire, salle des naissances, secteurs de soins....). La politique qualité et gestion des risques est déclinée selon 3 axes principaux (Amélioration continue de la qualité, Amélioration continue de la sécurité et gestion des risques, Développement durable). Les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise, notamment par la mise à jour régulière des plans (blanc, bleu, grippe, EBOLA) sont prises en compte.

L'établissement a établi et validé depuis plusieurs années en réunion de CME, une organisation pour poursuivre le développement de l'EPP et désigné un médecin référent. Tous les services sont participatifs.

Le programme d'amélioration de la qualité est issu de l'analyse des risques et de divers indicateurs de l'établissement. La matrice de criticité a permis de pointer les priorités.

Le programme d'actions qualité est transposé dans le compte qualité qui devient l'outil unique de suivi dans l'établissement.

L'établissement bénéficie de visite de risques par des audits externes (ex : SHAM en 2013). Ces visites réalisées en priorité dans les secteurs à risque ont donné lieu à l'élaboration de mesures correctives immédiates ou incluses dans le plan d'amélioration qualité. Ce programme d'actions devient le compte qualité suivi par le COVIRISQ et alimentant les résultats institutionnels. L'organisation définie pour élaborer le compte qualité : réalisation de l'autodiagnostic et définition du plan d'action validé en COVIRISQ, ont mobilisé essentiellement l'encadrement (médecin, cadres de santé et gestionnaires).

ORGANISATION INTERNE

Un dispositif de gouvernance de la démarche qualité est en place, cohérent avec les dispositions de la loi HPST. Le Directeur décide, conjointement avec le Président de la CME et du coordonnateur général des soins de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. La CME et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elles proposent en lien avec le Comité de Coordination des Vigilances, gestion des risques et de la qualité (COVIRISQ) le programme pluriannuel d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins au Président du Directoire. La CME, la CSIRMT et la CRUQPC sont consultés sur ce programme.

Le COVIRISQ existe depuis janvier 2003 et constitue au sein de l'établissement un pôle de compétences et de moyens dans le domaine des vigilances, de la gestion des risques et de la qualité. Il est composé du directeur d'établissement, du coordonnateur général des soins, du Président de la CME, du CLIN, de la CRUQ, des cadres de pôles, de l'ingénieur qualité, du pharmacien responsable management de la prise en charge médicamenteuse et des référents des vigilances sanitaires ou secteur de risques identifiés. Il a pour objectif de promouvoir des actions d'amélioration et de les valoriser à travers une communication adaptée. Le comité est la structure managériale de gestion des risques et qualité dans l'établissement. C'est aussi le comité de pilotage pour chaque procédure de certification.

Le pilotage opérationnel est assuré par la cellule qualité et par l'Equipe Opérationnelle de gestion des Risques (EOR, composée d'un représentant de la direction, du coordonateur général des soins, du responsable qualité établissement, du responsable qualité circuit des médicaments, du responsable infectiovigilance, d'un médecin et d'un cadre de santé). Le pilotage s'appuie sur l'encadrement des services pour relayer les informations auprès des professionnels.

Les différentes composantes du système qualité et gestion des risques est coordonné au sein de la COVIRISQ. La stratégie mise en place concourt à impliquer ou à sensibiliser les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et les missions sont déclinées dans un paragraphe d'un document interne à l'établissement libellé "guide méthodologique de certification". Les missions ont été exposées lors d'une réunion en COVIRISQ.

Il s'agit de documents émis par la cellule qualité après avoir suivi le cycle de validation. Les documents informatiques remplacent l'existant papier. Le dispositif de gestion documentaire est formalisé, informatisé (CID Centre d'Information et de Documentation) et comprend les documents transversaux ainsi que les documents propres aux services.

L'établissement profite de l'accueil des personnels nouvellement recrutés pour les informer sur la démarche qualité institutionnelle. Les représentants des usagers sont informés par la CRUCPC et sont fortement associés à la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins.

Des RMM sont organisées (3 à 4 par an) dans les secteurs concernées (urgences, réanimation, bloc opératoire). Elle associe l'ensemble des professionnels médicaux de l'établissement selon la

problématique. Dans les services, la RMM est pluri professionnelle.
 Le document unique est en place.
 Le dispositif de signalement et de gestion des événements indésirables est défini (fiche de déclaration, équipe opérationnelle des risques). Il permet d'identifier les événements devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes, selon une méthodologie proposée par la cellule qualité et il associe les acteurs concernés. Il existe une procédure de gestion et de suivi des Évènements Indésirables. Une charte de non punition a été validée et diffusée. Le dispositif "hôpital sous tension en cas d'afflux de patients" est organisé et formalisé dans une procédure dédiée. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les différents professionnels des secteurs d'activité.
 A chaque réunion d'encadrement, des informations sont diffusées sur la démarche qualité de l'établissement. Par ailleurs des bulletins d'information trimestriels "journal d'Edmond" et "risques infos" mensuels sont distribués dans les services.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les programmes d'actions d'amélioration institutionnels sont déclinés dans les pôles. Chaque pôle a réalisé sa cartographie des risques, a priorisé ses risques et en a déduit son programme d'actions opérationnel sur la base des axes du programme d'actions institutionnel.
 Les responsables de pôles sont accompagnés par la cellule qualité.
 L'échéancier peut être défini (mois et année) ou positionné sur une année. Le tableau de bord de suivi est le compte qualité dans l'outil SARA. La gestion est assurée par la cellule qualité et des copies d'écran sont générés pour les pilotes. Cela devient leur outil de suivi.
 Une réunion hebdomadaire, organisée par la Direction des Soins pour l'encadrement supérieur et les cadres de santé, permet de faire un point de suivi des objectifs qualité. A charge aux cadres de santé de sensibiliser, d'impliquer les professionnels de terrain et de diffuser les documents appropriés.
 Le déploiement et la mise en œuvre des EPP est opérationnelle depuis plusieurs années. Les EPP ou APP développées sont soit centrées sur une thématiques médicales soit sur une thématiques étudiée en pluridisciplinarité.
 Toutefois, les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs, en lien avec les actions du compte qualité. En effet, la démarche institutionnelle a positionné l'encadrement pour réaliser les cartographies des risques et pour définir les plans d'actions y afférents. Lors des parcours et des patients traceurs, les professionnels rencontrés n'ont pas été en mesure de s'exprimer sur la cartographie des risques ou les plans d'actions par méconnaissance de ces derniers. Les pilotes de thématiques pour la plupart – binôme cadre/médecin – ont confirmé la méthodologie institutionnelle sans participation active des professionnels de terrain ce qui ne permet pas une appropriation par les professionnels et faire un lien entre les actions sur les pratiques au niveau de la prise en charge des patients et les objectifs définis.
 Par ailleurs les cadres de proximité s'assurent concrètement de la conformité de certaines pratiques en liens avec les indicateurs nationaux : douleur, prise en charge nutritionnelle, prise en charge des escarres. Des analyses mensuelles de dossiers sont réalisées. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).
 Le service de biologie a obtenu sa propre accréditation COFRAC en s'associant à la démarche d'un établissement voisin complémentaire. Des chirurgiens ont participé à l'évaluation Orthorix.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont identifiées et disponibles au sein des secteurs, des référents sont définis sur des processus. La démarche EPP est en place depuis plusieurs années et plus récemment à la méthode «patient traceur». L'ingénieur et l'assistante qualité participent à la formation des professionnels sur les méthodes d'identification des risques a priori, à la hiérarchisation et à l'analyse des causes profondes des événements indésirables graves. Le cadre de santé rattaché à la direction suit une formation qualité. Plusieurs cadres de santé ont eu une formation qualité-gestion des risques au cours de leur formation.
 Le dispositif de gestion documentaire informatisée, via l'Intranet, le CID (Centre d'Information et de Documentation) est connu. Chaque professionnel peut y retrouver procédures et protocoles utiles. Les documents papiers restant sont appelés à disparaître au fur et à mesure des réactualisations et de l'appropriation l'outil informatique. Lors de nouvelle procédure, le document peut être mis dans un classeur afin de faciliter la lecture. Une feuille d'emargement jointe permet de veiller à la prise de connaissance du document ; il est retiré du classeur après un certain délai.
 Une procédure hôpital sous tension est en place en cas d'afflux de patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité est mobilisé dans la mise en œuvre du programme d'actions d'amélioration selon les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. L'analyse des risques a été menée avec priorisation selon une matrice commune pour affiner le plan d'actions opérationnel. Le suivi est assuré par les responsables du management du pôle accompagné de la cellule qualité. Les

résultats sont présentés en COVIRISQ.

Les responsables de service et les professionnels de terrain contribuent ensemble à la RMM.

La sensibilisation au risque d'erreur et à la déclaration d'évènements indésirables est effective. Le nombre de déclarations reste faible. Les chutes sont répertoriées en SLD et SSR à partir d'une fiche de recueil spécifique "chute" et suivies à part. Dans plusieurs services, la gestion du dysfonctionnement est prise en charge et gérée en dehors du dispositif de déclaration d'évènements indésirables.

Les fiches d'évènements indésirables recueillis sont analysées chaque mois par la cellule opérationnelle des risques. Les démarches d'amélioration ou d'analyse des évènements indésirables sont menées en associant les professionnels. Un recueil de données d'analyse est fait au préalable de la réunion selon la méthode définie avec la cellule qualité.

Les plaintes et réclamations sont également prises en compte.

Les différents secteurs d'activité mettent en œuvre des démarches d'EPP.

Les derniers documents produits (procédure, protocole) sont édités et regroupés dans le classeur pour en faciliter l'accès. Une feuille d'émergence témoigne de la prise de connaissance du document.

Le plan blanc est opérationnel et la procédure hôpital en tension a été mise en œuvre lors de situation de crise (afflux de patients et pénurie de lits), syndrome hivernal. Toutefois, le signalement d'évènement indésirable par les professionnels n'est pas systématique. En effet, la déclaration d'évènements indésirables sur le parcours patient diffère selon les services :

En médecine gériatrie court séjour, les chutes et les actions qui en découlent sont signalées dans le dossier patient. Les fiches chutes renseignées seront analysées en service gériatrie mais ne font pas l'objet d'une déclaration institutionnelle. En pédiatrie, pour plusieurs professionnels, l'insignifiance du fait et de sa gravité signifie que la déclaration formelle n'est pas effectuée. (ex : l'absence de date d'utilisation sur un flacon buvable entamé implique qu'il est jeté et ne fait pas l'objet d'une déclaration). Plusieurs professionnels rencontrés indiquent se référer au cadre de santé pour savoir s'il est utile de déclarer ce qui entraîne des pratiques très hétérogènes selon les services ou l'évènement déclaré. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques et s'appuient sur les observations et résultats obtenus. Des actions correctives sont identifiées et proposées selon la situation ou le besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). La satisfaction des usagers est mesurée. Le recueil est proche des 100% en SSR. Ils sont communiqués à la CRUQPC.

La coordination des dispositifs de vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques est réalisée en COVIRISQ. Des réunions mensuelles sont planifiées. Les plaintes et réclamations, sont de la même manière que les EI, traité par la cellule qualité. Ils sont analysés en CRUQPC et peuvent faire l'objet d'un retex. L'ingénieur qualité membre de la CRUQPC assure l'articulation entre les plaintes et les dispositifs de signalement des EI. Les actions d'amélioration définies suite à des réclamations ou plaintes sont intégrées dans le plan d'actions annuel et suivies de la même façon que les actions d'amélioration consécutives à des signalements d'EI.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme d'amélioration en s'appuyant sur le tableau issu du compte qualité. Les données recueillies et les indicateurs sont tracées sur le processus concerné dans l'outil SARA.

Les différents audits alimentent les indicateurs, la centralisation est effectuée au niveau de la cellule qualité (évaluation de la douleur, identification des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre, indicateur en lien avec une EPP,...). Les tableaux de bord sont réajustés par trimestre et discutés en COVIRISQ. Ils sont joints aux comptes rendus pour diffusion.

Les services disposent de tableau de bord sur l'activité et des indicateurs propres au service. Les actions d'amélioration entreprises, directement en lien avec le signalement d'EI sont également répertoriées dans le bulletin Risques Infos diffusé à l'ensemble du personnel et affiché dans les services. Les fiches d'évènement indésirable sont dénombrées, analysées globalement par typologie puis par secteur d'activité. Les questionnaires de sortie font l'objet d'une restitution annuelle. La COVIRISQ réalise les rapports annuels. Elle suit le nombre de plaintes et réclamations et le délai de réponse,

Le plan d'actions est actualisé en fonction des résultats obtenus, la périodicité de révision de la politique qualité et de la sécurité des soins est définie par la COVIRISQ.

Néanmoins, le dispositif institutionnel permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus, à l'échelle de l'établissement est incomplet. Le recueil non exhaustif des évènements indésirables limite l'analyse globale. Par ailleurs les actions mises en place sur l'évènement n'est pas répertorié et inclus dans le plan d'action global. L'analyse globale de ce qui a été réellement réalisé est restreinte, ne reflète pas ce qui réellement fait et mérite cependant d'être reconnu. Cependant, le signalement d'EI concerne tous les domaines d'activité de l'hôpital, hors vigilance. Tous les EI qui sont déclaré, sont examinés par l'équipe opérationnelle de gestion des risques (EOR) qui se réunit tous les mois 1/2. La cellule qualité trace l'analyse globale et toutes les étapes de traitement de la fiche, demande et actions curatives entreprises et correctives proposées ou engagées dans un tableur de suivi dédié.

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

En fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, les plans d'actions d'amélioration sont réajustés en COVIRISQ. Ils sont intégrés et articulés avec le programme d'actions institutionnel, notamment pour la visite de certification. Ils sont croisés avec le diagnostic établi à partir des cartographies élaborées. Le document unique donne lieu à des améliorations sur la qualité de vie au travail.

Le projet qualité est ajustée selon la révision du projet d'établissement et les orientations institutionnelles.

La communication des résultats est réalisée, auprès des instances concernées : CME, CSIRMT, CRUQPC, auprès des chefs de pôles et de services, de l'encadrement soignant et des professionnels de terrain par le biais de réunions dédiées et de supports de communication diffusés aux professionnels (papier ou informatique).

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	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs, en lien avec les actions du compte qualité. En effet, la démarche institutionnelle a positionné l'encadrement pour réaliser les cartographies des risques et pour définir les plans d'actions y afférents. Lors des parcours et des patients traceurs, les professionnels rencontrés n'ont pas été en mesure de s'exprimer sur la cartographie des risques ou les plans d'actions par méconnaissance de ces derniers. Les pilotes de thématiques pour la plupart – binôme cadre/médecin – ont confirmé la méthodologie institutionnelle sans participation active des professionnels de terrain ce qui ne permet pas une appropriation par les professionnels et faire un lien entre les actions sur les pratiques au niveau de la prise en charge des patients et les objectifs définis.	8a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le signalement d'évènement indésirable par les professionnels n'est pas systématique. En effet, la déclaration d'événements indésirables sur le parcours patient diffère selon les services. : En médecine gériatrie court séjour, les chutes et les actions qui en découlent sont signalées dans le dossier patient. Les fiches chutes renseignées seront analysées en service gériatrie mais ne font pas l'objet d'une déclaration institutionnelle. En pédiatrie, pour plusieurs professionnels, l'insignifiance du fait et de sa gravité signifie que la déclaration formelle n'est pas effectuée. (ex : l'absence de date d'utilisation sur un flacon buvable entamé implique qu'il est jeté et ne fait pas l'objet d'une déclaration). Plusieurs professionnels rencontrés indiquent se référer au cadre de santé pour savoir s'il est utile de déclarer ce qui entraîne des pratiques très hétérogènes selon les services ou l'évènement déclaré.	8a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif institutionnel permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus, à l'échelle de l'établissement est incomplet Le recueil non exhaustif des évènements indésirables limite l'analyse globale. Par ailleurs les actions mises en place sur l'évènement n'est pas répertorié et inclus dans le plan d'action global. L'analyse globale de ce qui a été réellement réalisé est restreinte, ne reflète pas ce qui réellement fait et mérite cependant d'être reconnu.. Cependant, le signalement d'EI concerne tous les domaines d'activité de l'hôpital, hors vigilance. Tous les EI qui sont déclaré, sont examinés par l'équipe opérationnelle de gestion des risques (EOR) qui se réunit tous les mois 1/2 . La cellule qualité trace l'analyse globale et toutes les étapes de traitement de la fiche, demande et actions curatives entreprises et correctives proposées ou engagées dans un tableur de suivi dédié.	8a

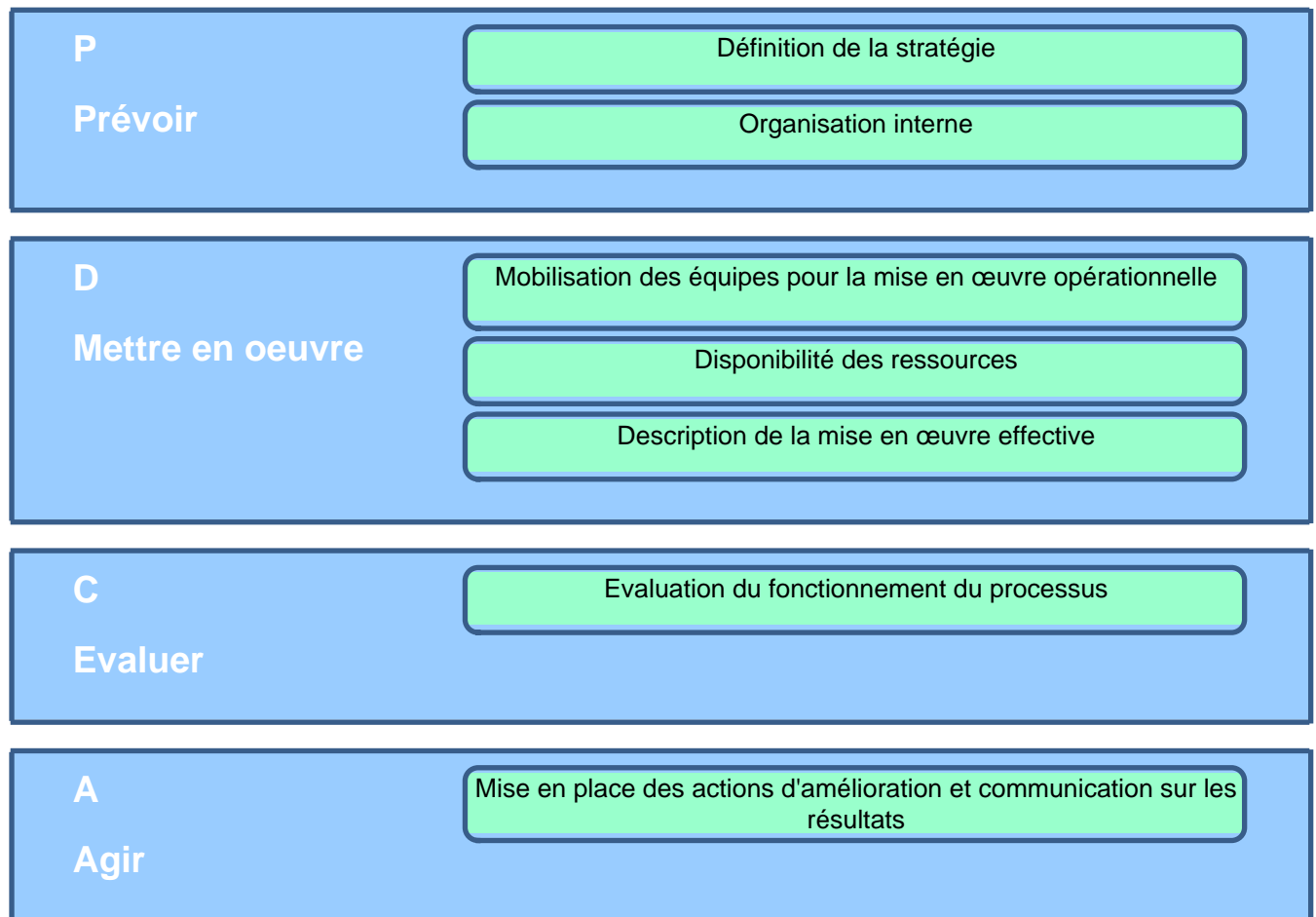
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Le projet médical 2011-2015 prévoit le développement des activités en hygiène et infectiologie par la mise en place d'un plan annuel de prévention du risque infectieux :

- la poursuite de l'activité de L'EOH,
- le renforcement du rôle du médecin infectiologue concernant la formation,
- la pertinence des prescriptions d'antibiotiques
- la dynamisation de l'activité de la Commission des Anti-infectieux.

Chaque année, le CLIN établit un programme d'actions et formalise le rapport d'activité annuel. Ces documents sont présentés pour validation à la CME.

Le programme 2015 tient compte des orientations du programme de prévention du risque infectieux PROPIAS 2015, du tableau de bord des infections nosocomiales et prévoit des actions dans les domaines environnemental, soins, surveillances, antibiotiques en lien avec le résultat des analyses des risques et des évaluations des pratiques professionnelles.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne repose sur l'existence du CLIN et de l'EOH relayés sur le terrain par les correspondants en hygiène. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste pour les IDE membres de l'EOH et dans le Protocole « Organisation et fonctionnement du réseau des correspondants paramédicaux, sages-femmes et logistiques en hygiène » pour le référents. Les missions des correspondants d'hygiène sont formalisées dans un protocole. Les IDE ont des missions prioritaires définies par leurs fiches de poste avec un partage de compétence : une IDE est responsable de l'environnement et l'autre des services de soins.

L'EOH a une activité soutenue de sensibilisation et formation des professionnels à l'hygiène ; un programme annuel de formation en interne est en place dans l'établissement et le nombre du personnel formé est suivi. Des formations externes sont inscrites sur le plan annuel de formation. Les médecins sont sensibilisés au bon usage des antibiotiques lors de la Commission des anti-infectieux et les comptes rendus de réunion diffusés à tous les membres.

Les internes ont une session de formation réalisée à leur arrivée dans l'établissement par le médecin infectiologue.

Le CLIN est composé des représentants de chaque pôle, médecins hygiéniste, médecin du travail, représentants de la direction, IDE hygiénistes.

L'EOHH est composée de 6 membres : 2 médecins hygiénistes et un médecin infectiologue à temps partiel, 2 IDE hygiénistes et une secrétaire.

Le CLIN se réunit 3 fois par an et a pour rôle de proposer les objectifs en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

Le bon usage des antibiotiques dans l'établissement est défini dans le cadre de la Commission des anti-infectieux animé par le médecin infectiologue.

L'hygiène des locaux est assurée par une équipe interne. L'établissement a fait le choix de mutualiser les équipes de tous les services sauf pour les pôles mère enfant, urgences bloc opératoire et la Maison du parc qui disposent de leurs propres agents. Les équipes mutualisées sont managées par l'IDE hygiéniste responsable de l'environnement. Les autres équipes sont sous la responsabilité des cadres des services. Tous les agents sont recrutés par l'IDE hygiéniste.

La gestion des interfaces est organisée. Annuellement, le Programme d'actions du CLIN est présenté aux instances de l'établissement pour avis.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le fonctionnement en équipe de l'EOH est quotidien, les personnels étant dédiés.

Les correspondants en hygiène des services en collaboration avec l'IDE hygiéniste diffusent les recommandations de l'EOH dans les services en déclinaison de la stratégie institutionnelle et participent à la réalisation des audits pour s'assurer de la conformité des pratiques, afin d'identifier des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les IDE hygiénistes sont titulaires d'un DU d'Hygiène.

Les correspondants en hygiène sont en nombre de deux par service. Chaque année un appel à

candidature est effectué et les personnels intéressés peuvent devenir référent pour un mandat de deux ans quel que soit sa catégorie professionnelle IDE, sage femme, ASD, ASH. Leur formation est assurée en interne par l'IDE hygiéniste.

Les procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux associé aux soins sont également accessibles via l'Intranet.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prévention du risque environnemental repose sur la surveillance du risque de légionellose et air. L'existence d'un carnet sanitaire légionelles et d'un carnet sanitaire air, la planification d'une surveillance annuelle par des prélèvements permet de maîtriser cet aspect.

La planification de l'entretien des locaux, du matériel, des dispositifs médicaux, les protocoles de nettoyage et entretien et les traçabilités sont en place, connus et appliqués par les professionnels.

Les protocoles pour les circuits des déchets et du linge sont également appliqués.

Une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée a été établie dans l'établissement. Lors de l'analyse pharmaceutique pour ces molécules, le pharmacien alerte par mail le médecin infectiologue. Celui-ci réévalue systématiquement l'antibiothérapie avec le prescripteur dans un délai de 48-72 h. En cas d'absence du médecin infectiologue, la réévaluation est effectuée en collaboration avec le médecin responsable du service de médecine titulaire d'un DU d'antibiothérapie.

Toutefois, la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques à dispensation non contrôlée n'est pas effective. En effet, si l'antibiothérapie initiale est poursuivie, la traçabilité de la réévaluation n'est pas systématique et elle repose uniquement sur la vigilance individuelle des praticiens qui ne formalise pas la réévaluation. En conséquence, le suivi est impossible à réaliser.

Il existe dans l'établissement une Commission des anti-infectieux dont les réunions se greffent sur les réunions du COMEDIMS. Ainsi, sont présentés les consommations des antibiotiques et validés les protocoles d'antibiothérapie qui ensuite sont mis à disposition des prescripteurs sur l'intranet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les membres de l'EOH, sur la base d'outils identifiés.

Les Indicateurs nationaux ICATB et ICABMR se sont améliorés au fil des ans grâce aux actions mises en place et pour les dernières évaluations 2013 l'établissement est classé A.

L'ICSHA 2 (2013) était classé B (avec une valeur de 75,9 %) et une réévaluation interne a été effectuée en 2014 montrant une évolution favorable de la valeur : 78,6 %.

L'établissement participe et transmet de données à plusieurs réseaux : réseau de surveillance ISO, BMR, Réanimation, Maternité et autres. Les résultats des évaluations mises en œuvre dans le cadre des réseaux permettent de se comparer aux autres établissements.

De nombreux audits et évaluations ont lieu dans tous les services à périodicité définie : audit des précautions standard tous les 18 mois, audit de précautions complémentaires tous les trimestres, en alternance une année sur deux audit sur la pose de sonde urinaire et KT périphérique.

Des audits sont mis en place en fonction des besoins des services et de dysfonctionnements identifiés : audit hémoculture, audit déchets et locaux, audits tenues en SSR et USLD.

La surveillance de la consommation des antibiotiques est réalisée conjointement par le pharmacien et le médecin infectiologue. L'augmentation des consommations annuelles déclenche des audits.

Ainsi la pertinence de l'utilisation des carbapénèmes et des fluoroquinolones ont été audités en 2012 et 2014.

Les événements indésirables graves et notamment les infections ostéo articulaires sont analysés dans le cadre de RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) infections qui ont lieu à l'APHM de Marseille.

Les contrôles eau, air, surfaces sont réalisés et le suivi des résultats est tracé.

Toutefois, le suivi des événements indésirables (EI) n'est pas exhaustif. En effet, la majorité des EI se réfèrent aux circuits logistiques mais des événements liés au risque infectieux reçoivent des actions correctives en interne en lien avec le cadre sans information systématique à la cellule qualité pour suivi de l'exhaustivité des EI sur l'établissement.

A / AGIR

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

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel.
Les actions d'amélioration sont déclenchées en fonction des résultats des indicateurs et évaluations comme par exemple : la sensibilisation du personnel à la consommation de solution hydro alcooliques, mise en place de protocoles d'antibiothérapie suivie de la diminution des consommations.
La diffusion des résultats est régulièrement faite aux instances. La communication des résultats est réalisée, en interne auprès des professionnels, à l'externe les résultats des évaluations faites en réseau servent aux benchmarkings.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Toutefois, la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques à dispensation non contrôlée n'est pas effective. En effet, si l'antibiothérapie initiale est poursuivie, la traçabilité de la réévaluation n'est pas systématique et elle repose uniquement sur la vigilance individuelle des praticiens qui ne formalise pas la réévaluation. En conséquence, le suivi est impossible à réaliser.	8h
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Toutefois, le suivi des événements indésirables (EI) n'est pas exhaustif. En effet, la majorité des EI se réfèrent aux circuits logistiques mais certains événements liés au risque infectieux reçoivent des actions correctives en interne en lien avec le cadre sans information systématique à la cellule qualité pour suivi de l'exhaustivité des EI sur l'établissement.	8f

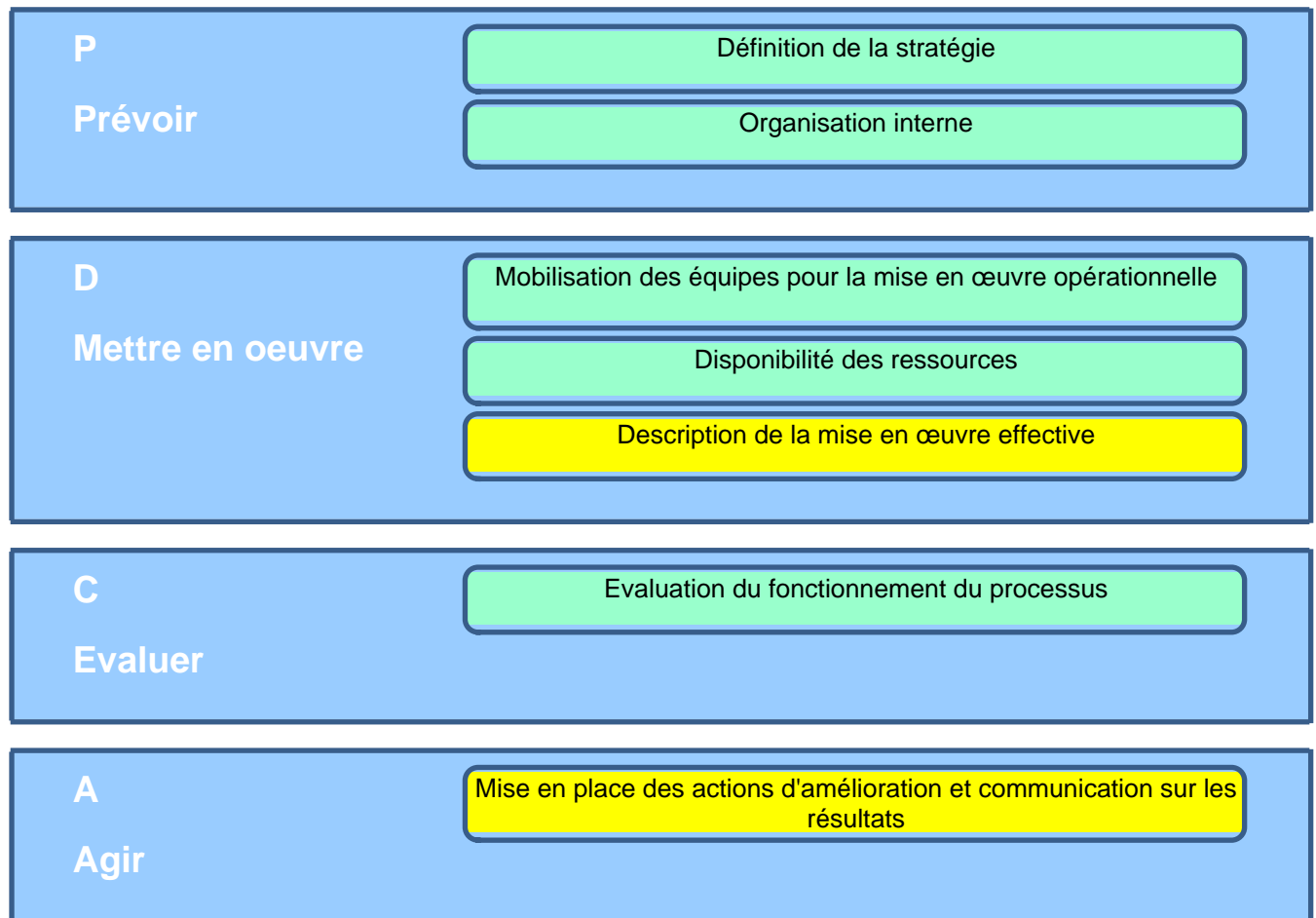
DROITS DES PATIENTS

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

La stratégie concernant le respect des droits des patients est définie institutionnellement en lien avec la CRUQPC et pris en compte dans l'élaboration du compte qualité au travers d'un plan d'actions au regard du rapport de certification V2010 sur cette thématique et des résultats des IQSS. Le plan d'actions définit les objectifs, les responsables, les échéances et les indicateurs de suivi. Une priorisation a été réalisée sur l'accompagnement et la réflexion du droit des patients sur le pôle gérontologique au regard de la population vulnérable accueillie en secteur de soins de longue durée.

L'identification des risques a été réalisée par les pilotes de la thématique en référence à une recherche documentaire aboutie sur les bonnes pratiques en la matière avec une criticité appliquée et validée par le COVIRISQ et la CRUQPC.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a désigné des pilotes formés et impliqués dans le droit des patients : directeur adjoint des affaires générales, un chef de pôle et un cadre de pôle.

Une organisation institutionnelle a été définie afin de permettre le respect de la confidentialité des informations, l'information du patient sur son état de santé et ses traitements et notamment en cas de dommage liés aux soins. Le consentement éclairé du patient est recherché.

Les usagers sont informés sur leurs droits et les missions de la CRUQPC.

Une charte de la bientraitance en gérontologie a été définie et sert de support à une réflexion sur les secteurs MCO ainsi que sur l'élaboration des projets de vie et de soins sur l'ensemble des secteurs de l'établissement.

L'accès au dossier par le patient est défini, porté à sa connaissance (professionnels, livret d'accueil..) et effectif en lien avec la CRUQPC.

Le comité d'éthique est constitué et se réunit à périodicité définie avec un ordre du jour en fonction d'une revue de cas et saisine par les cadres si nécessaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres sont chargés du déploiement au sein de leurs services ou pôles du plan d'actions institutionnel.

Les professionnels du secteur de gérontologie ont été associés à l'élaboration de la cartographie des risques spécifiques à leurs prises en charge et la criticité de chaque risque a été formalisée par une équipe pluriprofessionnelle : cadre, IDE et AS.

De même, en associant les professionnels, une réflexion aboutie est portée sur la définition, la pose des contentions, le bénéfice/risque et l'information aux patients et/ou à son entourage : des réflexions aux alternatives à la contention sont définies par une ergothérapeute.

Le secteur gérontologique, initiateur de la démarche, est un support pour le déploiement et l'accompagnement de cette réflexion sur les secteurs MCO et notamment la nuit dans le cadre de la permanence des soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont formés aux droits des patients dans le cadre du plan de formation institutionnel.

L'établissement a bénéficié de financements pour l'accompagnement sur un projet d'élaboration d'une charte éthique du management de pôle avec des formations à destination des cadres et des conférences ouvertes à tous les professionnels.

La gestion documentaire permet à chaque professionnel d'avoir recours aux procédures, protocoles ou documents d'informations sur le droit des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins y compris les soins d'hygiène et dans les contraintes architecturales ou conditions d'hébergement.

Les projets personnalisés de soins ou projet thérapeutique sont déployés et mis en œuvre selon les secteurs : projet de vie en soins de longue durée, projet thérapeutique en soins de suite et réadaptation, projet mère/enfant.

Pour les autres secteurs MCO, la durée moyenne de séjour courte ne permet pas la mise en œuvre structurée d'un projet personnalisé de soins.

L'entourage du patient est accueilli et pris en compte par les professionnels et des soutiens peuvent être apportés dans des situations particulières par l'équipe médicale, soignante ou les psychologues.

La traçabilité de l'information, du consentement, du bénéficiaire/risque sont recherchées dans la pratique de soins mais pas toujours effective dans le dossier patient.

Le secteur de chirurgie a développé un dossier spécifiant l'ensemble des droits et informations sur la prise en charge et la traçabilité des consentements.

Cependant, la recherche des directives anticipées ne fait pas l'objet d'une démarche institutionnelle. Pour ce qui concerne les directives anticipées, l'établissement porte une réflexion sur l'élaboration d'un dispositif octroyant des clés de lecture aux professionnels afin d'en assurer l'effectivité et la traçabilité non présente au jour de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement déploie les indicateurs nationaux IQSS ainsi que des audits spécifiques aux secteurs de soins sur le respect des droits des patients qui inclut la qualité des soins : audit sur la désignation de la personne de confiance, audit sur l'identitovigilance, audit sur la traçabilité des informations. Des EPP risque de chutes et d'escarre sont mis en œuvre.

Les questionnaires de sortie sont remis à chaque patient et leur analyse est faite en lien avec la CRUQPC.

Des enquêtes de satisfaction sont réalisées dans certains secteurs.

De même, l'établissement a débuté la structuration de la démarche d'enquête de satisfaction I-SATIS.

A / AGIR

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

Les actions correctives sont intégrées au compte qualité lors de la définition du plan d'actions par les pilotes. Des actions au niveau des secteurs sont déployées selon les résultats des audits ou IQSS.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La recherche des directives anticipées ne fait pas l'objet d'une démarche institutionnelle. Pour ce qui concerne les directives anticipées, l'établissement porte une réflexion sur l'élaboration d'un dispositif octroyant des clés de lecture aux professionnels afin d'en assurer l'effectivité et la traçabilité non présente au jour de la visite.	11b

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

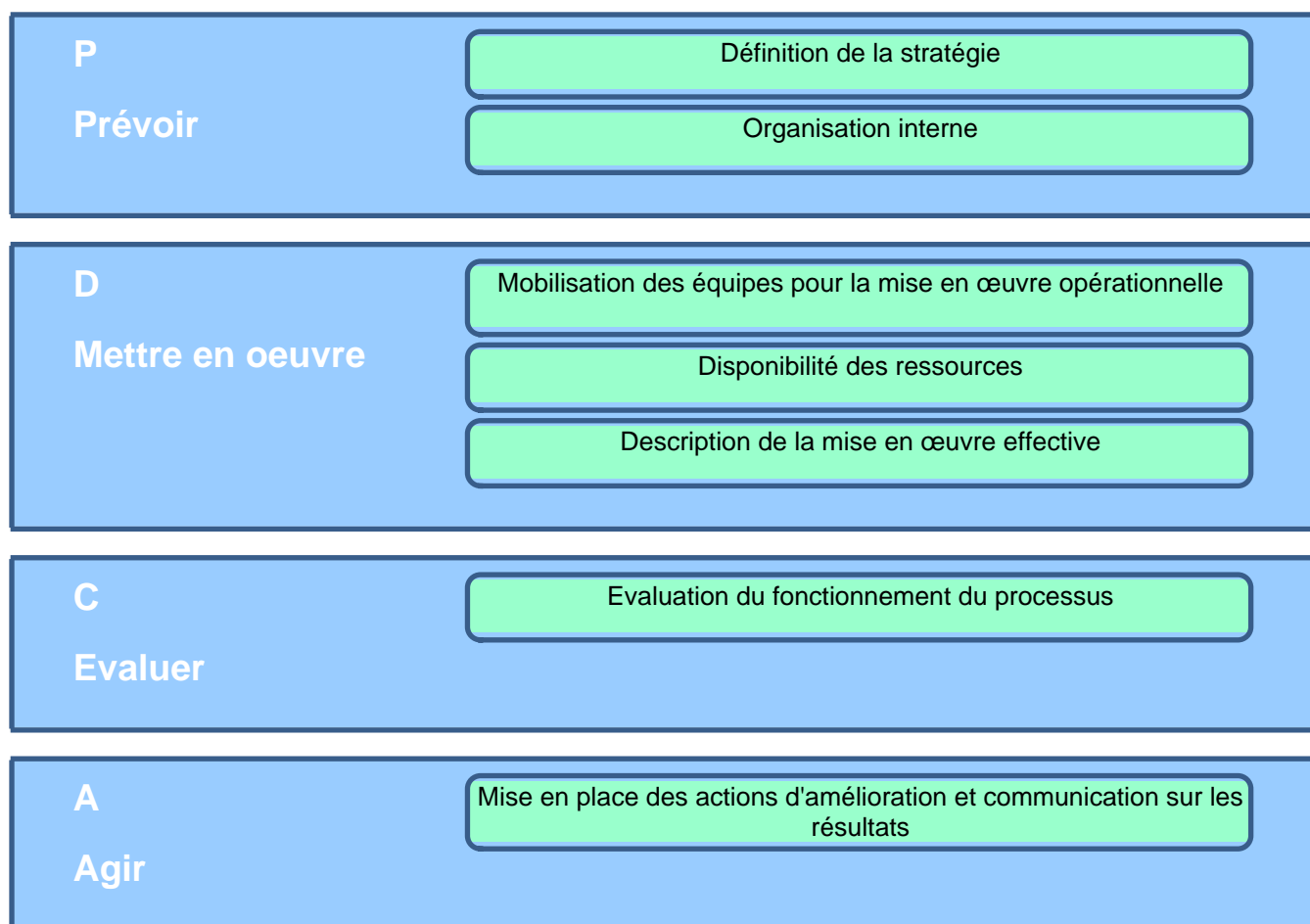
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini dans son projet d'établissement 2011-2015 et plus particulièrement dans le projet médical et projet de soins, une stratégie qui prend en compte les besoins du bassin de population définis dans le projet régional de santé. D'autres sources de données utilisées comprennent : les indicateurs d'activité, la durée moyenne de séjour, l'âge des patients, les indicateurs nationaux et les indicateurs Hôpital Numérique.

Le projet d'établissement et les éventuelles mises à jour sont validés par les instances délibératives.

Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actionS formalisé dans chaque filière de prise en charge (chirurgie, médecine, urgences vitales, maternité, pédiatrie, gériatrie, soins de suite et de réadaptation, HAD). Elle définit l'organisation des prises en charge en fonction des spécificités des populations accueillies (personnes âgées et maladies chroniques, démunis, handicapés).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du processus est assuré par les acteurs chargés du management de l'établissement, à savoir : la Direction, le Président de la CME. Le pilotage opérationnel est confié aux responsables de pôle et de services. Ces responsables contribuent avec l'ensemble des professionnels à l'organisation de la prise en charge du patient.

La cellule qualité veille à la coordination générale, au suivi du plan d'amélioration, au recueil des indicateurs, à l'analyse des résultats et de leur communication.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les supports de mission et dans les fiches de poste.

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des ressources humaines nécessaires et en compétences (effectifs suffisants et formés) aux besoins de prise en charge selon la spécialité. Les recrutements sont effectués en tenant compte des compétences attendues pour le poste à pourvoir. Les règles de présence comprenant aussi gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24h et inclus l'accueil de toute personne se présentant pour une urgence. Les coordonnées des spécialistes à alerter en cas d'urgence vitale sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Les unités sont dotées en matériel selon leur activité et leurs besoins (ex : fauteuil et lit ergonomique, pousse seringue,..) Le dossier du patient est composé des supports pour le suivi depuis l'évaluation initiale et tout au long du parcours.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les patients entrent en programmé, en ambulatoire, en non programmé par les urgences ou directement au service. Le passage par les urgences représentent environ 60% du mode d'entrée. Des procédures, protocoles, modes opératoires fiches techniques, documents d'information, outils d'aide pour les professionnels sont définis et sont accessibles dans le Centre d'information Documentation. (CID) .

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et de ses besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels propres à leurs secteurs. Le chef de service et le cadre de santé référent assurent la mise en œuvre effective du parcours patient dans le service concerné. Les plans d'action sont suivi lors de réunion de service (état d'avancement, calendrier, résultats).

Les responsables d'encadrement sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus parcours patient. Ils communiquent sur les actions déployées et les résultats atteints pour leurs secteurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont assurés dans les secteurs. Ils répondent aux besoins et à la spécificité des populations prises en charge. Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge 24h sur 24, tous les jours de la semaine. Le plan de formation continue proposé aux équipes est élaboré et priorisé sur la base d'un recueil dans les différents services.

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement quand cela est nécessaire. Les professionnels en poste sont formés aux urgences vitales.

Un dispositif est opérationnel afin de contacter le médecin urgentiste dans des délais brefs. La composition du sac d'urgence est identique dans les unités.

Les procédures et protocoles sont accessibles dans le CID (ex : analgésie, utilisation du protoxyde

d'azote, conduite à tenir spécifique,...)

Les conventions avec des établissements extérieurs permettent des avis dans les meilleurs délais (ex : pour la Psychiatrie, la neurochirurgie,...).

Des documents d'information pour les patients et les usagers sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur connaît et déploie l'organisation définie pour un fonctionnement optimal. Dès l'accueil, la sortie est préparée (ex : forte population âgée ayant des problèmes d'autonomie). En chirurgie programmée, le patient reçoit un livret d'accueil qu'il apporte renseigné lors de la consultation d'anesthésie. Ce dossier est ensuite traité en interne et permet d'optimiser le déroulement du séjour en anticipant les actions à prévoir telle que la sortie ou détermination de la personne de confiance. La prise en charge étant validée avec le patient lors de son admission.

Le logiciel ROR est renseigné, l'assistante sociale suit activement ces dossiers. La prise en charge de tous les patients est établie sur la base d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins y compris somatique. Elle est réajustée tout au long du parcours en fonctions des différents résultats d'examen complémentaires et de l'évolution clinique. Ce qui a été confirmé au cours des patients traceurs réalisés par les experts visiteurs. Les staffs sont journaliers ou hebdomadaires selon le service.

Des intervenants spécifiques, internes ou externes à l'établissement interviennent selon l'état de santé du patient (équipe mobile soins palliatifs [EMSP], équipe mobile d'évaluation gériatrique, pédopsychiatre, ...).

La mise en oeuvre des procédures de sécurisation de l'identification du patient est respectée à toutes les étapes de sa prise en charge. Une organisation est en place pour le suivi nutritionnel, le suivi de la personne en fin de vie, l'accompagnement des familles et des parents selon la situation. La mesure du poids et de l'IMC, l'évaluation de la douleur sont effectives.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les règles de présence et de continuité sont établies, connues et les tableaux d'astreinte affichés avec les coordonnées téléphoniques.

Plusieurs programmes d'ETP validés par l'ARS sont organisés et déployés sur les services : "diabète", "obésité adulte", "obésité infantile".

La coordination entre les professionnels (médecin, soignant, diététicienne, kinésithérapeute,...) est effective et coordonnée; les actions sont tracées.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée (ex : suivi du sac d'urgence, indicateurs de soins). Les restrictions de liberté restent rares et ne sont effectives que sur prescription médicale. Des techniques d'animation ou d'approche par l'hypnose évitent les contentions lors de gestes invasifs chez le petit enfant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés : tableaux de bord d'activité, indicateurs sur des éléments de la prise en charge (ex : douleur, courrier de sortie, nutrition, escarre). Les plaintes et réclamations sont analysées et peuvent mener à des mesures correctives (ex : modification de la prise en charge de l'alimentation en gériatrie).

Une évaluation des programmes ETP autorisés a été effectuée.

De nombreuses EPP dénommée APP sont en cours. Certaines sont initiées depuis plusieurs années.

Les résultats sont communiqués par la Direction, le président de la CME, la COVIRISQ ou la cellule qualité à l'encadrement soignant chargé de relayer aux professionnels de terrain.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration, mises en place au vu des évaluations, sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. (journal interne trimestriel "le Journal d'Edmond", feuillet "risques infos").

Par ailleurs, une communication des résultats et actions est réalisée lors des réunions de service. La CRUQPC diffuse l'information auprès des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

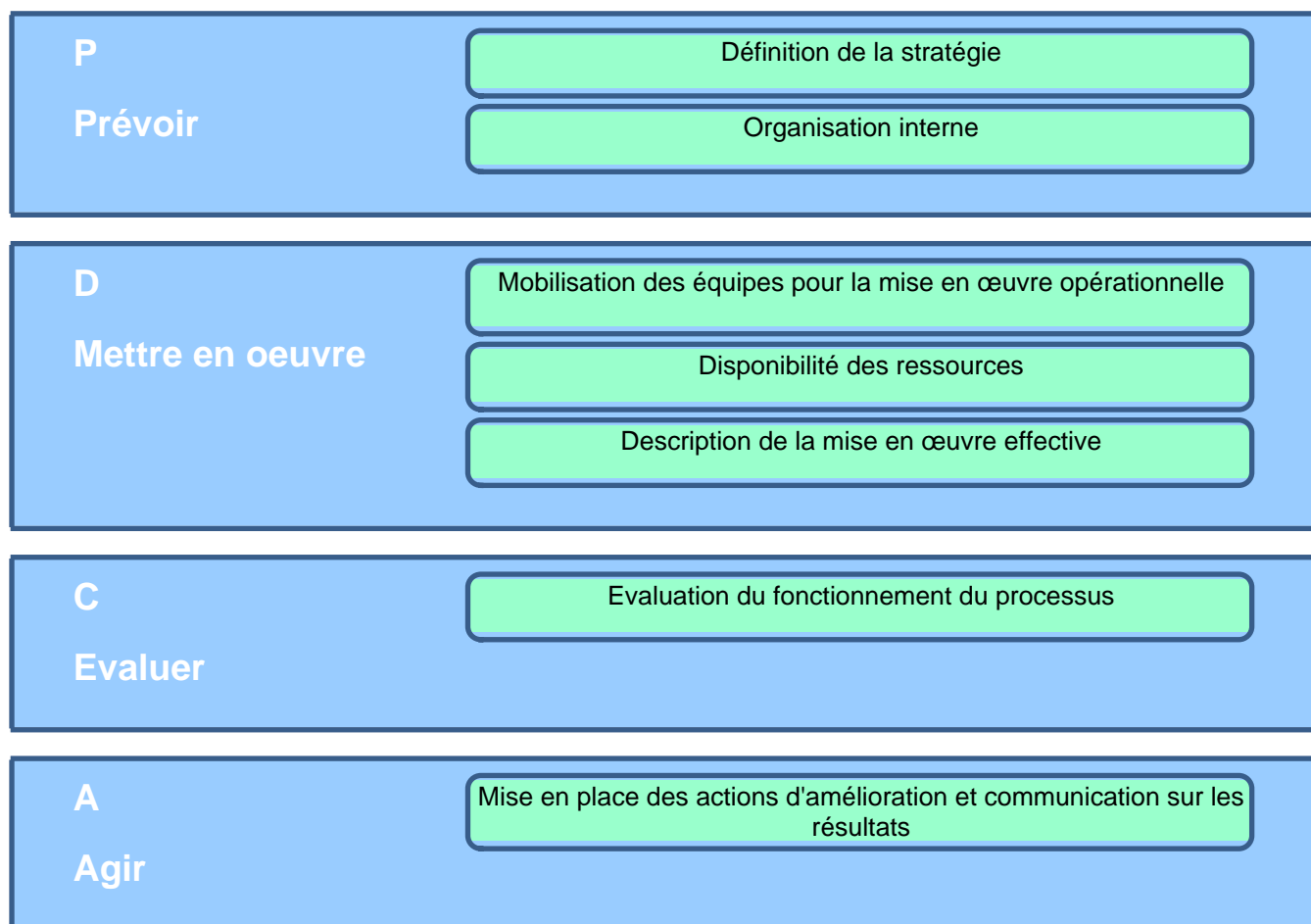
DOSSIER PATIENT

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

Le suivi de la démarche qualité V2010 ainsi que les indicateurs nationaux (IQSS) ont permis d'identifier les risques priorités dans le compte qualité avec un plan d'action validé par le COVIRISQ.

La stratégie et les objectifs sur la gestion du dossier patient ont été formalisés par les pilotes de la thématiques et validés par les instances concernées.

La stratégie de gestion et tenue du dossier patient a été communiquée aux instances (COVIRISQ, CRUQPC, CME). Le compte qualité et le programme d'amélioration de la qualité ont été fusionnés afin d'assurer un seul suivi et optimiser le déploiement des plans d'actions en identifiant les actions, les responsables, les échéances et les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été mise en œuvre pour le suivi du dossier patient avec deux pilotes identifiés : le cadre du pôle médecine et le médecin DIM, responsables du pilotage de cette thématique.

Les pilotes ont été nommés en COVIRISQ avec présentation de leurs missions. L'établissement a élaboré un "guide de tenue du dossier patient du CHEG" formalisé et diffusé à l'ensemble des professionnels au travers de la gestion documentaire informatique et accessible en temps réel. Ce document permet d'identifier les responsables, de formaliser la tenue d'un dossier patient unique, de préserver la confidentialité puis son utilisation et son accessibilité en temps utile ainsi que les modalités d'archivage

L'organisation de l'accès du patient à son dossier est structurée et l'information est réalisée par le livret d'accueil et les professionnels.

L'établissement a structuré un dispositif pour la gestion documentaire essentiellement informatisée et disponible à tous les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres des unités de soins sont chargés de déployer les actions liées à la gestion du dossier patient dans chacune de leurs unités auprès notamment des personnels soignants, en déclinaison de la démarche institutionnelle.

L'information des priorités retenues en fonction des principaux risques identifiés et réalisée sous la responsabilité du cadre.

Des évaluations sont mises en œuvre dans les services : EPP, déclaration d'événements indésirables.

Les objectifs et des actions d'amélioration sont définis en fonction du résultat des évaluations et notamment les IQSS au sein de chaque unité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnelles disposent d'information et de formation sur la gestion du dossier patient.

Les professionnels paramédicaux et médicaux (internes) bénéficient d'une formation sur la gestion du dossier patient lors de la journée des nouveaux arrivants et les internes et les IDE sont destinataires d'une formation sur le logiciel de prescription (Pharma) de façon systématique.

Un CID (centre d'information documentaire) est disponible sur l'intranet de l'établissement : les procédures et protocoles sont accessibles à l'ensemble des professionnels dans la gestion documentaire. Un dossier patient "type" est élaboré avec un socle commun et des feuillets "activité".

Un serveur web permet notamment aux médecins de disposer d'informations sur certains éléments du dossier patient et un historique : compte rendu urgences, information sur un séjour en utilisant le nom du patient comme moteur de recherche.

Les professionnels disposent des matériels nécessaires à un accès au système d'informations.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dossier patient "type" est élaboré avec un socle commun et des feuillets "activité". Les secteurs mettent en œuvre les procédures élaborant le dispositif de communication en temps utile du dossier patient entre les professionnels impliqués :

- chaque professionnel dispose d'un feuillet spécifique à ses fonctions ou spécialités pour tracer ses actes médicaux ou de soins

- lors du transfert d'un patient au sein de l'établissement, d'un service à l'autre, le dossier patient suit dans son intégralité. Il sera archivé à la sortie définitive du patient.

Le guide d'utilisation du dossier de soins propose une gestion homogène des dossiers par les personnels soignants.

Pour ce qui concerne les correspondants externes, un courrier précisant notamment le traitement est remis au patient pour assurer la continuité de sa prise en charge auprès de son médecin traitant qui sera destinataire d'un compte rendu d'hospitalisation dans les meilleurs délais.

Pour les transferts vers d'autres établissements, une fiche de liaison est élaborée à laquelle est ajouté un compte rendu médical.

L'ensemble des procédures sont connues des professionnels.

Le dossier patient est structuré afin d'assurer une traçabilité de tous les éléments constitutifs de la prise en charge du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les deux pilotes sont responsables des plans d'actions et leurs évaluations sont faites en collaboration avec les cadres notamment au regard des IQSS et une validation des évaluations à périodicité définie par le COVIRISQ. Les cadres des unités réalisent mensuellement des audits sur les items relatifs aux transmissions ciblées au regard des éléments du dossier patient.

A / AGIR

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

Les actions correctives suite aux résultats des IQSS essentiellement mais également de certains audits ciblés sont proposées, aux services, par les pilotes après validation du COVIRISQ. Le cadre est chargé d'animer l'échange auprès des professionnels et la mise en œuvre effective.

La CRUQPC est informée des actions mises en œuvre dans son domaine de compétence et un bilan annuel fait état de l'ensemble des actions réalisées.

La communication institutionnelle est réalisée par des bulletins ou flyers d'informations à destination des professionnels.

Pour ce qui concerne la gestion documentaire, une alerte informe sur la mise en ligne d'une nouvelle procédure ou documents référencés et le cadre a en charge la diffusion de l'information à tous les professionnels.

Les usagers sont informés par le livret d'accueil, le site internet. Les membres de la CRUQPC sont informés des actions relatives à la gestion du dossier patient par le médecin DIM.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

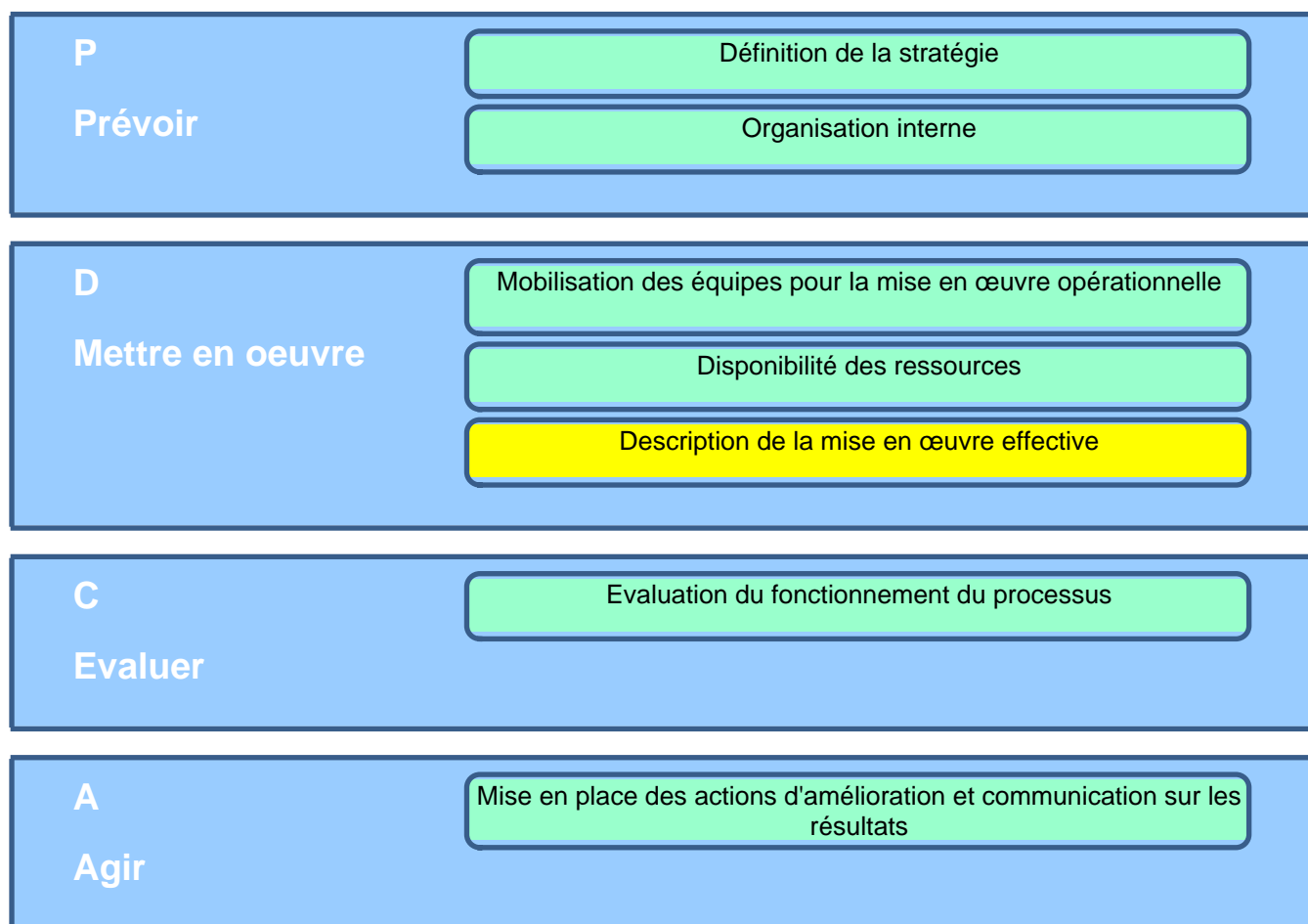
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une politique concertée traduite en objectifs élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie est validée par les instances concernées et déclinée dans un programme d'actions priorisé et formalisé dans le Compte Qualité et le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) de l'établissement.

Cette stratégie comporte des objectifs précis, des indicateurs de suivi et prend en compte notamment:

- les actions de bon usage (CBUM)
- les suites d'inspection-contrôle de la PUI et de l'autorisation de sous traitance des chimiothérapies anticancéreuses
- les décisions de la certification
- la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, y compris la gestion et l'utilisation des médicaments à risque, les populations à risque notamment les personnes âgées et les secteurs à risques.
- la formation des professionnels et des nouveaux arrivants aux procédures et protocoles
- les actions d'amélioration définies lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses, objectif prioritaire
- Les résultats des audits réguliers de la prise en charge médicamenteuse au niveau des services et de la PUI.
- les risques liés à l'implémentation incomplète de l'informatisation du circuit du médicament.

La prescription est informatisée et l'établissement a un projet d'informatisation du dossier patient dans lequel la prise en charge médicamenteuse sera intégrée ou associé dans un outil métier contextuel pour conserver les acquis des logiciels utilisés actuellement (PHARMA*, CHIMIO*).

Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter et sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés au niveau de la pharmacie et des services et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard de la population accueillie et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (référents par service), matérielles (locaux de la pharmacie, Dispositif Médicaux, produits pharmaceutiques), logiciel et documentaires (outil et aide à la prescription) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La gestion des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est intégré au système d'information hospitalier avec le déploiement de logiciel métier pour le médicament (PHARMA*) et la chimiothérapie (CHIMIO*).

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies. Un personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risque est identifié.

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission.

L'établissement a formalisé l'organisation de :

- l'analyse pharmaceutique du traitement du patient,
- la délivrance nominative des médicaments,
- la gestion documentaire avec des règles et des procédures formalisées et validées,
- la dotation pour besoins urgents,
- le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant, comportant leur identification, jusqu'au moment de l'administration,
- l'acheminement des médicaments vers les unités de soins ou le domicile du patient en HAD,
- l'information et les conseils aux utilisateurs avec des outils d'aide à la prescription,
- la réponse aux demandes urgentes de médicaments,
- l'optimisation des stocks dans les services de soins et à la PUI,
- les plans d'actions résultant de l'analyse des risques a posteriori.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de l'analyse a priori des risques et des besoins par le retour d'expérience, la responsable du système de management organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels sur les risques identifiés par secteur de soins.

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses sont réalisées dans les services des soins par les professionnels de la pharmacie. Des actions de sensibilisation au signalement d'erreur médicamenteuse sont menées par la pharmacie et des formations sont prévues sur le risque d'erreur. Des REMED sont organisées.

Un référent pharmaceutique est identifié pour chaque unité de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles au niveau de la PUI et dans les secteurs d'activités.

Il existe des outils validés, actualisés et accessibles aux professionnels d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et à l'administration des médicaments. Un personnel dédié et formé à la gestion et au rangement des médicaments et en particulier des médicaments à risque est identifié.

L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risque.

Des supports de prescription validés et actualisés sont en place.

Il existe un support unique de prescription et d'administration en dehors du service de réanimation qui a développé et utilise un outil propre au service.

Des référents pharmaceutiques (pharmacien et préparateur) sont identifiés pour chaque unité de soins.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est assurée et opérationnelle (dotation pour besoins urgents, présence et astreinte, convention).

Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les protocoles et procédures établis et validés pour le fonctionnement et la prise en charge médicamenteuse du patient.

L'informatisation de la prescription est en place dans la totalité des unités de soins en dehors de la réanimation qui a développé un outil numérisé propre au service.

L'établissement est organisé pour informer le patient de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. Il existe des procédures appliquées de gestion du traitement personnel du patient.

Les bonnes pratiques en matière de préparation et notamment des anticancéreux est assurées à travers des procédures et des règles de fonctionnement connues et appliquées par les professionnels concernés.

Le respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque est assurée sous le contrôle du responsable de la pharmacie.

Les prescriptions sont conformes à la réglementation.

Les règles de prescription des injectables sont mises en œuvre.

Les protocoles de prescription des médicaments à risque sont mis en œuvre.

Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.

Le déploiement de l'analyse pharmaceutique et de la délivrance nominative est effectif dans tous les services en dehors de la réanimation.

Les situations nécessitant une information des patients sont identifiées : type de patient, type de médicament (bénéfice / risque), information pendant l'hospitalisation et à la sortie.

L'établissement a formalisé les règles d'administration des médicaments.

Il existe des protocoles d'administration des médicaments à risque incluant une double vérification indépendante de la préparation des doses à administrer.

Ces documents sont validés, actualisés et accessibles aux professionnels.

Le matériel d'administration des médicaments à risque est standardisé.

Cependant, l'organisation de la préparation des injectables ne respecte pas les bonnes pratiques. En effet, lors du parcours, il est retrouvé une préparation des injectables par un professionnel de l'équipe du matin pour une administration dans l'après midi regroupés dans un plateau unique avec préparation des étiquettes ce qui induit une majoration des risques d'erreur de patient lors de l'administration et une dilution des responsabilités entre tous les professionnels impliqués.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La prise en charge médicamenteuse au sein de l'établissement fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés à partir de tableau de bord medico économiques (indicateurs, bilan d'activité annuel, etc.).

Les professionnels réalisent des audits réguliers de la prise en charge médicamenteuse s'appuyant sur l'outil d'analyse de risques proposé par l'ARS (Médiéval) et des EPP ciblées en particulier sur la pertinence des prescriptions, la gestion documentaire, l'administration des médicaments, les armoires à pharmacie

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

Il existe une organisation pour analyser de façon collective et méthodique les erreurs médicamenteuses. Le dispositif de recueil des erreurs médicamenteuses, à la disposition des professionnels concernés est sous format papier.

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées sous l'implication de la responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse.

Le bilan des actions de bon usage des médicaments mises en œuvre est réalisé et diffusé aux professionnels concernés soit directement au COMEDIMS soit indirectement aux instances et commissions de professionnels concernés (CME, Commission Infirmière, etc.).

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés est intégré au plan d'amélioration de la qualité de l'établissement et fait l'objet de mesures d'amélioration et de suivi notamment à l'aide d'indicateurs sous l'égide de l'instance de gestion des risques et du COMEDIMS.

La rétro information des professionnels est assurée par la communication aux instances et commissions institutionnelles ainsi que par le journal interne et la revue Risques Infos dont l'objet est la diffusion et la communication de la culture de la gestion des risques.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Cependant, l'organisation de la préparation des injectables ne respecte pas les bonnes pratiques. En effet, lors du parcours , il est retrouvé une préparation des injectables par un professionnel de l'équipe du matin pour une administration dans l'après midi regroupés dans un plateau unique avec préparation des étiquettes ce qui induit ne majoration des risques d'erreur de patient lors de l'administration et une dilution des responsabilités entre tous les professionnels impliqués.	20a bis

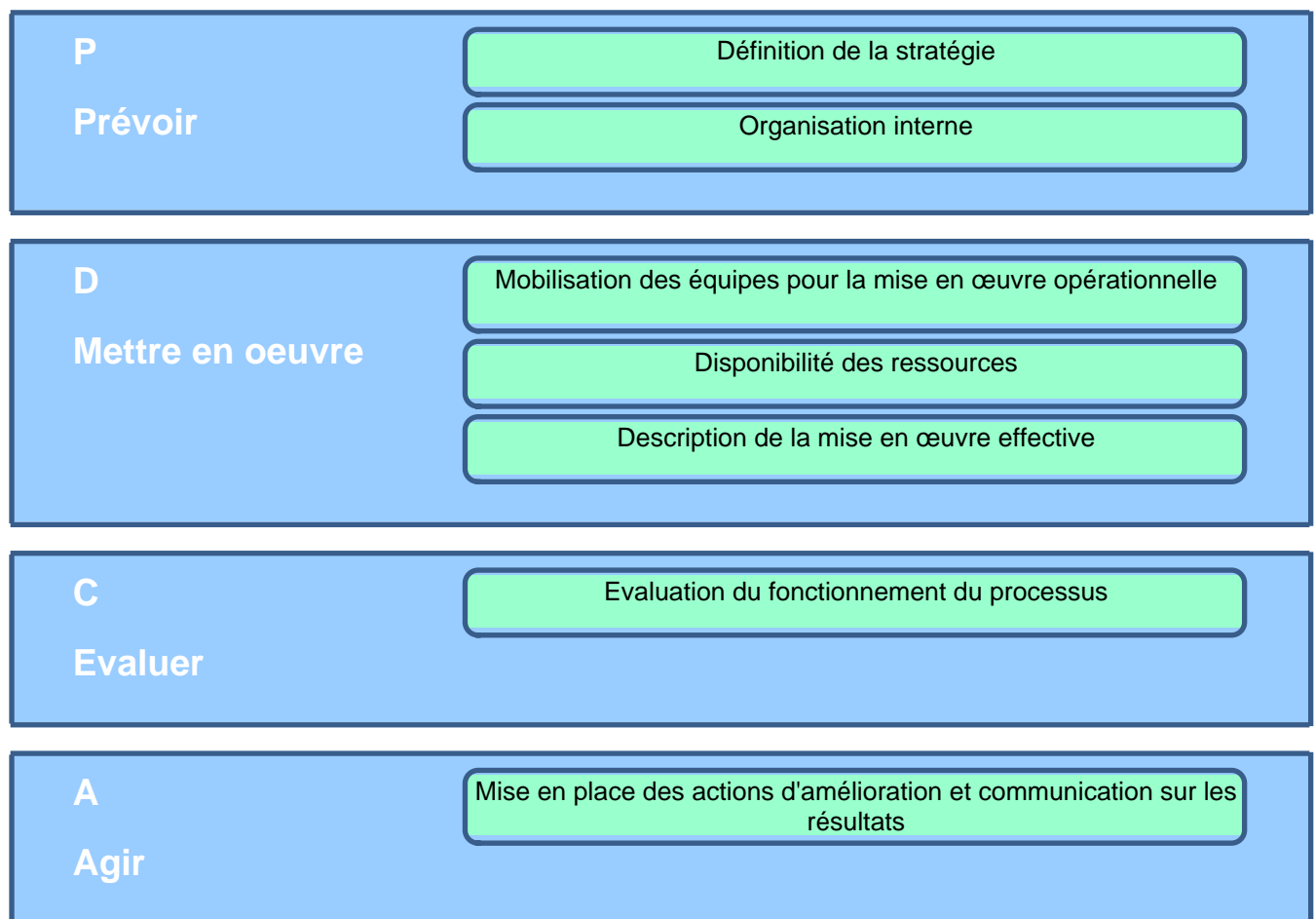
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier d'Aubagne dispose d'un service d'urgences dont un SMUR couvrant les urgences générales (ex : AVC, AIT, neurochirurgie, chirurgie, cardiologie, gynécologie, maternité, chirurgie, médecine, personne âgée, psychiatrie,...), d'un accueil urgences pédiatriques contigu au service de pédiatrie et d'un accueil urgences gynécologie/obstétriques face aux urgences générales. Il dispose également de 4 lits d'UHCD.

Le service des urgences a défini sa politique et ses objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins de la population du bassin PACA, du contexte et d'une analyse de ses risques. Validée par les instances concernées, la stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé. Les besoins et les risques identifiés dans la cartographie réalisée sont inclus dans le programme d'amélioration de la qualité et dans le compte qualité du service.

La prise en charge spécifique selon le motif et le mode d'entrée et l'évaluation d'un degré de vulnérabilité est définie dans cette politique.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est établie pour piloter le service des urgences : le règlement intérieur est défini, l'organisation est coordonnée sur l'ensemble des parcours de prise en charge. Pour le jeune enfant, la traumatologie est gérée au niveau des urgences adultes ; un médecin pédiatre étant présent.

Des conventions sont établies avec les principaux établissements extérieurs partenaires (structures d'aval ou de spécialités).

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Les ressources humaines en compétences sont affectées selon les besoins. Des formations destinées à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux sont organisées notamment pour la formation de l'IOA.

Les procédures et protocoles nécessaires sont formalisés pour chaque type de prise en charge.

L'organisation des urgences est connue de l'ensemble des acteurs de l'établissement et du territoire. L'organisation établie peut être revue en cas de besoins particuliers identifiés comme lors de périodes critiques comme celle d'hôpital en tension. Une entrée spécifique est dédiée pour l'accueil de personne en garde en vue accompagnée de la police.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité, notamment avec le service de biologie et de radiologie. Des plans d'organisation en urgence sont établis (plan de secours, plan canicule, plan Ebola,...).

La prise en charge spécifique selon le motif et le mode d'entrée et l'évaluation d'un degré de vulnérabilité est définie; Le parcours du patient est tracé en temps réel et suivi par les professionnels sur le logiciel interne

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La chef de service, accompagnée du cadre de santé et d'une équipe pluridisciplinaire, est chargée du déploiement opérationnel du programme d'action dans le service. Ce programme est surtout un support pour les responsables du management.

Les professionnels sont sensibilisés sur les risques identifiés ou sur le processus urgences. Les réunions mensuelles et les réunions ponctuelles de service facilitent la transmission des informations et les mesures correctives.

Le service est doté d'un logiciel permettant de suivre l'avancée du patient au sein du service ainsi que le stade de prise en charge (attente bilan, radio, pansement,...). Le patient est suivi par le même médecin tout au long de son parcours.

Le délai de prise en charge est annoncé verbalement et affiché par papier sur la vitre d'accueil lorsqu'il y a affluence.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

les différentes urgences (urgences générales, urgences gynéco-obstétriques, urgences pédiatriques) de l'établissement disposent des ressources en compétences nécessaires soit au sein de leur service soit sur appel (ex : avis par l'équipe mobile d'évaluation gériatrique, avis psychiatrique).

Au sein des urgences une organisation est en place pour une présence médicale et soignante sur chaque salle ou zone de prise en charge.

Les professionnels suivent des formations spécifiques et complémentaires à la gestion des urgences.

Toutes les infirmières tournent sur les différents postes de travail et effectuent des sorties avec le SMUR. Un temps d'adaptation sur chaque poste a été au préalable défini et validé.
 Les protocoles sont accessibles à tous moment dans le CID et la documentation plus spécifiques aux urgences.
 Les locaux, le matériel et les équipements sont adaptés aux besoins du service et en dotation satisfaisante. Le matériel est contrôlé chaque jour selon une check list. Un projet a été acté pour modifier et agrandir l'espace accueil debout ; le financement est attendu.
 Un choix a été fait pour doter le service d'urgences de quelques lits afin d'éviter pour une personne fragile une attente prolongée sur un brancard. Le service est doté de sanitaires dont 2 douches pour les patients. Aux urgences obstétricales, une table chauffante est toujours prête pour accueillir un nouveau né. Les 3 tables sont équipées du matériel adéquat. Le service dispose d'une couveuse vérifiée chaque jour.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs des urgences mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement de la prise en charge et le management interne. Le patient est suivi par le même médecin tout au long de son parcours.
 Le délai de prise en charge est annoncé verbalement et affiché par papier sur la vitre d'accueil lorsqu'il y a affluence.
 La confidentialité et le respect de la dignité du patient sont respectés.
 La disponibilité en lits sur l'établissement est recherchée 3 fois par jour.
 Un contact téléphonique est toujours établi avant transfert dans l'unité si hospitalisation. L'UHCD permet un suivi, un confort et limite les hospitalisations. L'équipe mobile d'évaluation gériatrique intervient pour avis dans le service.
 Lors de situation d'hôpital en tension, une réorganisation est faite à partir des locaux d'ambulatoire. Les ressources sont affectées selon les besoins. La cellule de crise se réunit chaque jour au cours de cette période.
 Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles que ce soit pour les services biologie et radiologie ou pour les services logistiques.
 Les résultats arrivent par fax pour la biologie, et sur un écran permettant la lecture des images pour la radiologie. Le service est également doté d'un portable pour lecture de CD scanner et envoi pour lecture
 La traçabilité est assurée dans le dossier patient des urgences (URQUAL). Une feuille de synthèse est éditée et jointe lors de transfert vers une unité.
 Les diverses réunions organisées facilitent la communication entre chaque acteur interne au service mais aussi entre secteurs.
 Aux urgences pédiatriques, dès l'accueil l'enfant est conduit dans un box avec son accompagnant. La prise en charge est assurée dans une ambiance favorable pour des soins sans contention (animation, décor ludique facilitant la distraction).
 Aux urgences obstétricales, l'organisation est déclenchée dès l'annonce de l'arrivée d'une parturiente.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure la réalisation des tableaux de bord d'activité. La chef de service développe des outils plus descriptif afin d'affiner l'analyse (par exemple : nombre de passages avec type et lieu d'orientation, sortie, typologie des hospitalisations,...). Le registre des plaintes est suivi.
 Les réunions mensuelles et la proximité d'exercice permettent de développer une réactivité à l'analyse des situations critiques et aux réponses à apporter. Tous les décès sont analysés au cours de la RMM mensuelle.
 Des EPP sont développées (ex : prise en charge thérapeutique, prise en charge en fin de vie, CAT lors de traumatisme crânien, accueil nouvel arrivant et valeurs professionnelles,...). En urgences obstétricales, une EPP aborde la prise en charge lors d'une césarienne et délai décision/naissance.
 Les RMM contribuent à l'analyse et l'évaluation sur des points du parcours patient aux urgences.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration mises en oeuvre suite aux évaluations et aux constats menée. La diffusion des résultats est réalisée lors de réunions mais aussi au niveau des instances dont la COVIRISQ pour les EPP.
 Ainsi, suite aux évaluations, le programme de formation pour les urgences pédiatriques prévoit des formations sur l'aspect animation, hypnose et relaxation afin d'éviter la contention lors des soins invasifs. L'EPP en urgence maternité a permis de réduire les délais de prise en charge lors de césarienne.
 Les actions développées sur des problématiques non relevés dans le compte qualité restent à intégrer le bilan global du service et de communiquer avec les usagers (CRUQPC).

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

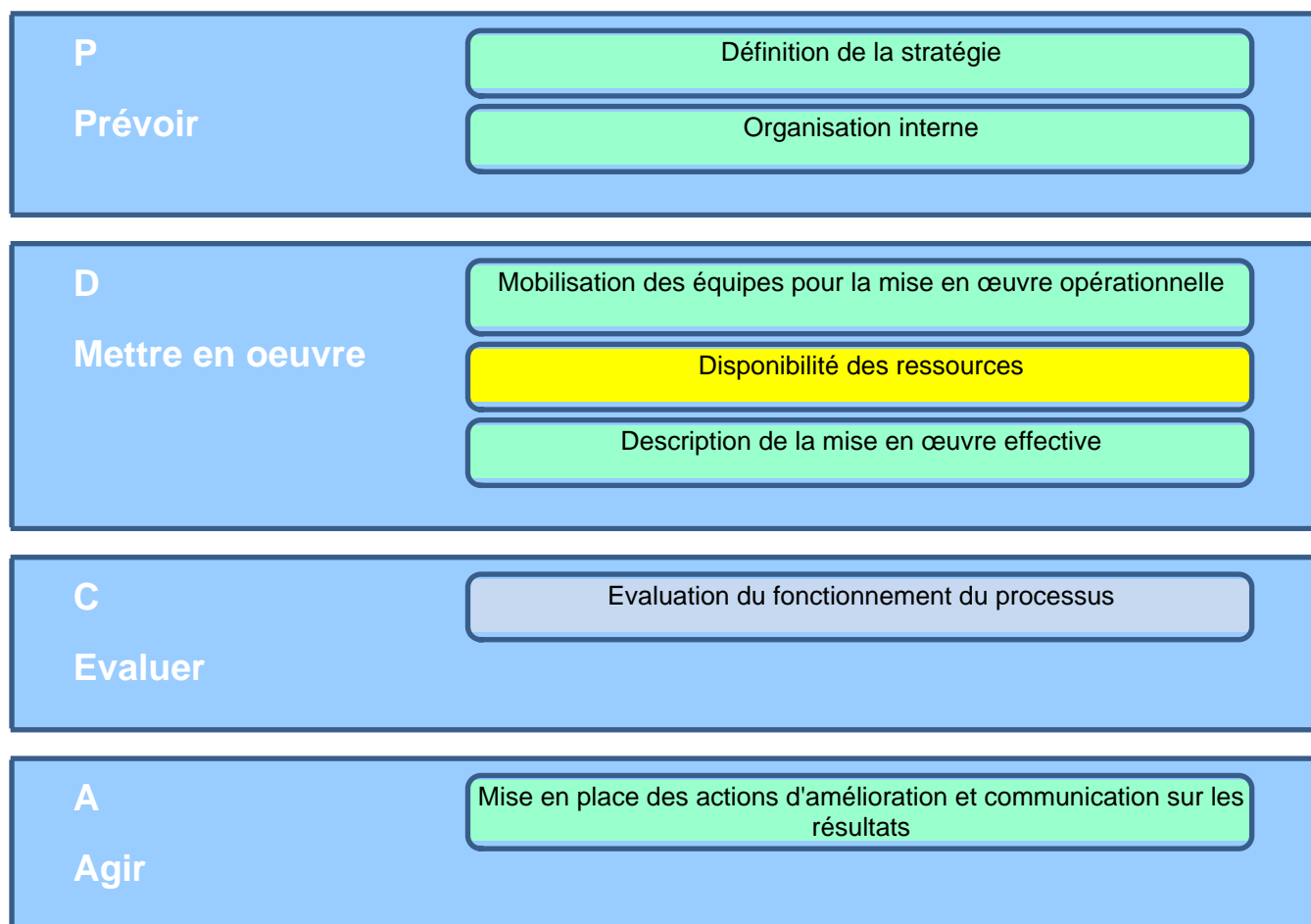
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie générale de management de la qualité et de la sécurité définie au niveau du Pole Chirurgie (CARC). La stratégie en matière de chirurgie ambulatoire est articulée avec celle du bloc.

Les stratégies sont validées par les différentes instances et comprennent des objectifs et des indicateurs mesurables.

Elles prennent en compte les orientations du plan national sur la sécurité du patient, les politiques régionales avec des orientations en matière de chirurgie ambulatoire, menées par l'ARS et la politique de management de la qualité et de la sécurité de l'établissement en s'appuyant sur la dernière procédure de certification, la conformité à la réglementation, l'écoute des professionnels du bloc et l'avis des membres des instances, les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les revues de morbi-mortalité (RMM).

Elles sont définies en lien avec l'analyse des besoins, l'analyse des risques et leur hiérarchisation.

L'analyse des risques et l'identification des besoins est réalisée au regard des différents circuits de prise en charge (chirurgie programmée, chirurgie ambulatoire et urgence). Les risques sont hiérarchisés et permettent de définir des programmes d'amélioration pour la prise en charge des patients.

Ces programmes d'actions préventifs et de surveillance précisent, pour chaque action, les modalités de suivi avec des objectifs opérationnels (responsabilité, planification des action et communication des résultats).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés.

Les missions et l'organisation du conseil de bloc sont définies et formalisées (composition, rôle et responsabilités de ses membres, fonctionnement, positionnement par rapport aux différents blocs et connues des professionnels).

Une responsable est désignée pour réguler les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens humains et matériels dans le cadre du programme opératoire, assure la coordination et le respect des règles définies dans la charte de bloc et dispose de la maîtrise des moyens et des informations nécessaires pour remplir sa mission.

La démarche qualité est en place. Elle comprend l'engagement de la direction, l'existence d'un système documentaire entretenu, le management avec les responsabilités, l'organisation du travail, l'organisation de la communication interne, la gestion des événements indésirables, les outils de suivi et d'évaluation en vue des actions d'amélioration.

La charte de fonctionnement du bloc définie et validée par le conseil de bloc établit les responsabilités, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, ainsi que les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires. Elle est actualisée et diffusée aux professionnels.

Au niveau de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), le rôle et les responsabilités des professionnels sont définis. Il existe une charte de fonctionnement de l'UCA actualisée. Un médecin coordonnateur de l'UCA a été désigné.

Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques du projet médical du pôle CARC.

Les besoins en formation initiale et continue identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés à travers les entretiens d'évaluation.

Les besoins et actions de formation sont intégrés dans le plan de formation global de l'établissement (identitovigilance, déclaration et l'analyse collective des EI/EPR, radioprotection, hygiène et lutte contre les infections nosocomiales, utilisation du matériel et mise en œuvre des procédures)

Des modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants sont définies et s'accompagnent d'un tutorat efficient.

Les processus interventionnels de prise en charge du patient en pré, per et postopératoire incluant la gestion des interfaces avec les professionnels extérieurs en chirurgie ambulatoire sont élaborés au regard des différentes catégories de populations (dont les enfants), des pathologies traitées et au regard des différents circuits de prise en charge (programmée ou non programmée, chirurgie ambulatoire).

Les procédures utiles sont identifiées, formalisées, et intégrées au dispositif de gestion documentaire. Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés.

Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition.

Les supports d'information des patients sont identifiés et élaborés avec les professionnels concernés, mis à leur disposition à travers un « dossier de préhospitalisation » (document d'information sur le rapport bénéfice/risque de l'intervention, sur les consignes à suivre avant l'intervention, préparation à l'intervention, gestion des traitements, jeûne) et un « passeport ambulatoire » pour la chirurgie ambulatoire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du bloc et de l'UCA par l'intermédiaire du cadre du bloc, du cadre du pôle en charge du secteur d'anesthésie et du responsable de l'UCA se sont saisis des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins au bloc opératoire.

Ils communiquent auprès de leurs équipes sur la politique de management de la qualité et de la sécurité, ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats.

Ils impulsent une démarche d'amélioration au sein de leurs secteurs, communiquent sur le suivi des plans d'actions et l'atteinte des objectifs.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures et protocoles, consignes des organisations mises en place).

Les dysfonctionnements sont débattus en conseil de bloc qui se réunit bimestriellement, sont l'objet d'une analyse et sont suivis des actions correctives en cas de besoins.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies, connaissent les objectifs en matière de sécurité des soins et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Elles participent à l'élaboration des protocoles et des documents utiles à leur activité ainsi qu'aux déclarations des EIAS. Elles ont accès aux résultats des indicateurs du secteur du bloc opératoire et de l'UCA ainsi qu'aux évaluations réalisées notamment celles concernant la satisfaction des usagers.

Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs du bloc, de la SSPI et UCA. Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge. Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge du patient.

Les professionnels en poste sont formés.

Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés après un accompagnement sous forme de tutorat et d'une évaluation des compétences.

Les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour.

Le programme opératoire est informatisé et actualisé au fil de l'eau, accessible aux professionnels et lisible sur les nombreux écrans situés aux endroits stratégiques du bloc et de la SSPI.

Les professionnels savent où trouver et connaissent les procédures à suivre en cas de défaillance électrique, d'un équipement, de défaillance sur les circuits de fluides médicaux, de vide, d'eau...

Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible notamment au niveau d'une salle de réanimation spécifique pour nouveau-né.

L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé (médicaments, DM implantables ou non, produits sanguins) permet de répondre aux besoins et à l'activité (activités programmées ou non programmées, population particulière de patients comme les enfants avec des anesthésistes formés à la pédiatrie).

Les professionnels soignants disposent de toutes les informations nécessaires à leur activité à travers un serveur spécifique actualisé entretenu par l'encadrement et une boîte mail spécifique.

La configuration des locaux du bloc est adaptée au mieux aux contraintes architecturales (surface et localisation des salles d'opération et de la SSPI, vestiaires, salles d'induction, locaux de décontamination, locaux de stockage) pour prendre en compte les besoins, les risques et la réglementation.

Les principales zones du bloc sont définies (circulation, stockage, intervention) ainsi que les règles de circulation et d'habillage dans les différentes zones.

Les mesures pour assurer la qualité et la sécurité du patient sont organisées : hygiène des locaux, gestion de la qualité de l'eau et des gaz médicaux.

Il existe un dispositif adapté d'entretien et de maintenance curative et préventive. La gestion des travaux est organisée en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.

L'UCA est aisément identifiable et dispose de moyens dédiés en locaux et matériels.

Les différents circuits (patients, professionnels, matériels) sont organisés en prenant en compte les risques.

Le système d'information au niveau du bloc, de la SSPI et UCA est opérationnel à travers un logiciel métier. Le système d'information permet un accès aux informations en temps réel pour l'ensemble des acteurs tout au long de la prise en charge du patient. Il est intégré au système d'information hospitalier.

Le risque lié aux agents transmissibles non conventionnels (ATNC) est pris en compte.

L'interface avec la stérilisation et la pharmacie est organisée et formalisée au niveau du bloc :

La gestion de l'approvisionnement en dispositifs médicaux Implantables (DMI) et les médicaments (notamment stupéfiants) et la gestion des péremptions est organisée et formalisée.

La gestion du linge, la gestion des déchets, le circuit de traitement des examens de biologie médicale, d'anatomocytologie et l'imagerie sont organisées et formalisées au niveau bloc.

Toutefois, les classes ISO ne sont pas toutes conformes. En effet, lors du parcours et de l'examen du rapport du contrôle externe des paramètres aéroliques par le prestataire externe, il est apparu une non-

conformité sur la classe ISO de type 6 pour des salles dédiées à la chirurgie orthopédique.
De plus, la surface et la configuration de la SSPI ne respectent pas la réglementation. En effet, la SSPI comprend 4 postes équipés pour cinq salles d'intervention chirurgicale et d'endoscopie ce qui ne correspond à la réglementation sur l'adéquation des postes de SSPI au regard du nombre de salle d'opérations.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le management du bloc opératoire et du pôle CARC assure la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus de la prise en charge au bloc opératoire :

- entre le bloc et les services cliniques dont unité de chirurgie ambulatoire et le service de réanimation ou de l'USC,
- entre le bloc et les secteurs médicotechniques (techniques et logistiques) .

Les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical présents au bloc opératoire et en SSPI sont adéquats et concordants avec le planning opératoire défini.

La mise en place des circuits est effective : circuit des patients (dont circuit enfant, chirurgie ambulatoire), circuit des professionnels, circuit du matériel, circuit du linge, circuit des déchets.

La maîtrise du risque infectieux est effective. Il existe une zone de transfert pour les patients, les circuits propres et sales sont conformes, la surpression dans les salles est maintenue et contrôlée, les portes restent fermées, la mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène dans les différentes zones du bloc (hygiène des mains, port d'un couvre-chef et du masque, pas de port de bijou, règles d'habillement, limitation du nombre de personnes dans la salle d'opération et des entrées/sorties pendant l'intervention, etc.) est effective. Le nettoyage des salles d'opération est réalisé et tracé selon la procédure définie après chaque intervention et en fin de journée.

Les contrôles de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés.

Les conditions de travail et le climat relationnel au niveau du bloc favorisent la collaboration et la communication entre professionnels organisée régulièrement lors de réunion bimestrielle. Le Conseil de bloc se réunit à périodicité bimestrielle.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien : contrôles en salles opératoires (fiche/registre d'ouverture de salle), identification des patients, fiches de préparation de chaque intervention (installation, matériel), traçabilité des DM implantés et des actes opératoires).

Le brancardage vers le bloc opératoire et l'accueil au bloc opératoire est réalisé dans des conditions adéquates (intimité, sécurité, confidentialité).

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.

La permanence des soins est assurée au bloc opératoire et en SSPI .

La planification des vacances est effective, la validation du programme par un staff tripartite est effective.

Le programme opératoire est régulé au quotidien par le responsable de la régulation.

Les dysfonctionnements (déprogrammations, etc.) sont suivis, analysés, et donnent lieu à des actions d'amélioration.

Les professionnels participent en équipes pluri professionnelles/pluridisciplinaires aux RMM .

Les interfaces entre le bloc et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises au bloc (dossier chirurgical, dossier d'anesthésie, fiche de liaison secteur/bloc) et incluent les informations médicales issues de la consultation chirurgicale et les informations sur la visite pré anesthésique.

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre signée par le coordonnateur, le chirurgien et l'anesthésiste et tracée dans le dossier, tous les items ont été vérifiés, les « non-conformités » éventuelles sont tracées.

La prise en charge chirurgicale per-opératoire (heure d'entrée en salle, heure d'incision, type d'installation, identification des intervenants, dispositifs médicaux implantés et actes réalisés, temps opératoires et dysfonctionnements s'il y a lieu) est tracée dans le logiciel de bloc.

La sortie de SSPI est validée par le médecin selon la procédure définie. Les informations sur la sortie du patient de SSPI figurent dans le dossier patient et dans le logiciel dédié à la prise en charge médicamenteuse (heure de sortie, autorisation de sortie, prescriptions).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire est évalué régulièrement lors des conseils de bloc.

Cette évaluation globale de la qualité et de l'efficacité du processus est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues du bloc et sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle du bloc et de l'UCA.

L'efficacité des actions permet d'identifier :

- les points critiques nécessitant une surveillance particulière,
- les dysfonctionnements répétitifs,

• les mesures complémentaires à prendre pour la révision des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il existe un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs inspiré des recommandations de l'ANAP.

Le suivi régulier des indicateurs au niveau du bloc opératoire et UCA permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux

L'analyse des indicateurs et des fiches d'événements indésirables (RMM) donnent lieu à des actions d'amélioration.

Le retour d'expérience est organisé lors des réunions du conseil de bloc et des RMM des services.

Des plans d'actions correctives sont définis et mis en œuvre en utilisant le Compte Qualité .

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs médico économiques fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et du pôle médical (CARC).

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du bloc et celui en chirurgie ambulatoire est réalisé, au minimum une fois par an dans le rapport d'activité du pôle CARC.

A / AGIR

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

Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du bloc et celui de la chirurgie ambulatoire sont réajustés en fonction des résultats des évaluations (EPP, RMM), de l'analyse des EIAS et de l'analyse des tableaux de bord avec de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables qui sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints.

Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée, en lien avec les professionnels du secteur opératoire et de l'UCA et sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

La communication est assurée d'une part aux professionnels du secteur lors de réunion régulière qui ont lieu lors d'une demi-journée, une fois tous les deux mois, à l'occasion de la fermeture du programme opératoire pour maintenance du bloc et d'autres part à l'échelle de l'établissement, à la direction qualité et aux usagers à travers le plan d'amélioration Qualité, le tableau de suivi des EPP et le journal du COVIRIS « Risques Infos ».

Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, au niveau du bloc et de l'UCA.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	La surface et la configuration de la SSPI ne respectent pas la réglementation. En effet, la SSPI comprend 4 postes équipés pour cinq salles d'intervention chirurgicale et d'endoscopie ce qui ne correspond à la réglementation sur l'adéquation des postes de SSPI au regard du nombre de salle d'opérations.	26a
	NC	Les classes ISO ne sont pas toutes conformes. En effet, lors du parcours et de l'examen du rapport du contrôle externe des paramètres aéroliques par le prestataire externe, il est apparu une non conformité sur la classe ISO de type 6 pour des salles dédiées à la chirurgie orthopédique.	26a

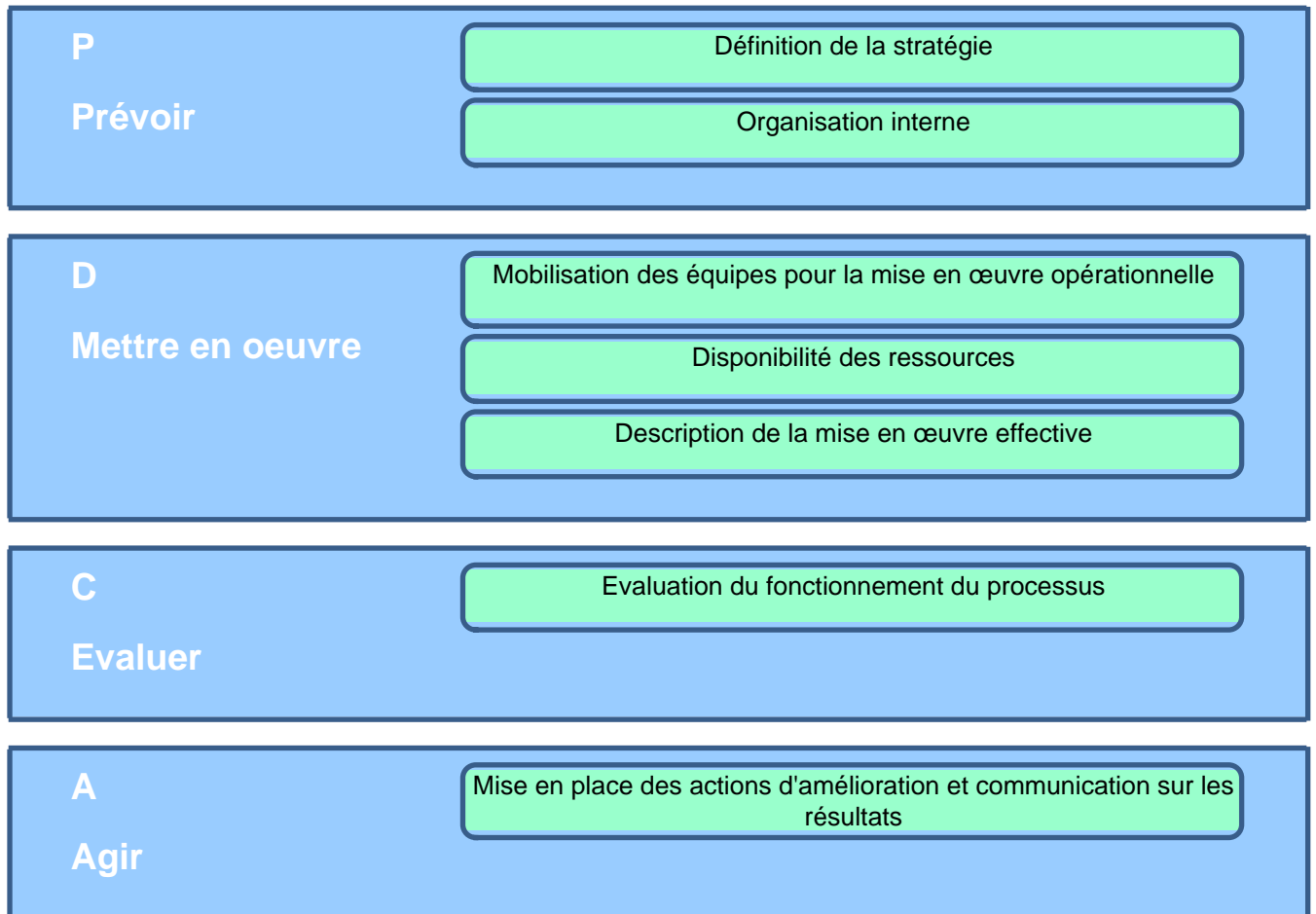
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité des endoscopies digestives et bronchiques est incluse dans le projet d'établissement 2011-2015. Il a développé conformément aux objectifs inscrits le CPOM les endoscopies ORL, les cystoscopies et l'ETO (écho endo œsophagienne)

Les analyses des risques incluent dans le Compte qualité ont permis de répertorier les risques et de prioriser les actions d'amélioration dans chacun des secteurs pratiquant des endoscopies dans le cadre d'un programme d'actions préventives et de surveillance en lien avec la cellule qualité. Les analyses de risque pour le compte qualité ont été effectuées par les cadres. Pour l'endoscopie ORL et urologique, les documents ont été ensuite soumis à la validation médicale. En endoscopie digestive le médecin responsable de la structure a participé aux analyses. Les plans d'actions en lien avec les besoins et risques identifiés ont été transmis aux professionnels des services qui les mettent en oeuvre.

Toutefois, Il n'existe pas de stratégie spécifiquement dédiée aux endoscopies sur l'ensemble de ce processus. L'analyse des risques pour les ETO a été traitée en commun avec l'endoscopie ORL et urologique urologiques. Lors du parcours, il a été indiqué par l'IDE référente que l'analyse des risques spécifique pour l'activité ETO n'est pas effective et il n'existe pas de document formalisé dans ce domaine. Cependant, des analyses de risque plus précises ont été également réalisées pour l'ORL et l'urologie à partir de l'analyse étape par étape de la prise en charge du patient. En outre, le pilote du processus et l'ingénieur qualité s'est tenue pour poser les modalités de sa réalisation et procéder à l'état des lieux de la documentation du processus.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est réalisé au niveau du pôle : les endoscopies digestives, bronchiques, et les endoscopies ORL et cystoscopies sont intégrées dans le pôle CARK, les ETO dans le pôle médecine.

Les endoscopies digestives et bronchiques nécessitant une anesthésie sont effectuées pour l'hospitalisation complète et ambulatoire dans une salle dédiée située dans le bloc opératoire. La SSPI est commune avec le bloc. La coordination opérationnelle est assurée par un médecin gastro-entérologue et le cadre de santé du bloc opératoire qui est aussi en charge de la salle d'endoscopie.

Les endoscopies ORL et les cystoscopies sont réalisées en externe dans des salles dédiées en dehors du bloc.

Les ETO, effectuées uniquement pour des patients hospitalisés se déroulent dans la salle d'échographie cardiaque située dans le service de cardiologie pneumologie.

Les missions des personnels IDE et ASD intervenant dans les secteurs d'endoscopie sont définies dans leur fiche de poste. Le plan de formation est élaboré

Les interfaces sont opérationnelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité organise le déclinaison du programme institutionnel d'actions préventives et de surveillance concernant les endoscopies.

Toutefois, les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs, en lien avec les risques et les actions du compte qualité. En effet, la démarche institutionnelle a positionné l'encadrement pour réaliser l'analyse de risque et pour définir les plans d'actions. Lors de l'entretien avec les pilotes, il a été indiqué que l'analyse des risques est réalisé par les pilotes ou les cadres sans participation effective des professionnels. Les professionnels ne se sont pas appropriés les objectifs et plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et personnels sont disponibles sur l'ensemble des secteurs pratiquant l'endoscopie. En effet, au bloc, tous les IDE sont polyvalents sur toutes les salles

Pour le nettoyage désinfection des endoscopes digestifs le personnel dédié suit une journée de formation externe « hygiène en endoscopie » et une période de tutorat.

Les IDE rattachées aux consultations externes sont formées concernant leur rôle en endoscopies, notamment pour le nettoyage et la désinfection du matériel : il en est de même pour l'IDE affectée au secteur pratiquant les ETO.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures rédigées avec l'aide de l'équipe opérationnelle d'hygiène, actualisées, validées par le CLIN et accessibles dans le logiciel de gestion documentaire.

Les protocoles et procédures sont disponibles sur l'intranet elles sont connues et appliquées par les

professionnels. Chaque secteur dispose d'une gestion documentaire adaptée à ses spécificités disponible sur l'intranet de l'établissement (CID)

Le contrat de maintenance préventive et curative des endoscopes est suivi par l'ingénieur et le technicien biomédical.

La disponibilité des comptes rendus d'endoscopie est assurée par leur mise à disposition sur un serveur bureautique accessible à chaque instant aux corps médical sur tous les postes informatiques de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels exerçant dans les secteurs d'endoscopie connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement.

L'organisation du stockage des endoscopes, des dispositifs médicaux, des consommables du secteur de traitement et désinfection des endoscopes a été réalisée en fonction des contraintes architecturales fortes tout en respectant les recommandations de bonnes pratiques.

Les protocoles de désinfection décontamination et le type de désinfection en fonction du matériel et du risque sont connus et la traçabilité des interventions et du traitement du matériel est effective dans tous les secteurs d'endoscopie.

Le plan de prélèvements bactériologiques des endoscopes est réalisé par l'EOH. Les résultats sont reçus et archivés par la cadre de bloc et les IDE des secteurs externes qui déclenchent les mesures correctives à prendre en cas de résultat non conforme.

Des actions correctives immédiates sont prises en cas de dysfonctionnements.

Le risque ATNC est pris en compte et tracé dans le logiciel de bloc.

La check-list spécifique bloc d'endoscopie est opérationnelle.

En endoscopie digestive, il existe une programmation quotidienne des endoscopies et le personnel est dédié selon un planning préétabli. La réalisation des endoscopies en urgence peut amener à réajuster le planning de la salle, c'est la cadre de bloc qui gère la reprogrammation des patients.

La réalisation des endoscopies en dehors des heures d'ouverture de bloc est organisée et repose sur le personnel d'astreinte du bloc disponible 24h/24.

Les endoscopies en externe sont toujours programmées, les ETO sont effectuées selon les besoins des patients hospitalisés.

Les événements indésirables graves sont recueillis et traités dans les RMM du pôle médecine.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement du processus a été réalisée en 2015 par la participation de l'établissement à l'audit national du GREFIH. Les résultats récemment arrivés n'ont pas encore été diffusés dans l'établissement.

En endoscopie digestive une étude rétrospective menée sur 30 dossiers de coloscopie réalisés dans le service durant les mois d'août et septembre 2015 a été effectuée ayant pour objectif d'améliorer la qualité des comptes rendus.

Les médecins endoscopistes digestifs participent aux RMM du pôle médecine.

L'évaluation de l'utilisation et de la qualité du remplissage de la check list au bloc opératoire englobe l'évaluation de la check list d'endoscopie.

L'audit en endoscopie ORL plus ancienne, date de 2008.

L'activité d'endoscopie urologique commence à être évaluée par la mise en place d'une check list post cystoscopies (évalue si les docs cystoscopie ont été communiqués au patient en amont, si le c courrier a été remis au patient, la surveillance post cysto, consignes données au patient.)

Les événements indésirables graves sont suivis.

A / AGIR

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

Suite aux évaluations des points d'amélioration ont été identifiés comme par exemple la standardisation de certains éléments dans le compte rendu d'endoscopie, l'action corrective concerne la prise et gestion d'anticoagulant et conduite à tenir).

L'analyse des risques sur le processus de prise en charge en endoscopie a également donné lieu à des actions d'amélioration : mise en place d'un triptyque d'information sur la cystoscopie, la check-list postcystoscopie, mise en place d'un protocole de nettoyage des salles d'examen entre chaque examen et global.

Les résultats des évaluations sont communiqués aux services.

Les professionnels mettent en œuvre les actions d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	<p>Il n'existe pas de stratégie spécifiquement dédiée aux endoscopies sur l'ensemble de ce processus</p> <p>L'analyse des risques pour les ETO a été traité en commun avec l'endoscopie ORL et urologique urologiques. Lors du parcours, il a été indiqué par l'IDE référente que l'analyse des risques spécifique pour l'activité ETO n'est pas effective et il n'existe pas de document formalisé dans ce domaine. Cependant, des analyses de risque plus précises ont été également réalisées pour l'ORL et l'urologie à partir de l'analyse étape par étape de la prise en charge du patient. En outre , le pilote du processus et l'ingénieur qualité s'est tenue pour poser les modalités de sa réalisation et procéder à l'état des lieux de la documentation du processus.</p>	8d
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	<p>Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs, en lien avec le risques et les actions du compte qualité.</p> <p>En effet, la démarche institutionnelle a positionné l'encadrement pour réaliser l'analyse de risque et pour définir les plans d'actions. Lors de l'entretien avec les pilotes, il a été indiqué que l'analyse des risques est réalisé par les pilotes ou les cadres sans participation effective des professionnels. Les professionnels ne se sont pas appropriés les objectifs et plans d'actions.</p>	26b

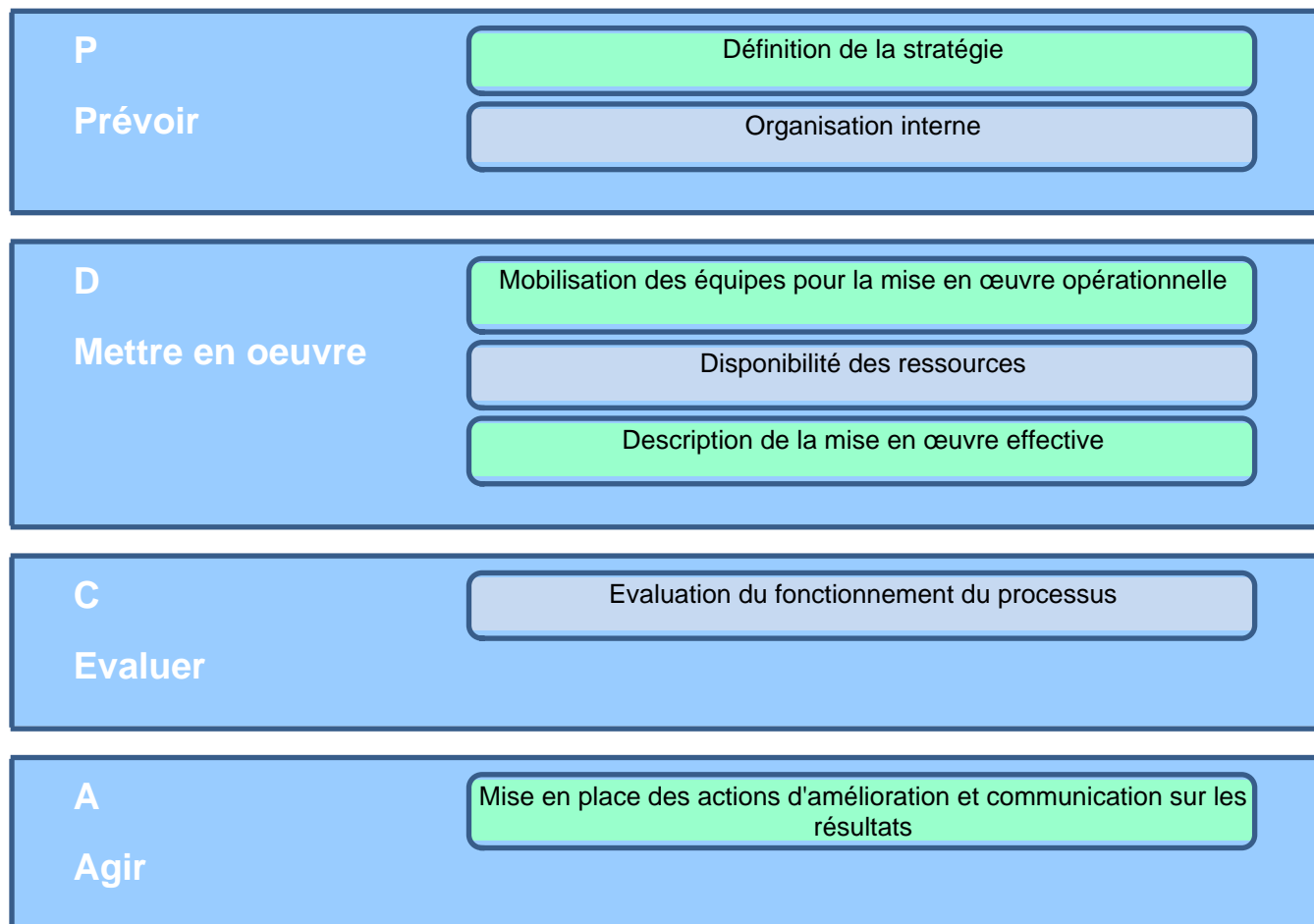
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

Il existe une stratégie et des objectifs élaborés en prenant en compte le niveau de risque fœto-maternel en rapport avec le type de la maternité 1b de 16 lits avec un service de pédiatrie au sein de l'établissement et les collaborations et partenariats inter établissements. Cette stratégie, validée par les instances concernées (CME et pole Mère Enfant), en conformité avec le CPOM, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. L'établissement assure la prise en charge des grossesses et accouchement physiologiques et la prise en charge des nouveau-nés et/ou de futurs nouveau-nés ne nécessitant pas de prise en charge spécifique chirurgicale ou de mesures de réanimation particulières et prévisibles à la naissance.

Outre les exigences législatives et réglementaires applicables à l'activité de soins d'obstétrique, la démarche qualité et sécurité des soins a permis d'identifier, d'analyser et de hiérarchiser ses processus à risque en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance tracé dans le Compte Qualité avec des objectifs précis et opérationnels en s'appuyant sur :

- les actions correctives prescrites à l'issue des inspections et des contrôles (visite de risques de l'assureur de l'établissement en 2013)
- les résultats de la précédente procédure de certification des établissements de santé V2010Obstétrical et la Charte Staff EPP
- les besoins en partenariats interne et externe, notamment dans le réseau de périnatalité (maternité affiliée au Réseau Méditerranée PACA Corse Monaco)
- les opportunités d'amélioration identifiées à partir :
 - o du rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge,
 - o des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, en particulier ceux concernant la prévention et la prise en charge immédiate de l'hémorragie du post-partum.

ORGANISATION INTERNE

Une démarche qualité documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge du patient est en place. La Maternité est affiliée au Réseau régional de santé périnatal formalisé (Réseau Méditerranée Paca Corse Monaco). Elle dispose d'un accueil au service des urgences générales qui oriente les femmes immédiatement vers l'obstétrique ou d'un accueil direct à la maternité par un système spécifique d'appel.

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus du secteur naissance. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

L'organisation des activités, en lien avec la sage-femme cadre du secteur et le médecin chef de service, et la démarche qualité et sécurité des soins, en lien avec la gestion des risques de l'établissement, sont décrites dans un Manuel Qualité Secteur Naissance et une Charte de fonctionnement du bloc obstétrical à disposition des professionnels sur le serveur informatique CID et dans un Classeur bloc obstétrical.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

L'organisation des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité notamment la pédiatrie, particulièrement en cas d'urgence obstétricale. Le plan de formation est élaboré.

Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.

La maternité adhère à la charte du réseau de santé périnatal. Les collaborations inter-établissements sont formalisées au sein de conventions afin d'assurer l'orientation pendant la grossesse et les transferts en urgence in utero ou lors du post-partum.

- Convention avec le Réseau Périnatal Méditerranée
- Convention avec la CPAM pour le PRADO (programme de retour à domicile)
- Convention avec les services de PMI
- Convention Conseil Département / pour grossesses risques et Acct. sous secret (SARO)
- Collaboration de fonctionnement avec le DAN (diagnostic anté natal) CHU Timone
- Collaboration de fonctionnement avec la maternité de la Conception CHU Marseille

Les collaborations avec le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), adulte et pédiatrique et le service d'aide médicale urgente (SAMU) sont également formalisées.

L'obtention en urgence des produits sanguins labiles (PSL) est organisée via un dépôt de sang (autorisé et conventionné avec l'Établissement français du sang – EFS)

La mesure immédiate du taux d'hémoglobine, d'hématocrite ainsi que des tests de la coagulation et de la gazométrie, des lactates, de la glycémie est en place. Les examens d'imagerie (échographie), y compris en urgence, sont organisés.

La production des éléments concourant aux résumés d'unité médicale est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans le secteur de la salle de naissance et sur le processus dans une approche managériale participative avec délégation pour les activités transversales.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin à partir du recueil des dysfonctionnements et du suivi des indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences humaines (effectifs, formation), matériel locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles et effectives.

Le cadre du service, responsable identifié régule les activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

Le secteur naissance comprend :

- 2 salles de pré travail,
- 3 salles d'accouchement,
- 3 points d'accueil pour observation et soins immédiats aux nouveau-nés pour réanimation néonatale,
- 1 salle de césarienne à proximité immédiate des salles de naissance en conformité avec le CSP et dotée d'une salle de d'accueil et de soins néonatalogie,
- 1 salle de chirurgie obstétricale disponible pour toute urgence obstétricale au bloc central (ou césarienne programmée) dotée d'une salle d'accueil et de soins néonatalogie.

Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux, élaborés par l'équipe opérationnelle d'hygiène et validés par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Protocoles CLIN /CID) sont disponibles et appliqués par les professionnels. Le nettoyage et l'entretien des points d'eau ainsi que l'hygiène du matériel réutilisable (ballons, coussins) sont assurés.

Les protocoles d'antibioprophylaxie applicables respectivement avant chirurgie, en cas de comorbidité maternelle à haut risque (cardiopathies) et en prévention per-partum de l'infection à streptocoque B (chez les femmes dépistées positives) sont disponibles et respectés. L'organisation des circuits de prise en charge en cas d'infection suspectée ou avérée est formalisée (Procédure isolement et fiches techniques + Livret d'information du patient).

L'imagerie médicale pour les mères et les nouveau-nés est en place : un appareil d'échographie est disponible dans l'unité (appareil situé en salle d'urgences gynéco à coté du bloc obstétrical). L'accès en urgence à d'autres modalités d'imagerie ou à la radiologie interventionnelle vasculaire est organisé, selon les conditions locales (Tel pour embolisation - Réseau Périnatalogie)

Les commandes de matériel et médicaments sont assurés par les auxiliaires de puériculture. Les contrôles de péremption du matériel, des solutés et médicaments sont effectués par les aides puéricultrices de la Maternité ; ces contrôles sont notifiés sur un cahier spécifique laissé dans la salle de soins des nouveau-nés (date, heure, nom agent, vérifications effectuées)

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures et des recommandations de bonnes pratiques issues de documents de référence actualisés et validés tels que les recommandations de la HAS, du CNGOF et de la SHAM, assureur de l'établissement.

Une salle d'intervention pour les césariennes en urgence est à proximité immédiate de la salle de naissance et l'équipe sur place est en capacité d'intervenir en urgence.

Tous les matériels et dispositifs sont immédiatement disponibles et à usage exclusif des salles de travail.

La maintenance des chariots d'anesthésie et du sac d'urgence vitale pour la mère et pour le nouveau-né est réalisée et tracée.

Les protocoles cliniques actualisés et validés sont facilement accessibles aux professionnels à travers un support informatique disponible sur tous les postes informatiques et sur papier dans des classeurs. Il existe une plate forme dédiée et organisée dans laquelle tous les documents sont à disposition des professionnels. En dehors des ASH, tous les professionnels ont une adresse mail personnel.

L'équipe du secteur de naissance est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle : elle est composée de sages-femmes, de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes-réanimateurs, de pédiatres et d'auxiliaires de puériculture. Elle comprend d'autres professionnels : des infirmiers diplômés d'état (IDE) spécialisés pour les urgences obstétricales et césariennes, des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état (IBODE du bloc central et en astreinte la nuit), des infirmiers d'anesthésie diplômés d'état (IADE).

L'accueil des étudiants est organisé (Livret accueil étudiant SF + livret accueil étudiant AP).

La formation continue des professionnels, y compris des nouveaux arrivants, est assurée.

La formation aux urgences obstétricales et néonatales par « exercices de simulation » est réalisée en équipe (Formation à la réanimation néonatale en 2014 / 2015, Formation sages-femmes sur le RCF par E-Learning débutée en 2014, et Formation sur les manœuvres obstétricales prévues pour 2016)

L'utilisation d'outils d'amélioration de la communication entre professionnels, du type SEAD (description de la situation, antécédents, évaluation et demande / affichettes-acronymes près des postes de tel pour appel en urgence) et de la reformulation est développée pour sécuriser la communication.

La gestion du système documentaire est opérationnelle (CID en lien avec le Service Qualité). Les modalités de transmission entre les différentes unités de la maternité sont en place, de même que les moyens de communication avec les autres établissements.

Des supports d'information type des parturientes et des couples (livret d'accueil, fiches de conseils aux futures accouchées et en cas de césariennes programmées) sont proposés sur le site du CNGOF (<http://www.cngof.asso.fr/>).

Un livret accueil spécifique Maternité, qui prend en compte le parcours des patientes dans son ensemble est en cours de finalisation et sera édité prochainement. Un autre livret sur les différentes postures d'accouchement sera bientôt proposé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Les collaborations sont opérationnelles respectivement entre la sage-femme et le gynécologue obstétricien, entre le praticien responsable de l'accouchement, le médecin anesthésiste réanimateur et le pédiatre.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est opérationnelle et efficiente.

La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est assurée, selon la réglementation : les listes de garde et d'astreinte sont établies et les coordonnées des professionnels sont actualisées et accessibles à tout instant pour tous les professionnels concernés

Il existe des temps d'échanges au sein de l'équipe avec un staff quotidien et une réunion hebdomadaire permettant

- L'analyse des accouchements des vingt-quatre dernières heures et des dossiers complexes de femmes enceintes,
- L'analyse des dossiers médicaux avec hiérarchisation des priorités de PEC des déclenchements du travail d'indication médicale et des déclenchements de convenance personnelle. Chaque procédure de déclenchement fait l'objet d'une fiche spécifique écrite et signée avec une réévaluation systématique la veille de la programmation. Toute patiente souhaitant un déclenchement de convenance est informée de la possibilité d'un report de date en cas de surcharge d'activité du service.

- L'identification au fil de l'eau des dysfonctionnements et des écarts au regard des protocoles et le rappel des bonnes pratiques.

Le nouveau-né à terme, normal et sans pathologie, est transféré avec sa mère dans le service des suites de naissances.

L'évaluation de l'adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né à la vie extra-utérine à l'aide du score d'Apgar à une minute et des algorithmes issus des dernières recommandations est immédiate.

Chez le nouveau-né à terme, sain et normal, quel que soit le mode de naissance (voie basse ou césarienne), la sage-femme prodigue les soins immédiats selon le protocole établi, en évitant les gestes invasifs et en respectant les règles standard d'hygiène. Les soins immédiats se font en contact continu le plus souvent possible.

En cas de césarienne, les soins du nouveau-né sont réalisés soit dans une salle contiguë spécialement prévue à cet effet au bloc de la salle de naissance ou du bloc opératoire général.

Le protocole d'identification du nouveau-né est défini, mis en œuvre et évalué en lien avec la cellule d'identitovigilance : pose du bracelet d'identification au bras, identité provisoire avant la déclaration à l'état civil, etc.

Les modalités de prise en charge spécifique sont formalisées et appliquées, par exemple :

- la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hypothermie,
- la prise en charge du nouveau-né de mère diabétique.

La traçabilité des soins du nouveau-né est assurée. La transmission des soins à pratiquer ultérieurement par l'équipe chargée de la surveillance de l'enfant est réalisée ainsi que le compte-rendu du premier examen. Les informations médicales relatives à la mère et les facteurs de risque éventuels sont précisés dans le dossier du nouveau-né. Le carnet de santé est renseigné.

Le déploiement de la mise en œuvre de la check-list sur la sécurité chirurgicale (adaptée au bloc obstétrical – Check-list sécurité césarienne) est effectif en cas de césarienne. L'interface de la salle de naissance avec le bloc opératoire est organisée (Fiche de liaison césarienne), en particulier le circuit des parturientes, la surveillance post-interventionnelle respective de la mère et du nouveau-né avec respect de la réhabilitation précoce pour le maintien du lien mère-enfant en salle de césarienne et SSPI) en l'absence de contre indications.

La sécurité de l'identification des femmes et des nouveau-nés est effective et des modalités sont en place pour faciliter l'accès aux données respectives de la mère et de l'enfant. (Bracelets d'identification obligatoires / mère et nouveau-né)

Le protocole d'identification et les règles d'identitovigilance sont appliqués. Des modalités spécifiques aux femmes accouchant dans le secret sont mises en œuvre (Procédure Accouchement sous X et

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'équipe du secteur de naissance analyse collectivement ses processus en vue d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration jugées prioritaires pour la qualité et la sécurité de la prise en charge de la femme et du nouveau-né.

L'équipe a analysé ses processus / prises en charge (et interfaces) et identifié les risques qui s'y rattachent. Elle a priorisé les situations à risque pouvant aboutir à un événement indésirable grave maternel ou néonatal,

- l'extraction fœtale en urgence pour anomalies du rythme cardiaque (Spatules – Sentouses – Césariennes / Codes couleurs)
- la transfusion sanguine pour hémorragie du post-partum (Procédures et protocoles CID / Hémovigilance et sécurité transfusionnelle)

L'identification, l'analyse et le signalement interne des EPR (événements porteurs de risques / presque accidents) pour la parturiente ou le nouveau-né s'inscrivent dans une logique d'apprentissage collectif. Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (audits, indicateurs de résultat et de processus de soins, IPAQSS notamment prévention de l'HPP, prise en charge initiale de l'HPPI, tableaux de bord et bilan d'activité annuel du pôle Mere-Enfant).

Le secteur de naissance participe par ailleurs à la déclaration réglementaire des événements indésirables aux autorités de santé dans le cadre des vigilances sanitaires et de la veille sanitaire.

La démarche qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance fait l'objet d'une révision périodique - en concertation avec les professionnels de l'équipe : audit processus / patient traceur.

Le secteur de naissance dispose d'indicateurs de pilotage de ses activités pour apprécier la qualité et la sécurité des soins prodigués et identifier les marges éventuelles d'amélioration (IPAQSS – Classeur Stat Mater – APP Partogrammes).

Les indicateurs de structure relèvent de la réglementation (IPAQSS).

Les indicateurs de résultat et de processus sont issus des recommandations de bonne pratique. Il existe un recueil et une analyse de la satisfaction des femmes (indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (Questionnaire de satisfactions des patientes à la sortie – APP sur la préparation à l'accouchement) et de leurs éventuelles réclamations.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées lors de l'analyse des pratiques sont hiérarchisées collectivement et les priorités sélectionnées par l'équipe font l'objet, selon les moyens locaux, d'un plan de mise en œuvre, comportant des objectifs précis et mesurables.

À titre indicatif, il peut s'agir :

- du renforcement du respect de la dignité du nouveau-né (Formation / respect des rythmes du nné)
- de l'augmentation de l'implication du père (APP présence du père en salle de césarienne / film / Travail collaboration pluridisciplinaire)
- de l'amélioration de la prévention et de la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat
- de l'optimisation de la pertinence du parcours des femmes ayant une césarienne programmée, à terme, proposée par la DGOS et réalisée selon la méthodologie définie par la HAS.

Autre exemple d'actions correctives : une ligne téléphonique, le " Fil Lacté ", est tenue en permanence 7j / 7 par deux sages-femmes du service (SF DIU Lactation et SF Consultante en lactation) et permet de soutenir et conseiller les patientes qui allaitent en plus des consultations prévues à cet effet.

Ces actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

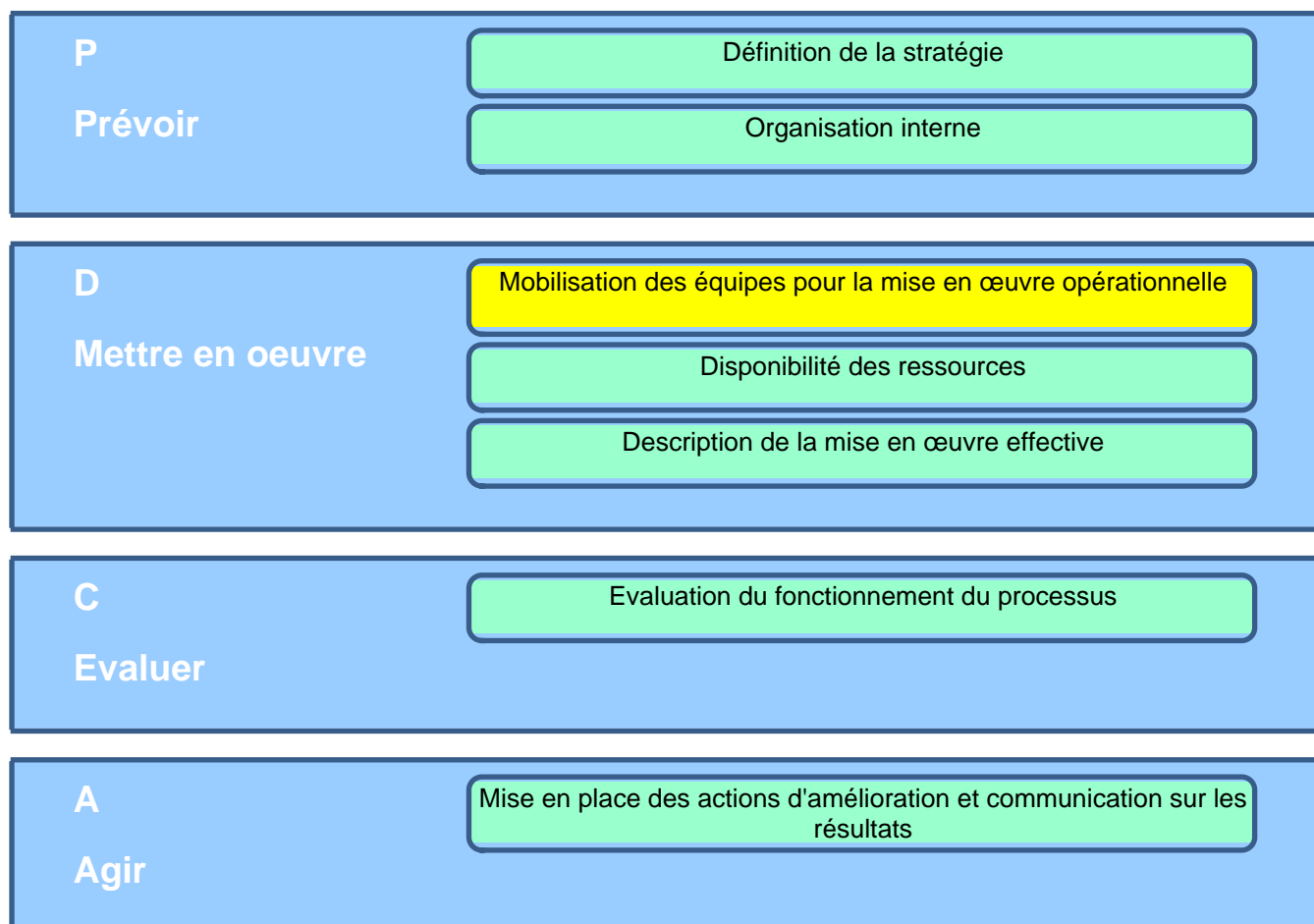
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>L'établissement a défini des objectifs et une stratégie sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques spécifiques à ce type de prise en charge.</p> <p>Le cadre référent du service a porté l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile du patient.</p> <p>Ces objectifs sont déclinés dans un programme d'actions formalisé, priorisé et validé par les instances compétences : CME, COVIRISQ.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : le cadre référent du service. Un médecin coordonnateur est désigné.</p> <p>Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.</p> <p>Au regard des missions de l'HAD et des risques identifiés et recensés dans le compte qualité, l'établissement a organisé l'identification des besoins et la définition du processus de gestion des équipements et produits au domicile du patient.</p> <p>La gestion des interfaces – services de soins hospitaliers, intervenants libéraux, auxiliaire de vie – et des circuits est organisé et structuré pour faciliter la concertation entre l'ensemble des professionnels intervenant au domicile du patient.</p>

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Le cadre responsable de l'HAD sensibilisent les professionnels sur les objectifs et les risques identifiés sur le processus HAD et plus particulièrement la gestion des équipements et produits au domicile du patient.</p> <p>Des procédures ont été validées et permettent au cadre et aux professionnels de s'assurer de leur bonne pratique : circuit des produits pharmaceutiques en HAD, liste des médicaments potentiellement à risques chez le sujet âgé, préparation du matériel et intervention de la maintenance biomédicale.</p> <p>Toutefois, l'analyse des risques n'est pas collégiale. En effet, lors de l'audit de processus, les professionnels ont indiqué ne pas avoir été associés à la définition des risques ni à leur hiérarchisation, le cadre référent du service a porté seul l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile du patient. Ce processus a été élaboré par le pilote désigné et le COVIRISQ sans participation et partage avec les équipes de terrain.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les professionnels ont été formés au processus de mise à disposition du matériel et des produits. De plus, les professionnels de l'HAD ont bénéficié de formation qualifiante telle que DU plaies et pansements, DU soins palliatifs...</p> <p>La gestion documentaire informatisée et centralisée (CID – Centre d'information documentation) est accessible en temps utile à tous les professionnels.</p> <p>Le patient dispose d'une documentation informative tous les aspects et le processus de sa prise en charge.</p> <p>Des guides pratiques à l'usage du patient et des médecins traitants sont également disponibles avec indication des modalités de la continuité et de la permanence des soins</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les professionnels maîtrisent l'organisation définie et mise en place (circuit, procédures, protocole, règlement intérieur...)</p> <p>L'organisation permet de garantir un approvisionnement en urgence, et en cas de panne ou de dysfonctionnement.</p> <p>Un protocole personnalisé de soins signé par le patient ou la personne de confiance permet une information du patient sur les traitements et modalités mises en œuvre pour sa prise en charge.</p> <p>La traçabilité des actions – pansements, médication, examens, DASRI – est assurée au domicile du patient sur un dossier patient partagé par l'ensemble des intervenants.</p>

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation de la satisfaction du patient à l'aide d'un questionnaire qui permet d'évaluer les items : relationnel, les soins, l'information et la gestion de la prise en charge.
Un bilan des questionnaires a été réalisé sur l'année 2014.

A / AGIR

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

Au regard des résultats des évaluations, les actions correctives identifiées sont intégrées au compte qualité (support du programmée d'amélioration de la qualité). La communication du bilan des questionnaires est effective auprès des professionnels.

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	L'analyse des risques n'est pas collégiale En effet, lors de l'audit de processus, les professionnels ont indiqué ne pas avoir été associés à la définition des risques ni à leur hiérarchisation, le cadre référent du service a porté seul l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile du patient. Ce processus a été élaboré par le pilote désigné et le COVIRISQ sans participation et partage avec les équipes de terrain.	6g

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 / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs, en lien avec les actions du compte qualité. En effet, la démarche institutionnelle a positionné l'encadrement pour réaliser les cartographies des risques et pour définir les plans d'actions y afférents. Lors des parcours et des patients traceurs, les professionnels rencontrés n'ont pas été en mesure de s'exprimer sur la cartographie des risques ou les plans d'actions par méconnaissance de ces derniers. Les pilotes de thématiques pour la plupart – binôme cadre/médecin – ont confirmé la méthodologie institutionnelle sans participation active des professionnels de terrain ce qui ne permet pas une appropriation par les professionnels et faire un lien entre les actions sur les pratiques au niveau de la prise en charge des patients et les objectifs définis.	8a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Le signalement d'évènement indésirable par les professionnels n'est pas systématique. En effet, la déclaration d'événements indésirables sur le parcours patient diffère selon les services. : En médecine gériatrie court séjour, les chutes et les actions qui en découlent sont signalées dans le dossier patient. Les fiches chutes renseignées seront analysées en service gériatrie mais ne font pas l'objet d'une déclaration institutionnelle. En pédiatrie, pour plusieurs professionnels, l'insignifiance du fait et de sa gravité signifie que la déclaration formelle n'est pas effectuée. (ex : l'absence de date d'utilisation sur un flacon buvable entamé implique qu'il est jeté et ne fait pas l'objet d'une déclaration). Plusieurs professionnels rencontrés indiquent se référer au cadre de santé pour savoir s'il est utile de déclarer ce qui entraîne des pratiques très hétérogènes selon les services ou l'évènement déclaré.	8a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le dispositif institutionnel permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus, à l'échelle de l'établissement est incomplet Le recueil non exhaustif des évènements indésirables limite l'analyse globale. Par ailleurs les actions mises en place sur l'évènement n'est pas répertorié et inclus dans le plan d'action global. L'analyse globale de ce qui a été réellement réalisé est restreinte, ne reflète pas ce qui réellement fait et mérite cependant d'être reconnu.. Cependant, le signalement d'EI concerne tous les domaines d'activité de l'hôpital, hors vigilance. Tous les EI qui sont déclaré, sont examinés par l'équipe opérationnelle de gestion des risques (EOR) qui se	8a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			réunit tous les mois 1/2 . La cellule qualité trace l'analyse globale et toutes les étapes de traitement de la fiche, demande et actions curatives entreprises et correctives proposées ou engagées dans un tableur de suivi dédié.	
Gestion du risque infectieux	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Toutefois, la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques à dispensation non contrôlée n'est pas effective. En effet, si l'antibiothérapie initiale est poursuivie, la traçabilité de la réévaluation n'est pas systématique et elle repose uniquement sur la vigilance individuelle des praticiens qui ne formalise pas la réévaluation. En conséquence, le suivi est impossible à réaliser.	8h
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Toutefois, le suivi des événements indésirables (EI) n'est pas exhaustif. En effet, la majorité des EI se réfèrent aux circuits logistiques mais certains événements liés au risque infectieux reçoivent des actions correctives en interne en lien avec le cadre sans information systématique à la cellule qualité pour suivi de l'exhaustivité des EI sur l'établissement.	8f
Droits des patients	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La recherche des directives anticipées ne fait pas l'objet d'une démarche institutionnelle. Pour ce qui concerne les directives anticipées, l'établissement porte une réflexion sur l'élaboration d'un dispositif octroyant des clés de lecture aux professionnels afin d'en assurer l'effectivité et la traçabilité non présente au jour de la visite.	11b
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Cependant, l'organisation de la préparation des injectables ne respecte pas les bonnes pratiques. En effet, lors du parcours , il est retrouvé une préparation des injectables par un professionnel de l'équipe du matin pour une administration dans l'après midi regroupés dans un plateau unique avec préparation des étiquettes ce qui induit une majoration des risques d'erreur de patient lors de l'administration et une dilution des responsabilités entre tous les professionnels impliqués.	20a bis
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Disponibilité des ressources	NC	La surface et la configuration de la SSPI ne respectent pas la réglementation. En effet, la SSPI comprend 4 postes équipés pour cinq salles d'intervention chirurgicale et d'endoscopie ce qui ne correspond à la réglementation sur l'adéquation des postes de SSPI au regard du nombre de salle d'opérations.	26a
		NC	Les classes ISO ne sont pas toutes conformes. En effet, lors du parcours et de l'examen du rapport du contrôle externe des paramètres aérologiques par le prestataire externe, il est apparu une non conformité sur la classe ISO de type 6 pour des salles dédiées à la chirurgie orthopédique.	26a
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Définition de la stratégie	PS	Il n'existe pas de stratégie spécifiquement dédiée aux endoscopies sur l'ensemble de ce processus L'analyse des risques pour les ETO a été traitée en commun avec l'endoscopie ORL et urologique. Lors du parcours, il a été indiqué par l'IDE référente que l'analyse des risques spécifique pour l'activité ETO n'est pas effective et il n'existe pas de document formalisé dans ce domaine. Cependant, des analyses de risque plus précises ont été également réalisées	8d

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			pour l'ORL et l'urologie à partir de l'analyse étape par étape de la prise en charge du patient. En outre, le pilote du processus et l'ingénieur qualité s'est tenue pour poser les modalités de sa réalisation et procéder à l'état des lieux de la documentation du processus.	
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels ne sont pas régulièrement sensibilisés sur les objectifs de leurs secteurs, en lien avec les risques et les actions du compte qualité. En effet, la démarche institutionnelle a positionné l'encadrement pour réaliser l'analyse de risque et pour définir les plans d'actions. Lors de l'entretien avec les pilotes, il a été indiqué que l'analyse des risques est réalisée par les pilotes ou les cadres sans participation effective des professionnels. Les professionnels ne se sont pas appropriés les objectifs et plans d'actions.	26b
Gestion des équipements et produits au domicile du patient	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	L'analyse des risques n'est pas collégiale En effet, lors de l'audit de processus, les professionnels ont indiqué ne pas avoir été associés à la définition des risques ni à leur hiérarchisation, le cadre référent du service a porté seul l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques liés à la gestion des équipements et produits au domicile du patient. Ce processus a été élaboré par le pilote désigné et le COVIRISQ sans participation et partage avec les équipes de terrain.	6g