



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
VIENNE - LUCIEN HUSSEL**

Mont salomon
Bp 127
38209 Vienne
DÉCEMBRE 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	29
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	41
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	55
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	62
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	69
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	74
ANNEXE	79

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - 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 DE VIENNE - LUCIEN HUSSEL	
Adresse	Mont salomon 38209 Vienne
Département / région	ISERE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Groupe hospitalier	38209	GHT RHONE-ISERE SUD	38209 VIENNE
GCS de moyens	GCS1306	GCS DE RESTAURATION VIENNE/BEAUREPAIRE	Montee du chapuis Bp 127 38209 VIENNE
Entité juridique	380781435	CENTRE HOSPITALIER LUCIEN HUSSEL	Mont salomon Bp 127 38209 Vienne
Etablissement de santé	380000174	CENTRE HOSPITALIER DE VIENNE - LUCIEN HUSSEL	Mont salomon Bp 127 38209 Vienne

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	53	/	10	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	30	/	2	/
MCO	Médecine	231	18	/	11776
SSR	SSR	78	5	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité

Biologie médicale - Cofrac : juillet 2015, mai 2016

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Chirurgie des cancers gynécologiques pelviens – Janvier 2014
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

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 obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

Recommandations d'amélioration

Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

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

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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	Homme ou Femme	Neurologie _ PEC post UNV	AVC	HC	Complexe (passage par les urgences)	MCO
2	Homme ou Femme	Médecine gériatrique	Altération de l'état général	HC	Complexe	MCO
3	Homme ou Femme	Chirurgie digestive	Chirurgie carcinologique digestive	HC	Complexe	MCO
4	Homme ou Femme	Chirurgie ambulatoire	intervention traumatologie	Ambulatoire	post urgence	MCO
5	Femme	Obstétrique	césarienne non programmée	HC	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Homme ou Femme	SSR rééducation fonctionnelle	à préciser	HC	Simple	SSR
7	Homme ou Femme	SSR - réadaptation cardiaque	post IDM	HDJ	Simple	SSR
8	Homme ou Femme	HAD	à préciser	HAD (post hospitalisation conventionnelle)	complexe	

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

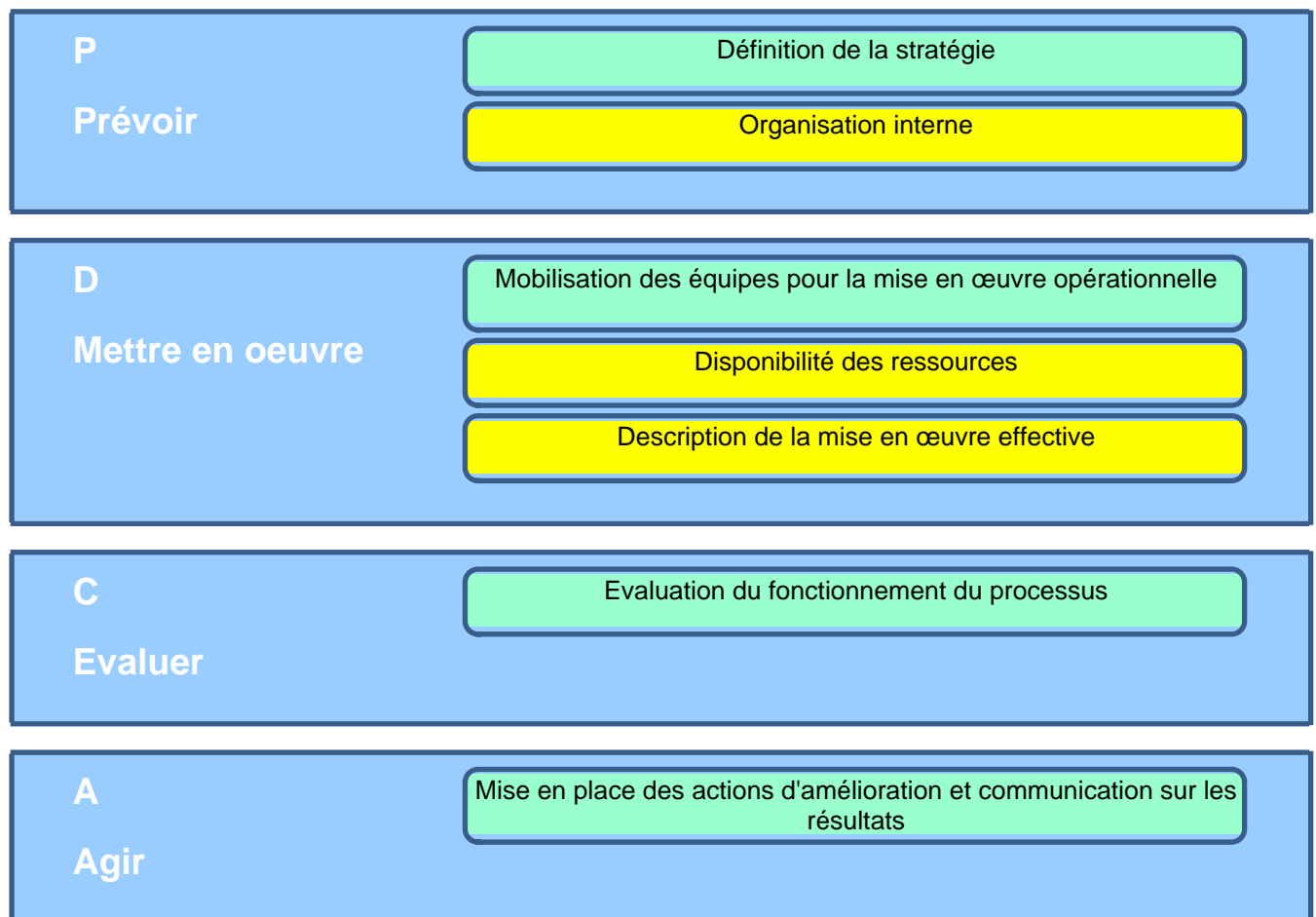
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 Centre Hospitalier de Vienne a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés dans le cadre d'une cartographie des risques. Les risques prioritaires ont été identifiés et intégrés dans le compte qualité.

L'établissement dispose d'une Politique Qualité et Sécurité des Soins « Efficacité et Performance » 2015-2019 inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement. La politique est révisée annuellement et a fait l'objet d'une présentation et validation en instance (directoire, conseil de surveillance, CME, CTE, CHSCT) en mars 2017. La politique Qualité s'articule autour de 3 axes : Améliorer la qualité des soins et promouvoir un engagement pérenne dans l'évaluation de pratiques professionnelles ; garantir la sécurité des soins et de l'environnement et développer la gestion des risques ; promouvoir la connaissance et le respect des droits des patients.

Le choix des orientations de la politique a été réalisé en tenant compte des résultats des certifications antérieures, des thématiques EPP, des constats des groupes de travail, des résultats d'évaluation (audits, enquêtes, indicateurs), de l'analyse des risques et des exigences réglementaires.

La stratégie de développement de l'EPP est définie au sein d'une politique EPP/DPC/FMC en date du 02/11/2016.

La politique a fait l'objet d'une communication auprès des professionnels lors de diverses réunions d'information et auprès des représentants des usagers lors de la réunion de la commission des usagers d'avril 2017.

Par ailleurs, la politique qualité est disponible et accessible par tous les professionnels sur l'outil de gestion électronique de document (GED) du CH de Vienne.

La politique est déclinée en objectif stratégique dans le programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques 2016-2020. Ce programme est lui-même décliné en plan d'action accessible dans un outil collaboratif disponible au sein de la GED de l'établissement, et les actions spécifiques au pôle sont intégrées dans les contrats de pôle en cours de révision. Les actions du compte qualité sont intégrées dans le plan d'action.

Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration de la politique qualité et sécurité des soins. La mise en œuvre de cette politique est examinée lors des réunions de la commission des usagers et du comité de gestion prévisionnel des risques dans le cadre du suivi et de l'élaboration du programme d'actions pour l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques et des réunions de coordination trimestrielles pour le suivi des actions du plan d'actions de la qualité et de la gestion des risques.

L'élaboration du compte qualité est basée sur les risques prioritaires identifiés lors de l'analyse des risques par les pilotes de processus.

ORGANISATION INTERNE

Le directoire est l'instance décisionnelle pour l'ensemble du management qualité et gestion des risques de l'établissement. Il priorise les projets en vue de l'affectation des ressources et assure la cohérence de la démarche. La coordination des différentes composantes du système qualité se fait via le comité de gestion prévisionnel des risques (CGPR), sous-commission de la CME, qui se réunit mensuellement et auquel participent le directeur général, le président de la CME, et la coordinatrice générale des soins. Il assure le lien avec la C.M.E., le directoire, la C.S.I.R.M.T.

Le pilotage opérationnel et technique de la démarche qualité-gestion des risques est assurée par le CGPR.

Pour ce faire il s'appuie sur différents organes, parmi lesquels :

- Des réunions de coordination trimestrielle entre le directeur général, le président de la CME, la coordination des soins et la direction du service économique et de la certification qui assurent le suivi et la définition des évolutions stratégiques de la démarche qualité et sécurité des soins de l'établissement ;
- La commission EPP/DPC/FMC qui est chargée de mettre en œuvre et d'évaluer la politique d'EPP et de DPC ;
- Le comité d'analyse des risques (émanation de la CGPR) qui réalise l'analyse des causes des événements indésirables graves déclarés ;
- Le comité des vigilances réglementaires (COVIR) qui coordonne les différentes vigilances opérationnelles sur l'établissement (hémo, pharmaco, réacto, matério, infectio, bio et identito)
- La commission des usagers.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), ainsi que de responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM) sont confiés à la directrice des services économiques et de la certification. Ses missions sont définies dans une fiche de poste. Une quotité de temps de 50% est allouée à ces fonctions.

Les vigilances sanitaires (hémo, pharmaco, réacto, matério, infectio, bio et identito) sont organisées ; les correspondants des vigilances sont identifiés. Un Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

est en place. Un référent médical EPP/DPC/FMC a été désigné en juillet 2016. Le rôle et les missions sont définis dans le document « Politique d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, de la formation médicale continue et du Développement professionnel continu 2016-2020 ».

Des binômes médicaux et paramédicaux ont été désignés pour assurer le pilotage des différents processus. Ces désignations ont fait l'objet d'un courrier co-signé par le directeur général et le président de la CME en juin 2014. Les rôles et missions des pilotes de processus sont définis dans un document daté de février 2017.

La participation des représentants des Usagers (RU) à la mise en œuvre de la politique qualité est recherchée au travers des réunions régulières de la CDU, de la participation de RU aux instances de l'établissement (notamment à la CGPR), et par la désignation des RU comme pilote de la thématique « droits des patients ».

La gestion de crise est organisée autour de différents plans : plan blanc actualisé en juin 2017, plan vigipirate « risque attentat », plan EBOLA, plan canicule, plan NRBC.

Un dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Il est basé sur la déclaration des événements sur une fiche de signalement disponible à partir du logiciel de GED de l'établissement.

Un dispositif de gestion des plaintes et réclamations est en place au sein de la direction de l'établissement. L'ensemble des plaintes et réclamations (50 en 2014, 43 en 2015) est présenté à la CDU. Il est articulé avec le dispositif de gestion des événements indésirables au travers de l'analyse des causes de certaines réclamations par le comité d'analyse des risques.

Toutefois, le dispositif de gestion documentaire de l'établissement n'est pas maîtrisé. La documentation de l'établissement est disponible sur différents supports (papier, électronique) ou outils informatiques (logiciel de gestion électronique des documents, répertoire partagé). Les documents présents dans le répertoire partagé informatique ne respectent pas la procédure des procédures de l'établissement. De plus, de nombreux documents sont très anciens (environ 50% antérieur à 2014) dont un certain nombre de 2003, 2004. Par ailleurs, certains protocoles figurant dans les classeurs papiers et majoritairement cités par les soignants comme étant ceux utilisés ne correspondent pas aux documents présents dans la GED qui sont de mises à jour plus récentes. Cet écart n'est pas identifié comme un risque par l'établissement, dans le compte qualité ou dans le Programme d'amélioration qualité institutionnel.

Les besoins en formation sont identifiés au regard des actions prioritaires recensées, ou à partir de l'analyse des événements indésirables déclarés. Les actions de formation sont intégrées dans le catalogue de formation du CH de Vienne. Toutes les actions proposées sont revues et validées en comité de gestion prévisionnelle des risques et lors des réunions de coordination trimestrielle.

La concertation et la communication entre les acteurs de la qualité et de la gestion des risques et les professionnels des secteurs d'activité se fait notamment par les réunions d'encadrement, les instances, et par voies d'affichage ou l'intranet.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un point systématique relatif à la qualité et à la gestion des risques est mis à l'ordre du jour des réunions de la CME, du directoire et du conseil de surveillance. La stratégie mise en œuvre pour sensibiliser et impliquer les professionnels dans la démarche qualité passe par des actions de formation, de communication, la mise en œuvre des patients traceurs dans les unités de soins et par des objectifs qualité au sein des contrats de pôle. Un plan de communication « qualité et gestion des risques associés aux soins » annuel est formalisé depuis 2014.

Les professionnels médicaux et paramédicaux de l'ensemble des secteurs d'activités participent aux démarches EPP engagées au sein de l'établissement et à la gestion des événements indésirables qui les concernent.

L'établissement s'est mobilisé dans l'élaboration du compte qualité en identifiant des pilotes de thématique (70 professionnels médicaux et non médicaux) qui ont été formés. Les pilotes de processus ont réalisé l'analyse des risques de chacun des processus de l'établissement à partir de la méthodologie proposée par la HAS. 9 sessions ouvertes d'information et d'échange ont été organisées dans le cadre de la préparation à la visite de certification d'avril à juin 2017. Elles ont permis de sensibiliser 288 professionnels de l'établissement à la certification V2014. Des réunions d'information (par exemple : réunion encadrement), l'affichage des résultats des évaluations, l'intranet et l'outil GED permettent de sensibiliser les professionnels aux actions qualité engagées et aux résultats obtenus.

Les pôles disposent d'un contrat de pôle validés en 2011 et en cours de révision, avec des objectifs qualité.

Les actions qualité et sécurité des soins sont déclinées dans un plan d'action qualité institutionnel présent sur l'outil informatique de gestion de la qualité et dans les contrats de pôle en cours de révision. Le comité de gestion prévisionnelle des risques, avec l'appui de la direction des services économiques et de la certification, est en charge d'en assurer la coordination et d'évaluer l'atteinte des objectifs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les différents acteurs et personnes ressources dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques sont identifiés et formés.

Néanmoins, les ressources en compétences (effectifs) ne sont pas totalement disponibles. La suppléance des correspondants locaux des vigilances sanitaires n'est pas effective pour l'ensemble des vigilances. Le correspondant d'hémovigilance de l'établissement, qui est également biovigilant et identitovigilant, est présent à mi-temps au sein du CH de Vienne. Il n'y a pas eu de désignation officielle d'un suppléant en cas d'absence de ce dernier. La suppléance du correspondant local de la réactovigilance n'a pas fait l'objet également d'une désignation officielle.

Les référents et les personnes ressources en matière de qualité – sécurité des soins ainsi que les personnels de terrain bénéficient de formations au regard des besoins identifiés (certification V2014, patient traceur, mise en place des CREX, COVIR, formation-action description des processus et évaluation des risques, qualité-gestion des risques à destination des cadres). Les journées d'accueil des nouveaux arrivants intègrent un module sur les démarches qualité/gestion des risques, sur l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle, ainsi qu'une sensibilisation à l'utilisation du logiciel de gestion documentaire.

Cependant, la formation continue des professionnels à la sécurité et à l'acte transfusionnel n'est pas menée. Le programme de formation continue de l'établissement n'intègre pas de session de formations périodiques (2 ou 3 ans) et/ou d'ateliers pratiques pour les professionnels en poste et ayant des connaissances théoriques et pratiques anciennes.

L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation des supports de signalement des événements indésirables. Le Centre Hospitalier possède un modèle de règlement intérieur des CREX. Des supports sont prévus pour faciliter la formalisation des CREX : Méthodologie d'organisation pour la réalisation d'un comité de retour d'expérience : CREX et modèle de compte-rendu de CREX

Les ressources matérielles (locaux et équipements) sont adaptées. L'ensemble des unités de soins dispose d'équipement informatique (PC portable ou fixe) permettant d'accéder à la GED.

Le Centre Hospitalier de Vienne (Bâtiment principal et bâtiment R – service de rééducation et hémodialyse ambulatoire) est autorisé à poursuivre l'exploitation de ses locaux à titre exceptionnel jusqu'au 31 décembre 2017, malgré les avis défavorables en date du 25 avril 2017 de la commission de sécurité incendie. Pour ce faire, l'établissement s'est engagé à mettre en place un programme de formation incendie, à mettre en conformité les systèmes de détection d'incendie et à accentuer la surveillance des locaux par le service de sécurité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le comité de gestion prévisionnelle des risques se réunit mensuellement afin d'assurer le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques. Des points systématiques sont réalisés au directoire et en CME. La commission des usagers présidée par la directrice des services économiques et de la certification et dont le vice-président est un représentant des usagers, se réunit trimestriellement. Une réunion élargie à l'ensemble des associations a lieu une fois par an.

La démarche d'évaluation des risques a priori est structurée. L'ensemble des processus et des secteurs de soins ont cartographié leurs risques suivant la méthodologie proposée par la HAS ou ARCHIMED pour le circuit du médicament. Cette analyse des risques a permis d'identifier des risques prioritaires pour lesquels des actions ont été définies. Ces éléments ont été repris au sein du compte qualité et sont inscrits dans le programme d'action qualité et gestion des risques de l'établissement.

Un dispositif de gestion des EI est en place et est connu des professionnels. Les déclarations sont réalisées électroniquement (699 FEI déclarées en 2016 et 841 en 2015) par les professionnels et transmises à la direction des services économiques et de la certification. Pour les vigilances réglementaires et les erreurs médicamenteuses, lorsque le déclarant coche le risque, le signalement est envoyé directement au responsable de la vigilance concernée ou des erreurs médicamenteuses. A réception de la fiche de signalement le gestionnaire de risque transmet aux responsables concernés la fiche pour analyse et proposition d'actions. Pour les événements indésirables ayant une criticité >12, les événements et la réponse qui leur a été apportée sont revues trimestriellement par le Comité d'analyse des risques, ainsi que les erreurs d'identité et médicamenteuses.

Cependant, la mise en œuvre de la gestion des événements indésirables (EI) est partielle :

- le bilan des EI 2015 fait état de 10% d'EI et de 15% en 2016 de signalement donnant lieu à une analyse des causes.
- le retour d'information aux déclarants des événements indésirables est faible au niveau du Centre Hospitalier : les professionnels et équipes rencontrés ont majoritairement déclaré ne pas avoir de retour d'information sur leurs signalements.

Le bilan des événements indésirables et des plans d'actions correspondants est réalisé une fois par

semestre auprès du comité de gestion prévisionnelle des risques.
L'exploitation des plaintes et réclamations (50 en 2014, 43 en 2015) est conduite en impliquant les professionnels et les représentants des usagers et une réponse est adressée au plaignant. Les actions correctives décidées sont intégrées dans le plan d'action global de l'établissement.
Le déploiement des démarches EPP est effectif. Un praticien référent EPP a été désigné en juillet 2016. La commission EPP/DPC/FMC (sous-commission de la CME) coordonne ce dispositif. 94 EPP sont actives et enregistrées dans le tableau de bord des EPP, parmi lesquelles 38 audits cliniques, 26 suivi d'indicateurs et 12 patients traceurs.
Des RMM sont mises en œuvre au sein du bloc opératoire et des urgences, ainsi qu'une RMM ville-hôpital réalisée conjointement avec les médecins généralistes libéraux et les praticiens hospitaliers autour de cas clinique afin d'améliorer le partenariat au sein du territoire de santé. Des CREX sont également mises en œuvre au sein de l'établissement. 10 réunions ont eu lieu en 2016 et 54 personnes ont participé à au moins une réunion de CREX dans l'année. Les praticiens des spécialités concernés (notamment endocrinologie, sénologie, digestif, hématologie) participent aux différentes RCP organisées dont certaines s'effectuent sur les sites des HCL.
Le programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques fait l'objet d'une déclinaison opérationnelle au niveau des secteurs d'activité dans le cadre notamment des contrats de pôle (en cours de révision).
L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée via l'enquête e-satis, un questionnaire de sortie propre à l'établissement. L'ensemble des résultats sont présentés et discutés en commission des usagers.

Cependant, le recueil de l'évaluation de la satisfaction des usagers n'est pas exploitable. Le taux de retour des questionnaires de sortie (1,82%) ne permet pas d'établir une analyse statistique significative permettant d'identifier des actions d'amélioration. Ce sujet fait l'objet d'un axe amélioration dans le cadre du projet de soins 2013-2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation du système de management de la qualité et de la gestion des risques est en place. Il s'appuie sur les indicateurs nationaux (IQSS et hôpitaux numériques), les indicateurs suivis dans le cadre du compte qualité, les EPP, les audits réalisés dans les unités de soins et les enquêtes de satisfaction patient. Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés et rendus publics par l'établissement de santé.
Des mises en situations en cas de crise sont réalisées sous forme d'exercice. En 2016, 5 exercices « plan blanc » ont été réalisés et 3 en 2015. Des exercices ont eu lieu dans le cadre des plans EBOLA et NRBC en 2015.
Un nombre cible de RMM et EPP est fixé par pôle et par service afin d'assurer une réelle mise en œuvre de ces pratiques managériales au sein de l'ensemble des secteurs de l'établissement. La commission EPP/DPC/FMC coordonne ce dispositif.
Un bilan annuel d'activité qualité et sécurité des soins est réalisé et communiqué à la CGPR et aux différentes instances de l'établissement.

A / AGIR

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

La communication sur les actions d'amélioration et les résultats est réalisée au travers de différents vecteurs auprès des professionnels et des usagers (affichage, réunion d'information, GED).
Le programme d'action qualité et sécurité des soins est revu au cours des réunions de la CGPR et des réunions trimestrielles de coordination et est réajusté en tant que de besoin en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	<p>Le dispositif de gestion documentaire n'est pas centralisé et maîtrisé.</p> <p>La documentation de l'établissement est disponible sur différents supports (papier, électronique) ou outils informatiques (Logiciel de gestion électronique des documents, répertoire partagé). Les documents présents dans le répertoire partagé (t:/commun) ne respectent pas la procédure des procédures de l'établissement. De nombreux documents sont très anciens (environ 50% antérieur à 2014) dont certains de 2003, 2004.</p> <p>Par ailleurs, certains protocoles figurant dans les classeurs papiers et majoritairement cités par les soignants comme étant ceux utilisés ne correspondent pas au document présent dans la GED qui est de mise à jour plus récente (ex.: protocole MEOPA en date du 01/02/2008 dans le classeur papier "douleur" et en date du 13/03/2017 dans la GED). Cet écart n'est pas identifié comme un risque par l'établissement sur le compte qualité ou dans le Programme d'amélioration qualité institutionnel.</p>	5c
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>La formation continue des professionnels à la sécurité et à l'acte transfusionnel n'est pas menée.</p> <p>Le programme de formation continue de l'établissement n'intègre pas de session de formations périodiques (2 ou 3 ans) et/ou d'ateliers pratiques pour les professionnels en poste et ayant des connaissances théoriques et pratiques anciennes.</p>	8j
	PS	<p>Les ressources en compétences (effectifs) ne sont pas totalement disponibles.</p> <p>La suppléance des correspondants locaux des vigilances sanitaires n'est pas effective pour l'ensemble des vigilances.</p> <p>Le correspondant d'hémovigilance de l'établissement, qui est également biovigilant et identitovigilant, est présent à mi-temps au sein du centre hospitalier de Vienne. Il n'y a pas eu de désignation officielle d'un suppléant en cas d'absence de ce dernier.</p> <p>Par ailleurs, la suppléance du correspondant local de la réactovigilance n'a pas fait l'objet également d'une désignation officielle.</p>	8i
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La mise en œuvre de la gestion des évènements indésirables est partielle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bilan des EI 2015 fait état de 10% d'EI et de 15% en 2016 de signalement donnant lieu à une analyse des causes. - Le retour d'information aux déclarants des événements indésirables est faible au niveau du centre hospitalier : les professionnels et équipes rencontrés ont majoritairement déclaré ne pas avoir de retour d'information sur leurs signalements. 	8f
	PS	<p>Le recueil de l'évaluation de la satisfaction des usagers n'est pas exhaustif.</p> <p>Le taux de retour des questionnaires de sortie (1,82%) ne permet pas d'établir une analyse statistique significative permettant d'identifier des actions d'amélioration. Ce sujet fait l'objet d'un axe amélioration dans le cadre du projet de soins 2013-2017.</p>	9b

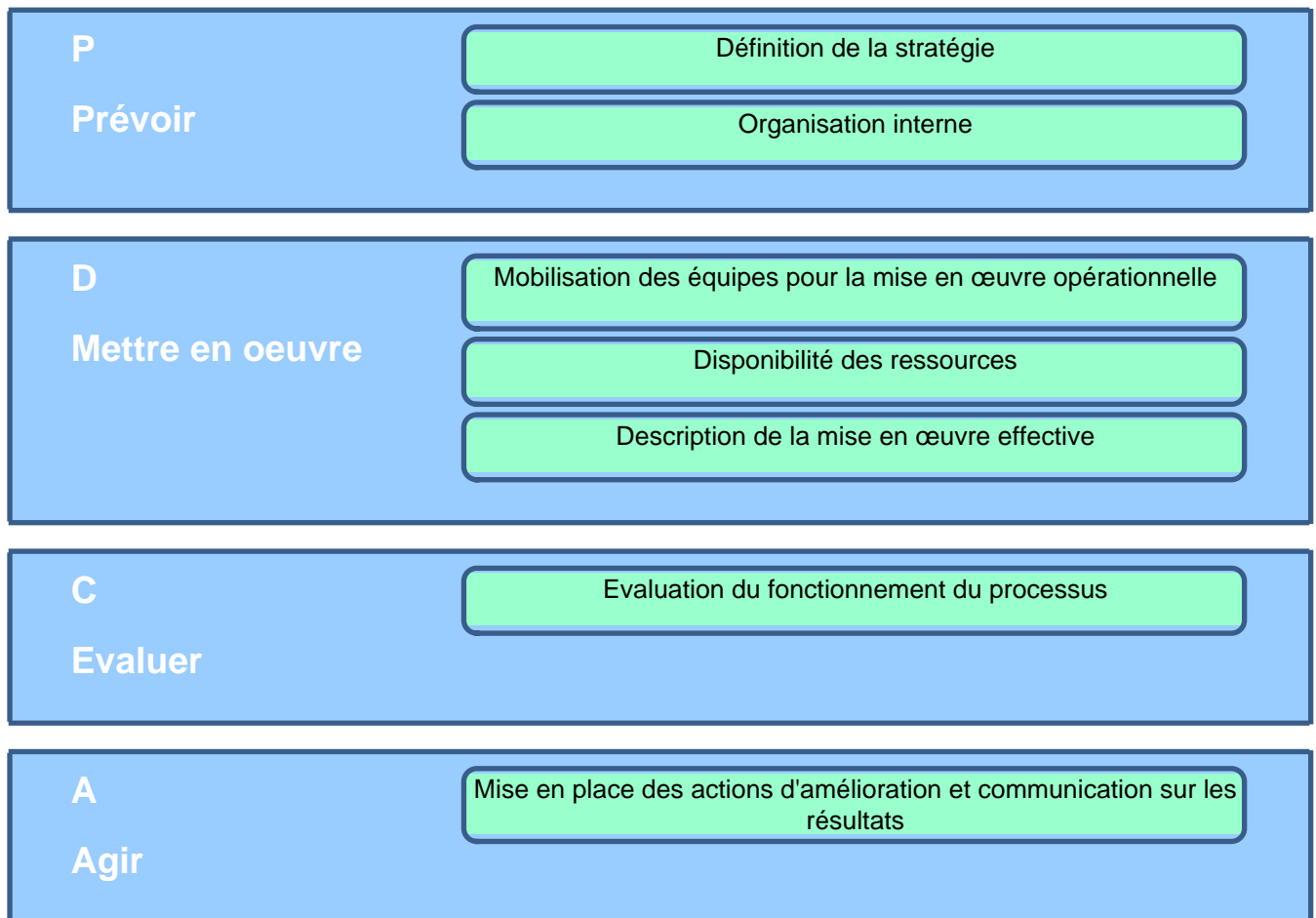
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de maîtrise du risque infectieux est formalisée dans le programme qualité et gestion des risques 2016-2020. Les axes de cette politique sont retrouvés dans le projet médical. Elle est structurée en concertation entre la CME et la direction. La communication de cette politique se fait annuellement avec les Instances CME, CSIMRT, /CDU. Les liens avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont formalisés.

L'identification des risques et des besoins est formalisée sur toutes les prises en charge. Cette démarche d'identification s'est faite en référence aux bonnes pratiques, aux recommandations des sociétés savantes, par l'appropriation et le partage des indicateurs d'hygiène (IQSS) et en prenant en compte les résultats des audits internes. Ces deux dernière sources ont été partagées avec les autres professionnels impliqués par la thématique. .

Les objectifs d'amélioration sont cohérents avec ceux retrouvés dans le programme qualité et gestion des risque institutionnel et sur le compte qualité, le programme annuel d'amélioration de la prévention du risque infectieux reprend les cinq actions d'amélioration prioritaires déclinées dans le compte qualité. Un ordre de priorisation en lien avec la criticité est acté dans le programme annuel de l'EOH, il précise les modalités de suivi et le niveau d'avancement des actions. Ce programme est validé par la CME et présenté devant la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'EOH est assurée par des professionnels disposant d'un temps dédié. Les rôles et responsabilités sont formalisés par des fiches de postes et des nominations. Des correspondants en hygiène sont retrouvés dans chacune des prises en charge. Les pilotes de la thématique ont un positionnement transversal. Ils sont associés aux travaux menés par les cellules et commissions en lien avec la prévention du risque infectieux comme la cellule air, eau, surface ou le comité de gestion prévisionnelle des risques. Le programme d'action est diffusé institutionnellement par l'intranet et par les correspondants eux mêmes. La formation périodique des professionnels à l'hygiène des secteurs à risque, à l'hygiène des locaux et à la prévention plus générale du risque infectieux est organisée. Les correspondants bénéficient de 4 réunions de 2h/an animées par les pilotes. Des temps de formation d'actualisation ou de rappel sont organisées notamment à l'intention des agents en charge de l'hygiène des locaux, des brancardiers et des étudiants paramédicaux. Les Internes sont intégrés dans l'organisation des formations notamment par la coopération des médecins infectiologues qui abordent la réévaluation de l'antibiothérapie.

La commission des antibiotiques se réunit régulièrement. Il existe une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, c'est une des actions prioritaires du compte qualité. Cette organisation repose sur une coopération entre l'EOH, la pharmacie et les 2 médecins infectiologues. Les prescriptions d'antibiotiques sont analysées par les pharmaciens. Des concertations avec les médecins infectiologues sont organisées à la demande de la pharmacie de l'EOH ou des médecins.

Un dispositif d'alerte vis à vis des patients porteurs de bactéries résistantes est organisé en lien avec le laboratoire qui informe le service et trace l'appel dans un recueil d'alerte. Les modalités de gestion des isolements septiques sont protocolisées et accessibles. Des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont organisés et actualisés par les pilotes du processus. Elles sont accessibles dans la gestion documentaire de l'institution.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions sont connus des correspondants en hygiène et des responsables de service. Les correspondants sont accompagnés dans la diffusion et la mise en place des actions notamment par la mise à disposition de fiches dédiées. Les points d'amélioration sont communiqués aux correspondants et aux cadres notamment ceux issus des audits internes et des indicateurs IQSS. Les correspondants en hygiène sont identifiés dans les services, les cadres leur aménagent des temps dédiés à la réalisation de leur mission. Des réunions de l'EOH sont organisées notamment pour le suivi du programme, les formations, l'information règlementaire et la stratégie d'audits.

Les questions identifiés comme notamment les épidémies, les procédures d'isolement ou le risque de légionellose donnent lieu à une mobilisation des acteurs concernés. Les responsables s'assurent de la conformité de pratiques. La mobilisation des correspondants est possible dès lors que des actions correctives sont identifiés, en cas de dysfonctionnement ou de mauvais résultat notamment issus des IQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptés à la réalisation de la mission avec un médecin hygiéniste à 60%, un cadre de santé à 50%, 1.25% d'infirmière hygiéniste et un temps de secrétariat (0.25%). Les correspondants en hygiène complètent ces ressources. Ils sont présents dans les différents services à raison de 1 à 2 correspondants par service sur des grades d'infirmier ou d'Aide-Soignant.

Les formations sont mise en oeuvre en accord avec le programme prévisionnel paramédical et médical de formation en hygiène. Les correspondants eux mêmes formés par les pilotes sont en capacité de former les professionnels comme par exemple sur les modalités de mise en place des procédures d'isolement. Ils ont accès à la documentation et aux matériels requis.

Cependant, l'organisation de l'actualisation et de la centralisation des procédures et des protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux n'est pas finalisée. Les documents en lien avec la thématique sont retrouvés sur des supports multiples avec des classeurs spécifiques à chaque service, un répertoire partagé et la gestion documentaire institutionnelle.

L'EOH engage les correspondants sur des actions de sensibilisation et d'identification des risques via les audits, comme par exemple la campagne « zéro bijoux » ou les visites de risque dans les blocs opératoires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La traçabilité de la prescription des antibiotiques est effective. Les observations des experts visiteurs dans ce domaine sont en conformité avec les résultats de l'indicateur IQSS (95% ICATB2 2015). L'analyse pharmaceutique est communiquée aux médecin prescripteur et accessible pour le pilote médical du processus. L'effectivité de cette démarche est optimisée par l'expertise amenée par les deux médecins infectiologues. La commission des antibiotiques tient des réunions intitulé « le cas du mois » permettant une actualisation des connaissances et des précautions d'usage.

Les pratiques respectent les règles de prévention du risque infectieux (locaux adaptés, signalement et le respect de l'isolement, solution hydro alcoolique disponible partout). Les Circuits du linge propre et sale et celui des déchets sont respectés. La matérialisation des locaux intermédiaires des déchets dans les services est effective et les locaux de stockage finaux des déchets sont sécurisés. L'entretien et la désinfection des containers est effective. Une équipe dédiée assure les transferts de ces déchets. Les actions de nettoyage des locaux sont réalisées et tracées. Les isolements septiques sont mis en oeuvre et identifiés. Les alertes relatives à la mise en place d'un isolement remontent du Laboratoire vers les praticiens et sont tracées dans le dossier du patient. L'EOH est informé de l'alerte et de la mise en place des précautions renforcées.

Les risques infectieux propres à la balnéothérapie sont pris en compte par une veille des services techniques et un relèvement mensuel des eaux communiqué au service, aux techniciens et à l'EOH.

Les actions liées à la problématique institutionnelle du risque légionellose sont déployées. Une commission « déchets » auquel participe l'EOH gère le suivi de la maîtrise des risques liés aux DASRI et aux excréta. Les correspondants en charge de la réalisation des audits font la restitution et le traitement des résultats en lien avec les responsables de l'EOH.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques notamment à l'aide des indicateurs sont effectives. Des EPP et indicateurs en lien avec l'antibioprophylaxie, la réévaluation à 48 heures de la prescription ainsi que des revues de pertinence participent à l'évaluation du processus. Chacune des actions du programme de l'EOH est régulièrement suivi dans son avancement. Cette évaluation est tracée sur le programme en temps réel. Les situations complexes en lien avec la gestion du risque infectieux comme les situations épidémiques ou d'isolement septique donnent lieu a posteriori à des CREX pluriprofessionnels. Un bilan d'activité regroupant des indicateurs du processus constitue un tableau de bord adapté à l'évaluation de la politique de maîtrise du risque infectieux.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place au regard des résultats obtenus. Elles sont issues du programme de l'EOH, des avancées règlementaires, des résultats des indicateurs EPP ou des audits programmés ou non. Ses actions d'amélioration sont le plus souvent intégrées dans l'actualisation du programme. En cours d'année, les résultats des évaluations, le suivi des indicateurs IQSS sont intégrés et

exploités par les pilotes notamment en cas de seuil inférieur aux attendus ou en cas de baisse, comme par exemple au moment de la visite sur le taux de consommation des solutions hydro alcoolique ou le résultat de l'audit O bijou. Les résultats des indicateurs donnent lieu à la mise en place par les pilotes de plans d'actions. La communication sur les résultats est retrouvée sur les comptes rendus des Instances et sur le rapport annuel d'activité du CLIN. Les résultats des IQSS sont affichés et mise en ligne.

Les résultats de la politique d'hygiène sont diffusés aux usagers en CDU. Des actions spécifiques de communication sont mises en place notamment lors des journées d'hygiène des mains. Des informations régulières se retrouvent sur le "Blog" intranet de l'établissement, notamment à propos des actions en cours. Des affichages en lien avec les précautions notamment en cas de période de grippe sont retrouvés dans l'établissement.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>L'actualisation et la centralisation des procédures et des protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux n'est pas finalisée.</p> <p>Les documents en lien avec la thématique sont retrouvés sur des supports multiples avec des classeurs spécifiques à chaque service, un répertoire partagée et la gestion documentaire institutionnelle. A titre d'exemple 3 procédures différentes pour le bio-nettoyage des salles de blocs avec des datations différentes ont été retrouvées dans la gestion documentaire institutionnelle.</p>	8g

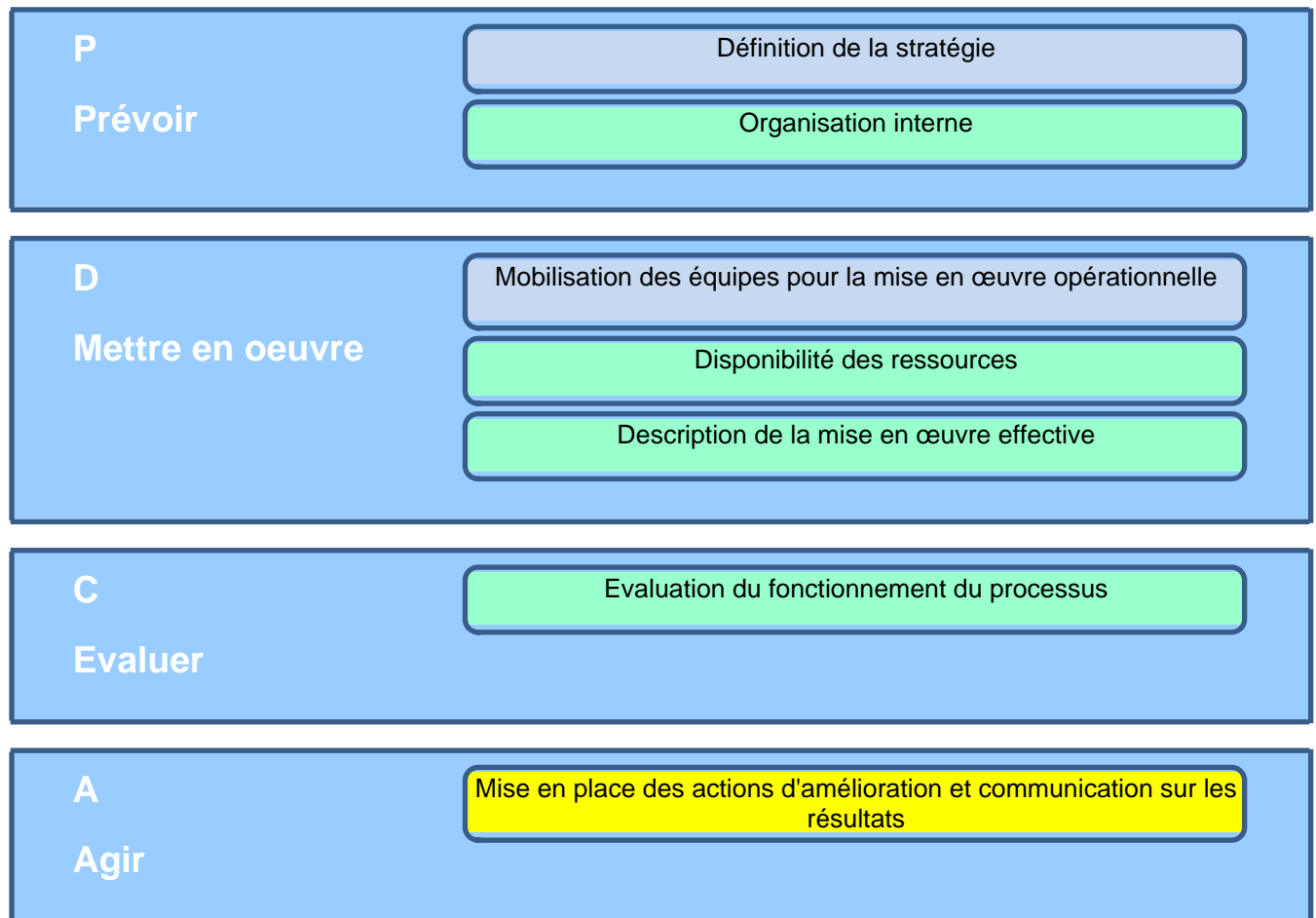
DROITS DES PATIENTS

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de respect des droits et des libertés des patients et résidents et de promotion de la bientraitance pour la période 2016-2020 est formalisée et en application depuis le 01 juin 2016. Elle est coordonnée avec les représentants des usagers et la CDU. Cette politique décline le cadre législatif, réglementaire, et l'organisation des instances relatives à cette thématique. Les objectifs prioritaires sont formalisés dans le Programme d'amélioration qualité pour la période 2016-20120 suivant 4 axes. Le projet de soins pour la période 2013-2017 intègre dans ses valeurs l'expression et le respect des droits des patients. A ces documents de référence est associé un projet des usagers en cours d'élaboration.

Les récents aménagements et projets immobiliers, notamment ceux du pôle gériatologique, ont pris en compte les besoins afin de garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients. A l'issue d'une analyse multifactorielle, l'identification des risques a été réalisée et pour partie retranscrite dans le compte qualité. Les sources sont un questionnaire de satisfaction de 2016 mis en œuvre par les représentant des Usagers, une analyse des réclamations et des plaintes et le traitement des événements indésirables en lien avec la thématique. Les Cadres se sont impliqués dans cette identification des risques par la réalisation d'une enquête auprès des patients en date du 16/02/17. La mesure du risque et des besoins a permis l'identification de 5 types de risque notamment la promotion de la bientraitance.

Le programme qualité et gestion des risques formalise 10 actions d'amélioration en lien avec les risques priorités. Les pilotes du processus ont établi le compte qualité en reprenant 5 des 10 actions du programme et en les positionnant, au regard de leur criticité. Le compte qualité a été validé par les Instances CME et le Directoire. Il a été voté en CDU le 25/11/16. Le programme d'amélioration de la thématique s'applique à l'ensemble des prises en charge de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter la politique de promotion des droits des patients, la CDU est intégrée au dispositif de pilotage et les représentants des usagers sont les pilotes du processus. Ils sont accompagnés d'un directeur adjoint, d'un cadre supérieur de santé et d'un médecin médiateur. Des cadres de santé sont invités aux différents travaux.

L'information donnée au patient sur ses droits et sur les missions de la CDU est retrouvée dans le livret d'accueil. La charte du patient hospitalisé et l'information sur la possibilité d'émettre une réclamation ou de contacter les représentants des usagers est affichée dans chacune des unités de soins.

L'organisation médicale et soignante permet le recueil du consentement et le cas échéant du refus de soins notamment via le dossier patient. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé, de traçabilité des restrictions de liberté et les soins qui lui sont proposés est organisé dans les différentes prises en charge et formalisée dans le dossier du patient. La CDU est constituée et se réunit régulièrement. Elle est pourvue d'un règlement intérieur comprenant les décisions de nomination. Les pilotes ont la possibilité de communiquer via les différentes publications institutionnelles et notamment le journal qualité.

L'organisation des plaintes et des réclamations est effective de même que le dispositif de médiation. Des formations sur la bientraitance sont inscrites dans le plan de formation depuis 2012. Les procédures relatives aux droits des patients sont accessibles notamment celle sur le signalement de maltraitance et celle sur l'annonce du dommage lié aux soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des responsables opérationnels notamment les cadres de santé est effective dans les différents secteurs. Le pôle gériatologique a notamment intégré les droits des patients dans la mise en œuvre de sa nouvelle organisation.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont engagées, les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs et de gériatrie, la participation des bénévoles, l'organisation de réunions pluridisciplinaire et la présence dans les différents secteurs de psychologues optimisent l'expression de ce droit à la bientraitance.

Les responsables sensibilisent leurs équipes, notamment par le biais de la formation pluriannuelle, des RMM, des CREX et des réunions pluridisciplinaires.

Les objectifs et plans d'actions en lien avec la thématique sont accessibles à tous les pilotes, responsables médicaux et cadres dans un fichier partagé, il décrit les différentes actions d'amélioration. Une enquête sur les droits des patients initiée par les représentants des usagers a été réalisée en 2016 sur 18 services différents. Ce questionnaire a contribué à la mobilisation des équipes.

Les responsables s'assurent de la conformité de pratiques en lien avec le respect des droits des patients.

Des actions correctives sont identifiables en cas de dysfonctionnement notamment par le biais des événements indésirables et par la gestion des plaintes et réclamations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La promotion de la bientraitance est inscrite depuis octobre 2012 dans le livret d'accueil, et affichée dans chaque service de la charte des droits du patient hospitalisé, accompagnée d'une information institutionnelle vers les professionnels, les représentants de la CDU sont associés à cette diffusion.

Les locaux sont adaptés, certains ont bénéficié d'aménagements favorisant l'expression des droits des patients comme en néonatalogie, en pédiatrie ou en gériatrie. Dans le service des Urgences, des adaptations ont été trouvées pour assurer le respect de l'intimité ou de la dignité en cas d'affluence, tout en évitant l'attente dans les couloirs du service. Le respect du droit à images est également organisé aux Urgences.

Une action de déploiement de paravent dans les chambres doubles est initiée. C'est une des actions du programme d'amélioration.

Cependant, certaines conditions d'hébergement ne permettent pas un respect complet de la dignité et de l'intimité du patient : 8 chambres sur les 12 du service de soins continus sont sans fenêtre ni sanitaire.

Une communication visuelle indique aux usagers la possibilité de recourir à la Permanence d'Accès aux Soins en cas d'absence de droit au recouvrement des frais de santé. Le Dispositif "Hôpital en Tension" a été élaboré pour optimiser les capacités d'accueil et ainsi respecter le droit des patients à bénéficier d'un accueil digne même en situation d'affluence.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La participation des représentants des usagers est effective dans l'institution au travers d'échange avec les professionnels et aussi au travers de leur communication et de leur participation à des manifestations comme la journée européenne des droits en santé.

Les modalités de signalement en cas de maltraitance sont formalisés, disponibles dans la gestion documentaire et mises en oeuvre. Le recours à l'encadrement ou la déclaration d'évènements indésirables en cas de situation de maltraitance sont connus des professionnels.

Les conditions de réalisation des soins d'hygiène ainsi que l'hébergement respectent l'intimité des patients. Des actions de formation sont mises en oeuvre de manière pluriannuelle et sous différentes formes comme le "toucher détente", les Soins Palliatifs, "mieux soigner la nuit", "le simul age en gérontologie". Les bénévoles relevant d'associations identifiées par l'établissement interviennent auprès des patients et sont reconnus par les professionnels.

Les secteurs mettent aussi en oeuvre des actions spécifiques: la pose des bracelets d'identification est faite dans les services de court séjour avec l'accord des patients. Les restrictions de libertés sont prescrites et actualisées. Sur le pôle gérontologique une attention particulière est portée aux modalités des contentions et à la limitation des déplacements en cas de troubles cognitifs. Les locaux dans lesquels une population à risque d'errance est hébergée sont équipées de dispositif de sécurisation des accès. A la demande des unités, certains patients peuvent bénéficier de dispositif de géolocalisation.

L'accueil ou l'accompagnement des proches est organisé et effectif dans des situations qui le nécessitent. Le recours à un psychologue ou à un professionnel expert dans les droits des patients est possible. La personne de confiance, la formalisation du projet personnalisé, l'évaluation de la douleur, le respect des volontés, le consentement dans le secteur de chirurgie sont retrouvés dans les dossiers patients. Le dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement, tout comme celui de déclarations en cas de dommage liés aux soins sont mis en oeuvre. Un groupe éthique pluridisciplinaire est opérationnel sur l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le questionnaire réalisé par les représentants des usagers et les cadres a permis d'établir une évaluation de la satisfaction des patients sur le respect de leur droits et sur les conditions d'accueil et de soins.

Le système des plaintes et des réclamations permet d'évaluer le volume et la nature de celles-ci. Cette évaluation est transmise à la CDU. L'établissement relève via les indicateurs IQSS le niveau d'évaluation de la douleur, de la prévention de la maltraitance, du respect de la dignité et de l'intimité, de la confidentialité des informations relatives aux patients, de l'accueil et de l'entourage, des mesures de restriction de liberté, d'information du patient sur son état de santé, du consentement et de l'hospitalisation sans consentement.

Le bilan d'activité évalue quantitativement les réunions de la CDU. Des évaluations au niveau des services et de l'encadrement sont réalisées sans qu'elles soient coordonnées avec les pilotes de la thématique.

Cependant, il n'existe pas de dispositif global d'évaluation du dispositif. La démarche d'amélioration déclinée dans le programme qualité et gestion des risques 2016-2010, et notamment les 10 actions de ce dernier est récente. L'évaluation des actions n'a pas été initiée. La réalisation de 4 des 5 actions

présentes au compte qualité est planifiée pour décembre 2018. Ces actions n'ont pas été évaluées au moment de la visite.

A / AGIR

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

Les responsables de la thématique "droits des patients" ont suivi la mise en œuvre d'une des cinq actions du programme du compte qualité en lien avec le respect de l'intimité, et analysé l'impact de sa mise en place. Un listing d'indicateurs de suivi de la promotion de la bientraitance est décliné dans le programme qualité et gestion des risques en lien avec la thématique.

Cependant, le suivi des actions d'amélioration n'est pas opérationnel. La mise en œuvre des indicateurs de suivi déclinés dans l'axe 4 du programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques du processus droits des patients et destinés à suivre l'amélioration du processus n'a pas été réalisée.

Il existe un plan de communication de l'établissement retrouvé pour les années 2015 et 2017. Il pose des actions de communication notamment, la planification de la journée européenne des droits en santé à laquelle participent les représentants des usagers.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	Certaines conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité du patient. L'unité de soins continu est équipée de 8 chambres sur 12 qui sont sans fenêtre ni sanitaire.	10b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Il n'existe pas de dispositif structurée d'évaluation du dispositif. La démarche d'amélioration déclinée dans le programme qualité et gestion des risques 2016-2010, et notamment les 10 actions de ce dernier est récente. L'évaluation des actions n'a pas été initiée. La réalisation de 4 des 5 actions présentes au compte qualité est planifiée pour décembre 2018. Ces actions n'ont pas été évaluées au moment de la visite.	1d
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le suivi des actions d'amélioration n'est pas opérationnel. La mise en œuvre des indicateurs de suivi déclinés dans l'axe 4 du programme d'amélioration de la qualité et de la gestions des risques du processus droits des patients et destinés à suivre l'amélioration du processus n'a pas été réalisée.	1d

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

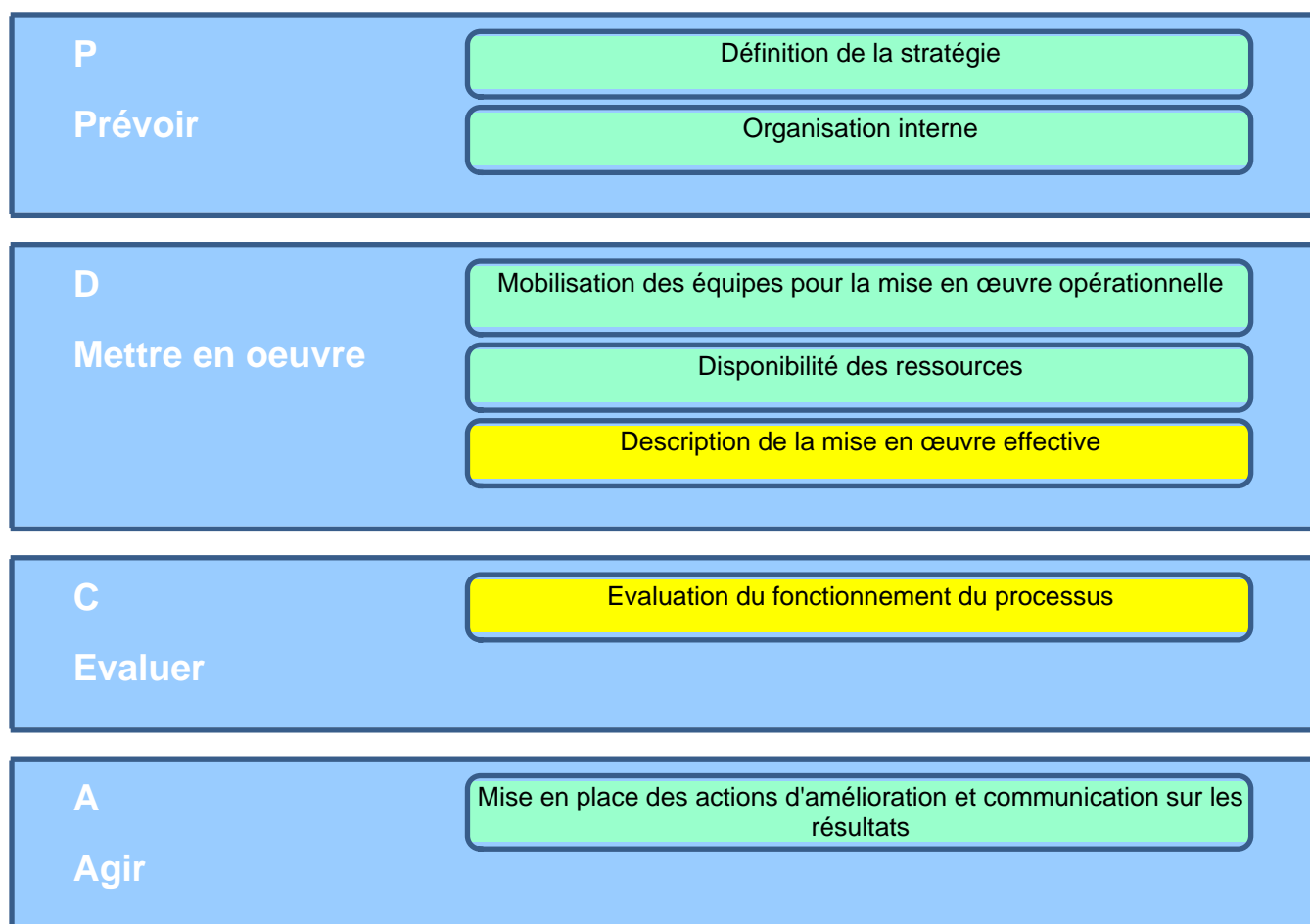
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du Centre hospitalier Lucien Husel de Vienne relative au parcours du patient est décrite dans son projet d'établissement 2013-2017, elle s'appuie sur une analyse des besoins de santé du territoire. Le projet médical partagé (PMP) de territoire récemment rédigé pour la période 2017- 2021 fixe de nouvelles priorités dans le contexte élargi du Groupement Hospitalier de Territoire "Valrhône-santé" dont le CH de Vienne est l'établissement pivot. Ces priorités sont déclinées en objectifs par grandes filières de prise en charge, en cohérence avec les orientations du contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) passé avec l'ARS. De nouveaux contrats de pôle sont aussi en cours d'élaboration.

Les cartographies des principaux parcours patients ont été réalisées afin de produire des analyses de risques spécifiques. Le compte qualité de l'établissement présente ainsi 12 analyses de risques relatives au parcours du patient pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, la pédiatrie, la néonatalogie, les alternatives à l'hospitalisation, les consultations, l'hospitalisation à domicile, l'éducation thérapeutique du patient, l'organisation de la sortie, etc. Pour chacune de ces filières, les risques sont hiérarchisés et des priorités d'actions sont définies. Les analyses de risques et les priorités d'actions ont été validées par les instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Au niveau stratégique, le pilotage du parcours patient est porté par le chef d'établissement, le président de la CME et la présidente de la Commission des soins.

Aux niveaux plus opérationnels, les pilotages sont aussi définis. Des groupes de travail ad-hoc ont contribué à l'identification des risques prévalents.

La prise en charge des patients est organisée afin de garantir la continuité des soins. Au niveau médical, les règles de présence sont établies et un système de gardes et d'astreintes permet de s'assurer de la continuité des soins. Au niveau paramédical, les effectifs normés sont respectés et les temps de transmissions sont organisés. Les différents métiers de la rééducation sont représentés dans l'établissement et leur contribution au projet thérapeutique du patient est organisée.

Les locaux sont adaptés pour l'accueil des personnes porteuses de handicap. Les secteurs de gériatrie notamment sont organisés afin de sécuriser le séjour de leurs patients, sans pour autant entraver leurs déplacements. Les prises en charge pédiatriques et périnatales sont, elles aussi, adaptées. La prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) est développée sur la base d'un partenariat actif avec les professionnels libéraux.

Des démarches d'optimisation du séjour hospitalier sont en place, on peut citer à titre d'exemple les programmes PRADO en maternité qui concernent plus de 80% des hospitalisations de ce secteur, ou le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en orthopédie.

Des démarches d'éducation thérapeutique du patient sont développées, mais seuls 2 programmes officiels sont en place, en cardiologie et en diabétologie.

Les urgences vitales intra-hospitalières sont organisées, elles reposent sur une procédure partagée et sur un numéro d'appel unique. Les chariots et sacs d'urgence sont normalisés et la formation des professionnels est en place.

Un plan de formation est élaboré sur la base des priorités de l'établissement et des demandes individuelles des professionnels. Des formations à la prise en compte du risque suicidaire sont notamment organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La coordination des professionnels autour de la prise en charge des patients est effective. Des réunions pluri-professionnelles et des temps de synthèse sont retrouvés dans la majorité des secteurs d'activité. On peut citer à titre d'exemple le travail sur l'accueil en gériatrie, l'élaboration des projets de rééducation du patient en MPR ou la contribution des rééducateurs et de l'équipe mobile de soins palliatifs dans les différentes unités. Des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles sont conduites et des priorités d'amélioration sont définies au sein des secteurs d'activités. Les professionnels rencontrés connaissent les priorités des services qui concernent souvent l'amélioration de l'accueil, la bientraitance, la prise en charge de la douleur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation et la maintenance des locaux et équipements sont adaptées aux nécessités de la prise en charge, notamment pour les populations nécessitant des dispositions spécifiques (gériatrie, MPR, pédiatrie...). On peut citer l'équipement du SSR gériatrique en dispositif sur rails pour la manutention des patients, ou la surveillance du niveau sonore en néonatalogie. Les équipements d'urgence sont entretenus.

La continuité des approvisionnements est en place y compris en dehors des heures ouvrables.

La gestion des compétences permet de maintenir la sécurité des soins. Les fiches de postes sont réalisées, des entretiens d'évaluation sont habituels, les nouveaux professionnels et les étudiants sont accompagnés lors de leur prise de fonction.

Les professionnels rencontrés bénéficient largement d'une formation aux urgences vitales. En 2016, 231 professionnels ont été formés AFGSU, et les soignants connaissent le système d'alerte ; des formations ont également été réalisées concernant le risque suicidaire (12 en 2016).

Cependant, les documents ne sont pas totalement actualisés : la documentation relative au parcours du patient est partagée entre différents supports où coexistent parfois plusieurs versions d'un même document.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans la majorité des unités et notamment lors des investigations patients traceurs, les experts visiteurs ont pu observer des prises en charge très organisées. Les admissions programmées sont majoritaires, l'accueil est effectif, et le projet thérapeutique est formalisé dans le dossier du patient. Les prises en charge sont actualisées par les observations médicales régulières et par les transmissions paramédicales.

Cependant, les observations sur l'état de santé du patient ne sont pas systématiquement rédigées dans des délais compatibles avec les nécessités de la prise en charge : l'investigation des patients traceurs en neurologie et chirurgie viscérale montre respectivement que le suivi médical n'est pas assuré et tracé pendant le week-end, et une absence de traçabilité des observations quotidiennes dans le dossier médical informatisé.

Le patient ou ses proches sont associés à la prise en charge, notamment en pédiatrie ou en Unité cognitivo-comportementale. Les rééducateurs contribuent à l'élaboration et à l'actualisation du projet thérapeutique.

Les interfaces sont organisées comme entre les services de neurologie et de SSR ou entre la pneumologie /soins palliatifs et l'HAD.

Les hospitalisations non programmées ont été structurées lors d'un travail institutionnel. On retrouve des salons de sortie visant à fluidifier les mouvements des patients et à mieux prendre en charge la problématique des hospitalisations urgentes.

La traçabilité de l'entretien des équipements d'urgence est assurée.

Les diététiciennes interviennent sur prescription médicale et tracent leur prise en charge dans le dossier patient. Le suivi nutritionnel est organisé dans les unités de soins sur la base d'une mesure de l'IMC, mais l'évolution du poids avant l'hospitalisation est plus rarement tracée. Les observations des experts visiteurs dans ce domaine sont en conformité avec les résultats de l'indicateur TDN3.

Les professionnels sont sensibilisés à la détection du risque suicidaire, les possibilités de recours à des psychologues ou à l'équipe de psychiatrie de liaison sont connues.

Les sorties sont organisées notamment dans le cadre du dispositif PRADO. Des documents de liaison sont utilisés par les équipes paramédicales.

Toutefois, le délai d'envoi du document de sortie au médecin traitant ne respecte pas toujours les délais nécessaires à la continuité des soins. Les comptes rendus d'hospitalisation sont adressés au médecin traitant dans des délais assez variables entre les unités de soins : certains services comme le SSR gériatrique respectent le délai maximal de 48h00, mais d'autres le dépassent largement, comme le montre les résultats de l'indicateur "délai d'envoi du document de sortie" en MCO.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation des pôles d'activités cliniques repose principalement sur des indicateurs quantitatifs (IPDMS, TOM, nombres de venues/ d'actes...). Des indicateurs plus qualitatifs sont également élaborés et certains sont prévus dans les futurs contrats de pôle, comme la consommation de solution hydro alcoolique ou les taux de ré-hospitalisation. Certains secteurs, comme en HAD, suivent la satisfaction des patients et des partenaires ou développent des évaluations en interne.

Cependant, l'évaluation du dispositif est partielle : l'évaluation des objectifs des pôles en matière d'organisation du parcours du patient n'est pas structurée, il n'est pas retrouvé de dispositif d'évaluation qualitatif ajusté aux objectifs des pôles.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont conduites à l'issue des démarches d'évaluation des pratiques, comme par exemple le projet de détection de la dénutrition à partir de la grille de Braden, ou à l'occasion de restructuration comme le travail sur l'accueil en gériatrie.

On peut citer également les évolutions liées au déploiement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), ou la mise en œuvre du projet ANAP de gestion des lits qui a sensiblement amélioré l'efficacité de l'établissement.

La communication sur les objectifs d'amélioration et sur les actions d'évaluation passe principalement par les rendez-vous institutionnels et par les réunions de services et d'encadrement. Ces réunions sont régulières.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	Les documents ne sont pas totalement actualisés. La documentation relative au parcours du patient est partagée entre différents supports où coexistent parfois plusieurs versions d'un même document.	1a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les observations sur l'état de santé du patient ne sont pas systématiquement rédigées dans des délais compatibles avec les nécessités de la prise en charge. Lors de l'investigation du patient traceur en neurologie, il a été constaté que le suivi médical n'était pas assuré et tracé pendant le week-end. La visite du samedi matin réalisée par un médecin du service n'a pas fait l'objet d'un mot de suivi dans le dossier du patient. En chirurgie viscérale, il a été constaté l'absence d'observation quotidienne dans le dossier médical informatisé : par exemple, pour un patient admis le 13/06 avec une observation d'entrée, il a été retrouvé un mot de suivi daté du 22/06, sans autre observation dans l'intervalle, permettant de tracer le suivi médical du patient pendant son séjour.	17a
	NC	Les demandes médicales d'examens ne sont pas identifiées, justifiées. Les prescriptions des examens de biologie sont faites et signées sur un formulaire médical de prescription dans le dossier "papier". Les infirmières en charge de la réalisation de l'acte sont amenées à retranscrire la prescription sur le bon, qui ne fait pas mention des renseignements cliniques et n'est pas signé par le médecin demandeur.	22a
	PS	Le délai d'envoi du document de sortie au médecin traitant ne respecte pas toujours les délais nécessaire à la continuité des soins. Les comptes rendus d'hospitalisation sont adressés au médecin traitant dans des délais assez variables entre les unités de soins : certains services comme le SSR gériatrique respectent le délai maximal de 48h00, mais d'autres le dépasse largement, comme le montre les résultats de l'indicateur "délai d'envoi du document de sortie" en MCO.	24a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation du dispositif est partielle. L'évaluation des objectifs des pôles en matière d'organisation du parcours du patient n'est pas structurée, il n'est pas retrouvé de dispositif d'évaluation qualitatif ajusté aux objectifs des pôles.	17a

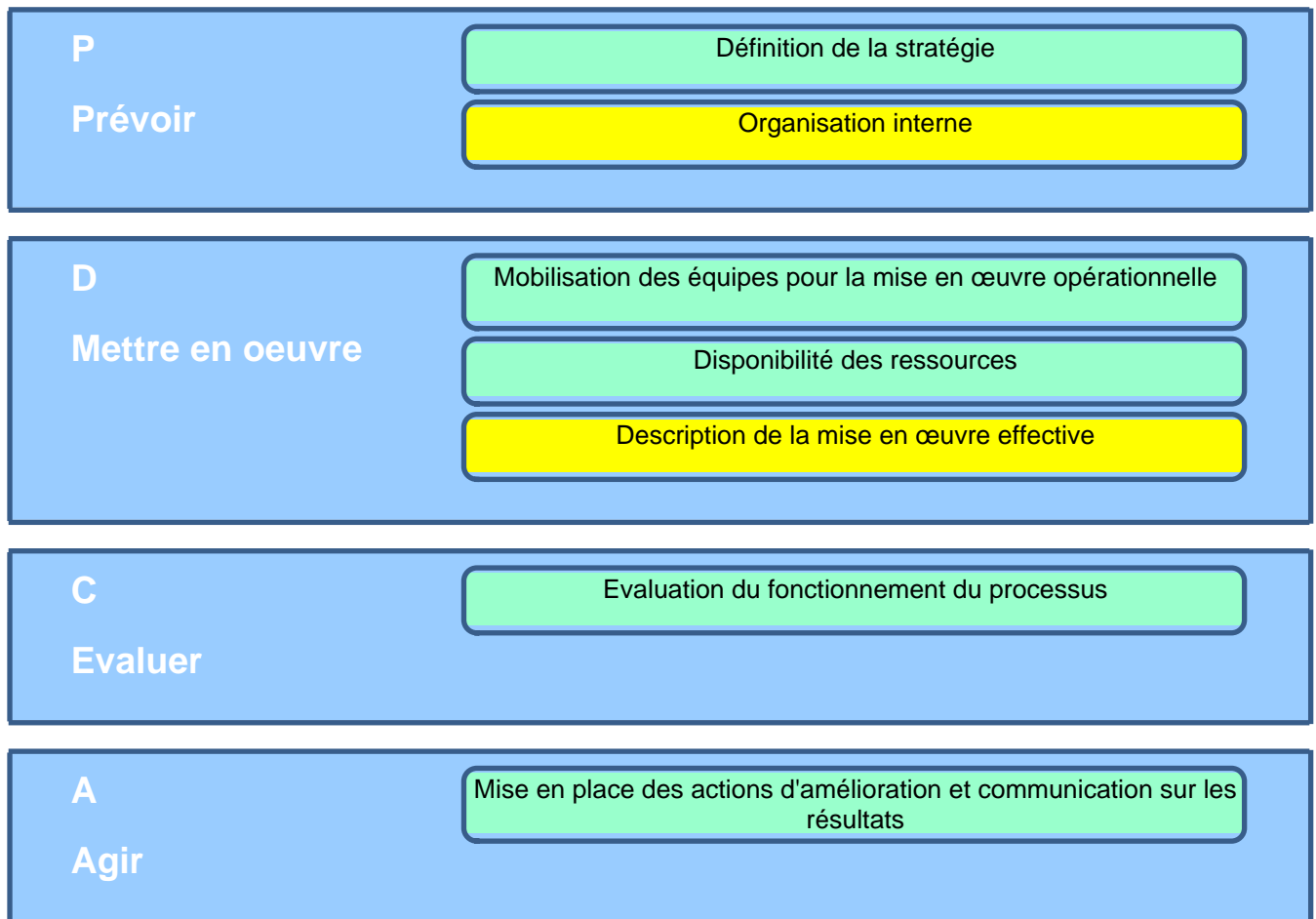
DOSSIER PATIENT

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient engagée en 2016 est validée depuis le 23 mars 2017 par les instances de l'établissement. Elle définit les règles de gestion du dossier patient informatisée et des éléments restant du dossier papier (GDM). Cette politique précise la stratégie visant à faire du dossier patient informatisé le support principal de l'information patient. Les modalités d'intégration dans ce support informatique des éléments papier constitutifs du dossier patient unique du Centre hospitalier de Vienne y sont retrouvées.

L'identification des risques et des besoins, débutée en janvier 2016, a été réalisée par la commission du dossier patient et de l'information médicale (CODPIM) qui est une sous-commission pluridisciplinaire de la CME. Cette analyse de risques a été validée par les instances (CME, CTE, Directoire).

L'identification des risques a permis de formaliser un programme d'amélioration qualité et gestion des risques 2016-2020, comprenant 4 risques eux même déclinés en 4 actions d'amélioration prioritaires.

Le programme est coordonné avec le compte qualité de l'établissement. Le niveau de criticité, les pilotes et les échéances de mise en place sont précisés. Les 4 priorités consistent à réaliser une politique du dossier patient, à constituer un guide, à améliorer la maîtrise des erreurs d'intégration dans le DPI et à constituer une sélection d'indicateurs de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le centre hospitalier de Vienne a établi une organisation pour piloter le processus "Dossier du patient". Les pilotes sont nommés, leurs rôles et responsabilités sont formalisés. Les pilotes, un médecin de santé publique et un Cadre de Santé, sont les membres de la CODPIM (commission du dossier patient et de l'information médicale). Un bilan annuel du déploiement du DPI et de sa tenue sont prévus.

L'organisation de la réponse aux besoins est effective, un plan d'action d'amélioration de la gestion du dossier est structuré et des temps pour la mise en œuvre sont organisés.

Cependant, les règles de tenue du dossier patient ne sont pas définies : la partie "papier" du dossier patient est hétérogène entre les unités, ce qui ne permet pas d'établir des règles communes ; il n'est pas retrouvé de modes opératoires spécifiques aux diverses unités.

Un dispositif de formation pluriannuel au DPI existe, il est piloté par l'équipe DPI.

Il existe une organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès. Un dispositif de maîtrise et de sécurisation des droits d'accès au DPI est prévu.

Les interfaces fonctionnent entre le DPI, les prescription médicale et la diffusion des examens de biologie. Lorsque il n'y a pas d'interface entre les logiciels, la traçabilité des prescriptions est organisée avec des prescriptions médicales papier datées, signées et colligées dans le dossier. Des interfaces avec des dossiers patients hors établissement existent. Un plan de formation et de communication en lien avec le dossier patient est organisée. Il existe un plan de communication 2017 diffusée en interne sur les avancés du DPI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les Pilotes, les membres de l'équipe DPI et les cadres sensibilisent les professionnels sur la tenue du dossier patient. Cette sensibilisation prend en compte l'analyse des risques de leur secteur notamment celle relative à la traçabilité des éléments papier constitutifs du dossier patient. Les cadres des services mobilisent les professionnels au regard des résultats détaillés des indicateurs IQSS 2015 qui leur permettent d'objectiver les marges de progression dans la tenue du dossier. Les responsables DPI contribuent à cette sensibilisation pour mettre en œuvre des actions d'amélioration prévues au programme. notamment pour que les éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge soient présents en temps utile dans le dossier patient unique.

Les professionnels habilités peuvent accéder aux dossiers DPI de tous les services. Un contrôle est organisé sur la pertinence des accès aux données du dossier notamment avec l'aide de requêtes automatiques. La gestion des droits d'accès ou de fermeture au DPI relève de l'équipe DPI. La continuité de cette prestation est assurée par les cadres d'astreinte. Les modalités d'accès au dossier par les patients ou les ayants droits sont gérés en périphérie des pilotes du processus par un médecin et un

secrétariat identifiés. Ce médecin supervisent la pertinence, le suivi et l'évaluation des demandes d'accès. Le mode dégradé en cas d'anomalie de fonctionnement du dossier patient informatisé est opérationnel avec le recours aux documents papier permettant la continuité de la prise en charge. Un dispositif de sauvegarde informatiques garantie en cas de panne informatique l'accès à l'historique des prescriptions médicales et des thérapeutiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les responsables disposent des compétences et des expertises en lien avec la mise en œuvre de la politique du dossier patient. Le déploiement des outils informatiques et papier répond aux attendus. L'équipe DPI en charge du déploiement du dossier s'appuie sur des référents volontaires qu'elle forme dans chaque service. Les équipes soignantes sont sensibilisées aux enjeux liés au dossier patient par les pilotes, les responsables des services et les référents.

L'équipe DPI organisent des formations régulières ouvertes aux nouveaux arrivants (médicaux, paramédicaux et internes) et aux référents. Les cadres peuvent y intégrer les professionnels en difficulté avec le maniement du DPI. Les ouvertures de droits sont réalisés par l'équipe DPI en temps réel et en lien avec la DRH qui signale des arrivants et des sortants. Les utilisateurs du DPI sont destinataires d'une charte de bonne utilisation.

Il existe, suivant les services, différents documents papier relatifs à la prise en charge. Les professionnels connaissent les éléments spécifique à leurs services et les intègrent au dossier. Dans les différents secrétariats, une numérisation des documents papier est mis en œuvre afin d'alimenter le DPI, cette numérisation est hétérogène mais significative.

La gestion documentaire n'est pas totalement maîtrisée : l'utilisation d'éléments papier qui diffèrent d'un service à l'autre rend difficile la réalisation d'un guide unique de gestion du dossier patient. Lors des investigations, il n'a pas été retrouvé de guide dans tous les services.

L'actualisation du guide du dossier patient est une action d'amélioration du compte qualité.

Les locaux et les moyens informatiques sont adaptés. Les modules et items nécessaires à la traçabilité des étapes de la prise en charge du patient sont disponibles pour le dossier informatique et papier.

Les archives sont accessibles et administrées par un service dédié. Les locaux des archives sont conformes et regroupent tous les dossiers. Les responsables suivent les dossier à l'aide d'un logiciel qui trace la date et les demandeurs successifs.

Cependant, la mise à disposition du dossier en temps utile entre les professionnels n'est pas assurée : il existe des stockages de dossiers patients dans les secrétariats médicaux, ce constat est confirmé par l'investigation issue des patients traceurs en pneumologie et oncologie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'utilisation du dossier et l'organisation générale du processus. La création du dossier se fait par un service unique : le bureau des admissions qui vérifie l'exactitude de l'identité.

Les principaux éléments permettant une communication entre professionnels internes et externes sont retrouvés sur le dossier patient. Les observations des experts visiteurs dans ce domaine sont en conformité avec les résultats des IQSS de l'établissement. Chaque pièce du dossier comporte l'identité du patient, chaque étape est datée. L'identité des professionnels ayant participé à la prise en charge est tracée.

Les différents séjours sont tracés dans le dossier du patient informatisé. Les éléments papier sont rassemblés dans une chemise cartonnée identifiée.

Cependant, les interfaces ne sont pas opérationnelles :

- l'ensemble des applications informatiques de gestion du patient ne sont pas interfacées. A titre d'exemple, les logiciels des Urgences et de l'HAD nécessitent de re-prescrire de manière manuscrite, dès lors que le patient est transféré dans un autre service, ce qui présente un risque potentiel dans la continuité de la prise en charge (l'absence de support unique de prescription peu présenter un risque d'erreur ou d'oubli).
- les demandes médicales d'examen de laboratoire ne sont pas disponibles sur le DPI, ce qui nécessite la retranscription des prescriptions par le personnel infirmier sur les bons de prélèvement,
- la prescription de prémédication ou d'autorisation de sortie de SSPI ne remonte pas dans le DPI sous la forme d'une prescription médicale.

L'accès au dossier patient informatique et papier est possible pour tous les professionnels, quel que soit le service où se trouve le patient. Le DIM réalise des requêtes de manière aléatoires à la recherche d'éventuelles anomalies de connexion.

Les règles de confidentialité sont respectées. La confidentialité des mots de passe est respectée et chaque professionnel accède au DPI avec sa session informatique individualisée. Les professionnels qui ne signent pas la charte d'utilisation des droits voient leurs accès au DPI fermé. Lors des déplacements des dossiers dans l'établissement, la sécurité et l'anonymat de la chemise sont respectés.

Cependant, l'accès au dossier patient n'est pas toujours protégé. Il a été constaté lors des investigations issues du patient traceur, l'existence de salles de soins sans dispositif permettant d'en sécuriser l'accès, alors que des dossiers patients y sont entreposés.

L'émission du compte rendu d'hospitalisation est réalisée majoritairement le jour de la sortie du patient, lorsque sa réalisation n'est pas possible, une fiche de liaison est établie par le médecin et remise au patient.

L'accès du patient à son dossier est assuré, l'information sur les délais est transmise annuellement à la CDU, les responsables du dossier patient ont identifié que 33% des dossiers patients de moins de 5 ans sont remis au demandeur au delà du seuil des 8 jours.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes assurent une évaluation régulière de la gestion du dossier patient sur la base des indicateurs IQSS, ces indicateurs sont appropriés par les cadres.

Des extractions ponctuelles réalisées sur le DPI permettent à l'équipe DPI de transmettre aux responsables de services des indicateurs. Ces indicateurs sont analysés en CODPIM. Le bilan d'activité institutionnel décline les principales actions 2016 (les transmissions ciblées, l'accompagnement personnalisé des équipes,..) et les nouvelles fonctionnalités menées. L'un des pilotes participe au Club des utilisateurs de l'éditeur du logiciel et partage à ce titre les évaluations de tous les établissements utilisateurs.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers patients est réalisée à l'aide d'indicateurs, notamment en mesurant le pourcentage de dossiers transmis dans les délais. Des actions d'évaluation sont initiées par les pôles voire les services mais les modalités d'évaluation ne sont pas institutionnellement définies.

Cependant, le processus est partiellement évalué. Le programme d'amélioration du dossier est prévu pour être réajusté annuellement par la CODPIM suivant le résultat des évaluations, mais la démarche étant récente, cette actualisation n'a pas été réalisée ou soumise à la CME et au Directoire au moment de la visite.

De même, les 4 actions d'amélioration du programme qualité n'ont pas donné lieu à leur évaluation, comme le confirme l'absence de formalisation de l'évaluation dans la politique du dossier patient en date du 28/03/2017.

A / AGIR

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

Les évaluations amènent les responsables à identifier les points d'amélioration sur les éléments constitutifs du dossier. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations par les pilotes ou les responsables des services et des pôles cependant l'actualisation du guide du dossier patient informatisé est une action d'amélioration du compte qualité dont l'échéance est en juin 2017 mais non réalisée au moment de la visite. La mise en place d'outils d'évaluation propre au DPI (requêteur) permettant d'identifier les éléments du dossier est insuffisamment remplis pour être opérationnelle. Ces outils de suivi des actions d'amélioration sont utilisés par les cadres.

En externe la participation et les résultats des évaluations du club des utilisateurs du DPI permettent d'engager des évolutions du DPI.

Cependant, l'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients ne donne pas lieu à des actions d'amélioration. Le résultat des IQSS 2015 indique que 33% des demandes d'accès (pour les dossiers de moins de 5 ans) sont transmises dans un délai supérieur au seuil de 8 jours. Au moment de la visite, aucune action d'amélioration n'a été engagée, comme le confirment les objectifs prioritaires du programme d'amélioration de la qualité de la thématique.

Les supports et les modalités de diffusion se font par la communication des résultats en interne. La communication sur les actions d'amélioration est réalisée par le bilan via l'Intranet. Les représentants des usagers et la CDU y sont associés.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas totalement définies. La partie "papier" du dossier patient est hétérogène entre les unités, ce qui ne permet pas d'établir des règles communes ; il n'est pas retrouvé de modes opératoires spécifiques aux diverses unités.	14a
D / Disponibilité des ressources	PS	La mise à disposition du dossier en temps utile entre les professionnels n'est pas assurée. Il existe des stockages de dossiers patients dans les secrétariats médicaux, ce constat est confirmé par l'investigation issue des patients traceurs en pneumologie et oncologie.	14a
	PS	La gestion documentaire n'est pas totalement maîtrisée. L'utilisation d'éléments papier qui diffèrent d'un service à l'autre rend difficile la réalisation d'un guide unique de gestion du dossier patient. Lors des investigations, il n'a pas été retrouvé de guide dans tous les services. L'actualisation du guide du dossier patient est une action d'amélioration du compte qualité.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les interfaces ne sont pas opérationnelles. - l'ensemble des applications informatiques de gestion du patient ne sont pas interfacés. A titre d'exemple, les logiciels des Urgences et de l'HAD nécessitent de re-prescrire de manière manuscrite, dès lors que le patient est transféré dans un autre service, ce qui présente un risque potentiel dans la continuité de la prise en charge (l'absence de support unique de prescription peut présenter un risque d'erreur ou d'oubli). - les demandes médicales d'examen de laboratoire ne sont pas disponibles sur le DPI, ce qui nécessite la retranscription des prescriptions par le personnel infirmier sur les bons de prélèvement, - la prescription de prémédication ou d'autorisation de sortie de SSPI ne remonte pas dans le DPI sous la forme d'une prescription médicale.	14a
	PS	L'accès au dossier n'est pas toujours protégé. Il a été constaté lors des investigations issues du patient traceur, l'existence de salles de soins sans dispositif permettant d'en sécuriser l'accès, alors que des dossiers patients y sont entreposés (à titre d'exemple, la salle de soins de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ne dispose pas de dispositif de fermeture permettant de sécuriser l'accès).	14a
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le processus est partiellement évalué. Le programme d'amélioration du dossier est prévu pour être réajusté annuellement par la CODPIM suivant le résultat des évaluations, mais la démarche étant récente, cette actualisation n'a pas été réalisée ou soumise à la CME et au Directoire au moment de la visite. De même, les 4 actions d'amélioration du programme qualité n'ont pas donné lieu à leur évaluation, comme le confirme l'absence de formalisation de l'évaluation dans la politique du dossier patient en date du 28/03/2017.	14a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients ne donne pas lieu à des actions d'amélioration. Le résultat des IQSS 2015 indique que 33% des demandes d'accès sont transmises dans un délai supérieur à 8 jours. Au moment de la visite aucune action d'amélioration n'a été engagée comme le confirme les objectifs prioritaires du programme d'amélioration de la qualité de la thématique (cf page 25). La coordination et le choix des indicateurs ne sont pas formalisés	14a

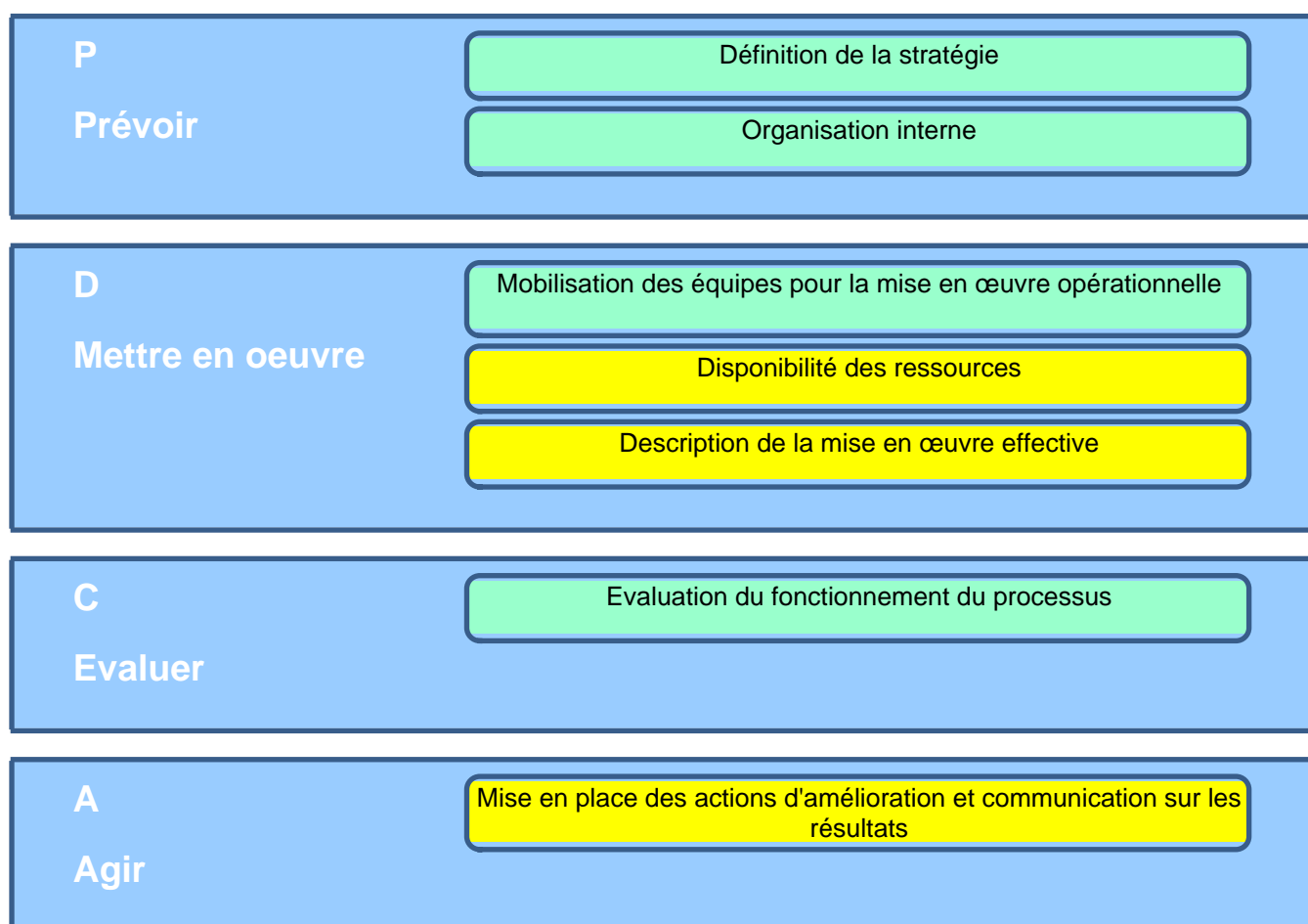
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) 2015-2019. Cette politique, validée par les instances concernées, est formalisée dans le manuel Qualité pharmacie de la PECM. Elle a été établie sur la base de l'arrêté du 6 avril 2011, de l'analyse des erreurs médicamenteuses, de l'inspection ARS de 2015, des études ARCHIMED (2012 et 2015), des recommandations de la précédente certification, et d'une analyse de processus. Les objectifs de la politique sont de : développer la culture de sécurité dans l'établissement ; mettre en place de la gestion des risques associées aux soins ; informatiser le dossier patient ; généraliser les bonnes pratiques de prescription et d'administration et notamment chez le sujet âgé ; formaliser la stratégie d'analyse pharmaceutique des ordonnances ; gérer des médicaments à risques et « never events » ; sécuriser le stockage dans les pharmacies des services de soins ; gérer les traitements personnels des patients. Un contrat de bon usage des médicaments a été validé avec l'ARS pour la période 2014-2018. Le Manuel Qualité (mars 2015) est élaboré en concertation avec les acteurs de la PECM (médecin, pharmacien, direction des soins, RSMQPECM) et validé au sein de la COMEDIMS. Le manuel est accessible via le logiciel de gestion documentaire sur l'intranet de l'établissement. Par ailleurs, l'établissement développe la conciliation médicamenteuse chez le sujet âgé en UHCD. Des analyses des risques a priori ont été réalisées sur l'ensemble des secteurs de la PECM (PUI + URC) et des unités de soins à partir de l'outil ARCHIMED en 2012 et 2015. Les principaux risques ont été intégrés au compte qualité. Ils concernent l'absence de prescription sur support validé ; la non réévaluation du traitement antibiotique ; le cumul des traitements personnel et hospitalier ; et l'erreur liée à la non connaissance de la bonne utilisation des pousses-seringues PSE ou des pompes PCA. L'informatisation de la PECM est quasi complète sur l'ensemble du Centre Hospitalier de Vienne (98% des lits sont informatisés), seuls les secteurs de soins continus, de néonatalogie, du bloc et de la SSPI et l'unité de chirurgie ambulatoire ne le sont pas. Le Centre Hospitalier de Vienne dispose de différents outils de prescription informatisée, adaptés à l'activité concernée (chimiothérapie, urgence, et services cliniques).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement dispose d'une PUI (Pharmacie à Usage Intérieur). L'organigramme de la PUI est défini et actualisé (juin 2017). La directrice des services économiques et de la certification a été désignée responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM). Elle assure également la mission de coordinateur de la gestion des risques associés aux soins. Pour ces deux missions, elle dispose d'une quotité de temps allouée de 0,5 ETP. Le RSMQPECM pilote la mise en œuvre et le suivi du programme d'actions. Un responsable qualité de la PUI est également nommé. De plus l'organisation de la prise en charge médicamenteuse est structurée autour de la COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), d'un comité de pilotage PECM qui se réunit deux fois par an. Des pilotes ont été désignés pour chacun des sous-processus de la prise en charge médicamenteuse (Organisation ; Prescription ; Gestion de la pharmacie ; Gestion des dotations dans les services ; Préparation, administration et surveillance). Une CAI (Commission des Anti-infectieux) est également opérationnelle. L'ensemble des rôles, responsabilités et missions sont définis dans le manuel qualité et dans des fiches de poste accessible sur l'intranet de l'établissement. Les problématiques scientifiques sont examinées par la COMEDIMS ; celles qui relèvent de l'organisation sont traitées par le COPIL. La pharmacovigilance est coordonnée et structurée avec un référent identifié. Sa mise en œuvre est opérationnelle et connue des professionnels. Un dispositif de gestion des erreurs médicamenteuses intégré au circuit de signalement des événements indésirables est en place. La liste des prescripteurs habilités est détenue à la PUI et est gérée par l'attribution d'un identifiant aux prescripteurs en fonction de leur profil pour l'utilisation des outils de prescription informatisée. La permanence pharmaceutique est organisée sur la base d'astreinte des pharmaciens en dehors des heures d'ouverture de la PUI. L'établissement identifie les besoins en formation continue garantissant la maîtrise du processus et planifie les actions de formation nécessaires (ex. : sécurisation du circuit du médicament, devenez référent gaz médicaux, DPI-ORBIS). Un plan de formation existe en fonction des risques et des besoins. Il existe un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants, notamment des préparateurs en pharmacie affectés aux activités de préparation des chimiothérapies. Des formations sont organisées pour les nouveaux prescripteurs (y compris les internes) lors de leur intégration. Le code d'habilitation est retiré en cas de non validation de la charte DPI dans les 48h suivant la prise de fonction. Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont mises en

œuvre, notamment dans le cadre réunion « cas du mois » (staff EPP) qui se tiennent 2 à 3 fois par trimestre (hors période estivale) en présence des prescripteurs.

Les locaux de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) sont conformes à la réglementation et permettent le respect des bonnes pratiques en matière de préparation. L'organisation de la PUI permet la séparation des zones de retrait des médicaments.

L'accès aux PUI, URC, secteurs de rétrocession est organisé et sécurisé.

L'ensemble des étapes du processus de prise en charge médicamenteuse est formalisé dans des procédures et protocoles disponibles et accessibles au sein de l'outil de gestion documentaire informatisé et/ou du répertoire partagé. La PUI du CH de Vienne est équipé d'un stockeur rotatif vertical automatisé. Un dispositif de maintenance préventive et curative est en place. Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est intégré au système d'information du CH et son déploiement est quasi-total (98% des lits).

Des outils d'aide à destination des professionnels sont formalisés et actualisés (Livret thérapeutique du 27/05/2016 ; Guide d'utilisation des antibiotiques injectables ; Guide de prescription médicamenteuse en cas de fonction rénale altérée ; Guide d'administration pour les patients présentant des troubles de la déglutition ou ayant une sonde entérale ; Guide de nutrition artificielle ; Guide pour la prescription médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée de plus de 80 ans ; Guide pratique pour la prescription sur ORBIS ; Guide pratique pour le prescription sur ORBIS pour Sages-Femmes).

Les règles de prescriptions, dispensation et administration sont définies, disponibles sur la GED

Des documents d'information sur les traitements médicamenteux sont à la disposition des patients, notamment dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique. L'établissement a défini les différents circuits et interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. Ces circuits intègrent la gestion des déchets pharmaceutiques, la livraison des médicaments dans les secteurs, le retour des périmés. La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus, est organisée.

L'établissement dispose de plusieurs outils de prescriptions informatisés (au sein du dossier patient informatisé, pour les urgences et pour les chimiothérapies), quelques secteurs sont encore en prescription papier (soins continus, Néonatalogie, bloc et SSPI, UCA). L'interface entre les urgences et les unités d'hospitalisation est assuré par une édition papier de l'outil des urgences et l'intégration automatique d'un pdf dans le dossier patient informatisé et une prescription sur support papier des urgentistes en attente de la reprise de la prescription par un médecin de l'unité dans le dossier patient informatisé. Le secteur HAD édite le plan d'administration du dossier patient informatisé pour les IDE se rendant au domicile du patient sur lequel est tracée la prise du traitement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de secteur communique auprès de son équipe, sur les objectifs, le programme d'action, en lien avec le processus prise en charge médicamenteuse, et recueille leurs avis quant aux risques et besoins spécifiques à leur secteur. Selon ces besoins et risques spécifiques, il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, identifie des objectifs opérationnels traduits en actions opérationnelles dans son projet de service et les met en œuvre.

Les professionnels de terrain sont informés des enjeux, risques, objectifs et plans d'actions établis pour leur secteur, en déclinaison du programme qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ils sont sensibilisés au bon usage des médicaments et aux spécificités de leur secteur au regard des types de prise en charge et populations accueillies.

Les équipes participent au recueil et l'analyse collective des erreurs médicamenteuses, à la déclaration et à l'analyse collective des événements indésirables, aux démarches d'EPP, au traitement des plaintes et réclamations. Ils ont accès aux résultats de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement.

Des audits sont faits régulièrement et des indicateurs sont suivis sur le circuit du médicament : audits cliniques CBUM, audits de processus (traçabilité des DMI, traitement personnel du patient, respect de la procédure de stockage dans les réfrigérateurs), indicateurs (nombre de personnes formées à la prescription informatisée, nombre d'erreurs médicamenteuses signalées sur la prescription et analysées de manière pluridisciplinaire, nombre d'erreur médicamenteuses signalées sur le stockage dans les unités de soins et analysées de manière pluridisciplinaire, nombre d'erreur médicamenteuses signalées sur l'administration et analysées de manière pluridisciplinaire, taux de traçabilité des administrations de médicaments sur l'outil de prescription informatisée, taux d'interventions pharmaceutiques en chirurgie).

Les secteurs de soins sont informés de leurs résultats. Des staffs EPP (cas du mois) sur l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectuées régulièrement. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

Les référents pharmacie des services sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des CREX et des RMM sont mises en œuvres régulièrement avec la participation des pharmaciens. Un

retour d'expérience sur l'analyse des erreurs médicamenteuses est fait régulièrement auprès des soignants et des médecins à l'occasion des réunions « cas du mois ».

L'expérience et le ressenti des professionnels de santé face aux erreurs médicamenteuses au Centre Hospitalier de Vienne a fait l'objet d'une EPP sous forme d'enquête.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs. Des référents pharmacie IDE sont responsables de l'armoire à pharmacie ainsi que l'atteste le « profil de poste IDE ou sage-femme référent pharmacie dans les unités de soins ». La quasi-totalité des services du CH de Vienne dispose d'une prescription informatisée, hormis les soins continus, la néonatalogie, l'unité de chirurgie ambulatoire et les blocs et SSPI.

A chaque début de semestre, lors de l'arrivée des internes, un temps est dédié à la formation au logiciel de prescriptions médicamenteuses. Il en est de même pour tout nouveau médecin intégrant un service. Un code d'accès spécifique et confidentiel n'est délivré qu'après avoir eu cette formation.

Les infirmières ont toutes été formées à l'utilisation de ce logiciel afin d'assurer la traçabilité de l'administration. Elles ont toutes un code d'accès spécifique et confidentiel.

Les ressources en matériel sont adaptées, de nombreux chariots dotés d'écrans informatiques permettent aux médecins d'assurer la prescription médicamenteuse lors de la visite. Ces chariots permettent aux infirmières d'assurer la traçabilité de l'administration en temps réel.

L'accès à la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et à l'URC est sécurisé.

Cependant, les ressources matérielles mises à disposition ne sont pas totalement adaptées et conformes :

- les locaux de la PUI ne permettent pas de garantir le respect des bonnes pratiques concernant les préparations magistrales, car la zone de fabrication des préparations magistrales de la PUI n'est pas séparée du reste de l'activité, et ne garantit pas par ailleurs pour le préparateur, des conditions de travail sereines (absence d'agitation, de distraction ou d'interruption).

- les locaux de la PUI ne sont pas conformes : une inspection ARS (08/06/2015) a mis en évidence la vétusté et l'état dégradé des locaux de la PUI, notamment le quai de déchargement inadapté et la zone de réception, ne permettant pas de respecter les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

Une AMO (assistance à la maîtrise d'ouvrage) est en cours de sélection, afin de réaliser la restructuration des locaux.

Les règles et supports de prescription validés sont accessibles à l'ensemble des professionnels sur l'intranet. On y trouve notamment le Livret thérapeutique du 27/05/2016 ; le Guide d'utilisation des antibiotiques injectables ; le Guide de prescription médicamenteuse en cas de fonction rénale altérée ; le Guide d'administration pour les patients présentant des troubles de la déglutition ou ayant une sonde entérale ; le Guide de nutrition artificielle ; le Guide pour la prescription médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée de plus de 80 ans ; le Guide pratique pour la prescription sur ORBIS ; le Guide pratique pour la prescription sur ORBIS pour Sages-Femmes. Le logiciel de prescriptions médicamenteuses comprend des protocoles en lien avec le médicament, des règles de prescriptions spécifiques pour la personne âgée et une liste de médicaments « alertes ».

Cependant, la gestion documentaire de la PUI n'est pas centralisée. Le système documentaire de la PUI est basé sur deux outils différents : la GED du centre hospitalier pour la documentation transversale à destination des unités de soins, et un répertoire partagé à accès limité pour la documentation spécifique aux activités de la PUI ; l'ensemble n'est pas conforme aux règles préétablies dans le MAQ de la PECM.

Le stockage des médicaments dans les unités de soins est optimisé. Les stocks immobilisés sont réduits. Les systèmes de rangement sont adaptés : armoires fixes, chariots de soins, stockage vertical du MEOPA.

Néanmoins, les règles de gestion des médicaments à risque ne sont pas totalement respectées : les médicaments à risque ne sont pas clairement identifiés comme tel dans les armoires de stockage des unités de soins. Cependant les médicaments à risque "Never events" ont fait l'objet d'une réflexion au COMEDIMS du CH, et notamment le KCI est stocké dans un endroit différent des autres injectables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CH de Vienne développe une démarche de conciliation des traitements médicamenteux auprès de l'UHCD pour les patients de plus de 75 ans et au SSR gériatrique. L'établissement dispose d'un COMEDIMS qui se réunit trimestriellement et assure le management de la prise en charge médicamenteuse, ainsi qu'une commission des antibiotiques (com ATB) qui se réunit 4 fois par an. Le Copil PECM regroupant les pilotes de la thématique se réunit 2 fois par an.

L'analyse pharmaceutique est réalisée systématiquement pour le secteur pédiatrique. Pour les autres secteurs de l'établissement, la PUI a développé une méthode de sélection des ordonnances à partir d'un couplage de différents critères biologiques, des interactions médicamenteuses et d'une liste de médicaments « d'alerte ». Cette méthode a fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi en COMEDIMS.

La traçabilité de la prescription est effective dans la plupart des services.

Toutefois, les bonnes pratiques de prescription ne sont pas toujours mise en oeuvre :

- le support de prescription en SSPI ne permet pas systématiquement l'identification du prescripteur
- lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est retrouvé une prescription d'ACUPAN sur la feuille de suivi en SSPI, sans identification nominative et signature du prescripteur
- les possibilités de prescription ne sont pas limitées pour les sages-femmes dans le logiciel de prescription. Les sages-femmes de l'établissement possèdent un profil "Médecin" leur permettant de prescrire des médicaments en dehors de la liste des médicaments autorisés par l'arrêté du 08/08/2016. Les sages-femmes prescrivent dans la majorité des cas à partir de protocoles prédéfinis dans l'outil informatisé de prescription, limitant ainsi le risque de prescription hors champs de compétence.

Les protocoles et procédures établis sont mis en œuvre pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les interfaces entre les secteurs d'activité sont opérationnelles.

Il existe une information des patients sur le bon usage des médicaments, au travers de support papier et dans le cadre de démarche d'éducation thérapeutique. Le traitement personnel du patient est pris en compte au sein de l'établissement et les professionnels connaissent la procédure mise en place.

Les médicaments préparés au sein de la PUI sont entreposés dans des caisses scellées. Le circuit des stupéfiants est assuré exclusivement par le personnel d'encadrement et ces médicaments sont stockés dans des coffres sécurisés au sein des armoires des unités de soins.

La chaîne du froid est respectée. Les insulines et les produits dérivés du sang sont bien entreposés dans les réfrigérateurs de la PUI, leur transport dans les unités de soins se fait dans des emballages isothermes avant conservation dans les réfrigérateurs des services.

Cependant, la traçabilité du suivi de la température des réfrigérateurs contenant des médicaments thermosensibles n'est pas systématique. Le relevé de la température des réfrigérateurs n'est pas fait quotidiennement par les équipes soignantes dans les unités de soins, notamment au bloc opératoire, en médecine A et à l'UCA.

Par ailleurs, l'identification du médicament jusqu'au moment de sa prise n'est pas garantie. Lors de la préparation des piluliers journaliers dans les unités de soins, les IDE découpent les plaquettes de médicaments (chirurgie orthopédique, médecine A) qui ne sont pas en conditionnement unitaire, ce qui rend difficile l'identification du médicament au moment de son administration (nom et/ou dosage illisible).

La traçabilité de l'administration et de la non-administration est effective dans la plupart des services.

Toutefois, les bonnes pratiques d'administration ne sont pas toujours respectées :

- le support de prescription en SSPI ne permet pas systématiquement la validation de l'administration par le soignant. Lors de l'investigation du bloc opératoire, dans un dossier consulté en SSPI, il est constaté une prescription de titration de morphinique utilisant tout l'espace de prescription, et ne permettant pas la traçabilité de l'administration.

- lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est retrouvé une prescription d'ACUPAN sur la feuille de suivi en SSPI sans identification nominative et signature de l'IDE ayant réalisé l'administration.

- les prescriptions post-opératoires en UCA réalisées sur la feuille de la SSPI ne permettent pas de tracer la validation de l'administration par l'IDE dans la continuité de la prescription.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en œuvre un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus à l'échelle de l'établissement. Ce dispositif s'appuie sur des audits et le suivi d'indicateurs notamment en lien avec le CBUM (traçabilité des DMI, taux de séjours disposant d'une prescription informatisée, taux de traçabilité des administrations de médicaments...), des indicateurs IQSS (tenue du dossier patient, RCP, tenue du dossier anesthésique), d'audits de procédure (gestion du traitement personnel des patients, respect de la procédure de stockage dans les réfrigérateurs...) et d'une enquête sur « l'expérience et le ressenti des professionnels de santé face aux erreurs médicamenteuses ». Un tableau de bord de la PECM est suivi et actualisé annuellement.

Des CREX et des RMM sont mises en œuvre régulièrement avec la participation des pharmaciens. Un retour d'expérience sur l'analyse des erreurs médicamenteuses est fait régulièrement auprès des soignants et des médecins à l'occasion des réunions « cas du mois ».

L'expérience et le ressenti des professionnels de santé face aux erreurs médicamenteuses au Centre Hospitalier de Vienne a fait l'objet d'une EPP sous forme d'enquête. Des staffs EPP sont mis en œuvre concernant notamment la conciliation médicamenteuse en UHCD. Des audits cliniques sont également réalisés sur la prescription médicamenteuse en chirurgie.

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

L'établissement met en œuvre un dispositif d'amélioration continue de l'ensemble du processus. Le plan d'action d'amélioration est suivi par le COPIL prise en charge médicamenteuse. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Toutefois, l'établissement n'exploite pas totalement les résultats d'évaluation externe pour mettre en œuvre ses actions d'amélioration : les écarts relevés par les experts révèlent des non conformités au niveau des pratiques professionnelles ; cette récurrence avait déjà été soulignée lors de la précédente visite de certification V2010, suite à laquelle des décisions avaient été prononcées sur le processus.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée en interne sur l'intranet, auprès de la CME et dans les réunions « cas du mois » auprès des professionnels. Les résultats sont présentés au sein du COMEDIMS, de la CME, du CGPR, et dans l'intranet de l'établissement.

Des retours ciblés sur la démarche de prévention des erreurs médicamenteuses sont fait au sein de la CRUQPC. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés au sein des secteurs d'activité.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	Les règles de gestion des médicaments à risque ne sont pas totalement respectées. Les médicaments à risque ne sont pas clairement identifiés comme tel dans les armoires de stockage des unités de soins. Cependant, les médicaments à risque "Never events" ont fait l'objet d'une réflexion au COMEDIMS du CH, et notamment le KCI est stocké dans un endroit différent des autres injectables.	20a bis
	PS	La gestion documentaire de la PUI n'est pas centralisée. Le système documentaire de la PUI est basé sur deux outils différents : la GED du centre hospitalier pour la documentation transversale à destination des unités de soins, et un répertoire partagé à accès limité pour la documentation spécifique aux activités de la PUI ; l'ensemble n'est pas conforme aux règles préétablies dans le MAQ de la PECM.	20a
	PS	Les ressources matérielles mises à disposition (locaux de la PUI) ne sont pas totalement adaptées et conformes. - les locaux de la PUI ne permettent pas de garantir le respect des bonnes pratiques concernant les préparations magistrales, car la zone de fabrication des préparations magistrales de la PUI n'est pas séparée du reste de l'activité, et ne garantit pas par ailleurs pour le préparateur, des conditions de travail sereines (absence d'agitation, de distraction ou d'interruption). - les locaux de la PUI ne sont pas conformes : une inspection ARS (08/06/2015) a mis en évidence la vétusté et l'état dégradé des locaux de la PUI, notamment le quai de déchargement inadapté et la zone de réception, ne permettant pas de respecter les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Une AMO (assistance à la maîtrise d'ouvrage) est en cours de sélection, afin de réaliser la restructuration des locaux.	20a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les bonnes pratiques d'administration ne sont pas toujours respectées. - le support de prescription en SSPI ne permet pas systématiquement la validation de l'administration par le soignant. Lors de l'investigation du bloc opératoire, dans un dossier consulté en SSPI, il est constaté une prescription de titration de morphinique utilisant tout l'espace de prescription, et ne permettant pas la traçabilité de l'administration. - lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est retrouvé une prescription d'ACUPAN sur la feuille de suivi en SSPI sans identification nominative et signature de l'IDE ayant réalisé l'administration. - les prescriptions post-opératoires en UCA réalisées sur la feuille de la SSPI ne permettent pas de tracer la validation de l'administration par l'IDE dans la continuité de la prescription.	20a bis
	PS	La traçabilité du suivi de la température des réfrigérateurs contenant des médicaments thermosensibles n'est pas systématique. Le relevé de la température des réfrigérateurs contenant des médicaments thermosensibles n'est pas fait quotidiennement par les équipes soignantes dans les unités de soins, notamment au bloc opératoire, en médecine A et à l'UCA.	20a bis
	NC	Les bonnes pratiques de prescription ne sont pas toujours respectées. - le support de prescription en SSPI ne permet pas systématiquement l'identification du prescripteur - lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est retrouvé une prescription d'ACUPAN sur la feuille de suivi en SSPI, sans identification nominative et signature du prescripteur - les possibilités de prescription ne sont pas limitées pour les	20a bis

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		sages-femmes dans le logiciel de prescription. Les sages-femmes de l'établissement possèdent un profil "Médecin" leur permettant de prescrire des médicaments en dehors de la liste des médicaments autorisés par l'arrêté du 08/08/2016. Les sages-femmes prescrivent dans la majorité des cas à partir de protocoles prédéfinis dans l'outil informatisé de prescription, limitant ainsi le risque de prescription hors champs de compétence.	
	NC	L'identification du médicament jusqu'au moment de sa prise n'est pas garantie. Lors de la préparation des piluliers journaliers dans les unités de soins, les IDE découpent les plaquettes de médicaments (chirurgie orthopédique, médecine A) qui ne sont pas en conditionnement unitaire, ce qui rend difficile l'identification du médicament au moment de son administration (nom et/ou dosage illisible).	20a bis
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	L'établissement n'exploite pas totalement les résultats d'évaluation externe pour mettre en œuvre ses actions d'amélioration. Les écarts relevés par les experts révèlent des non conformités au niveau des pratiques professionnelles ; cette récurrence avait déjà été soulignée lors de la précédente visite de certification V2010, suite à laquelle des décisions avaient été prononcées sur le processus.	20a

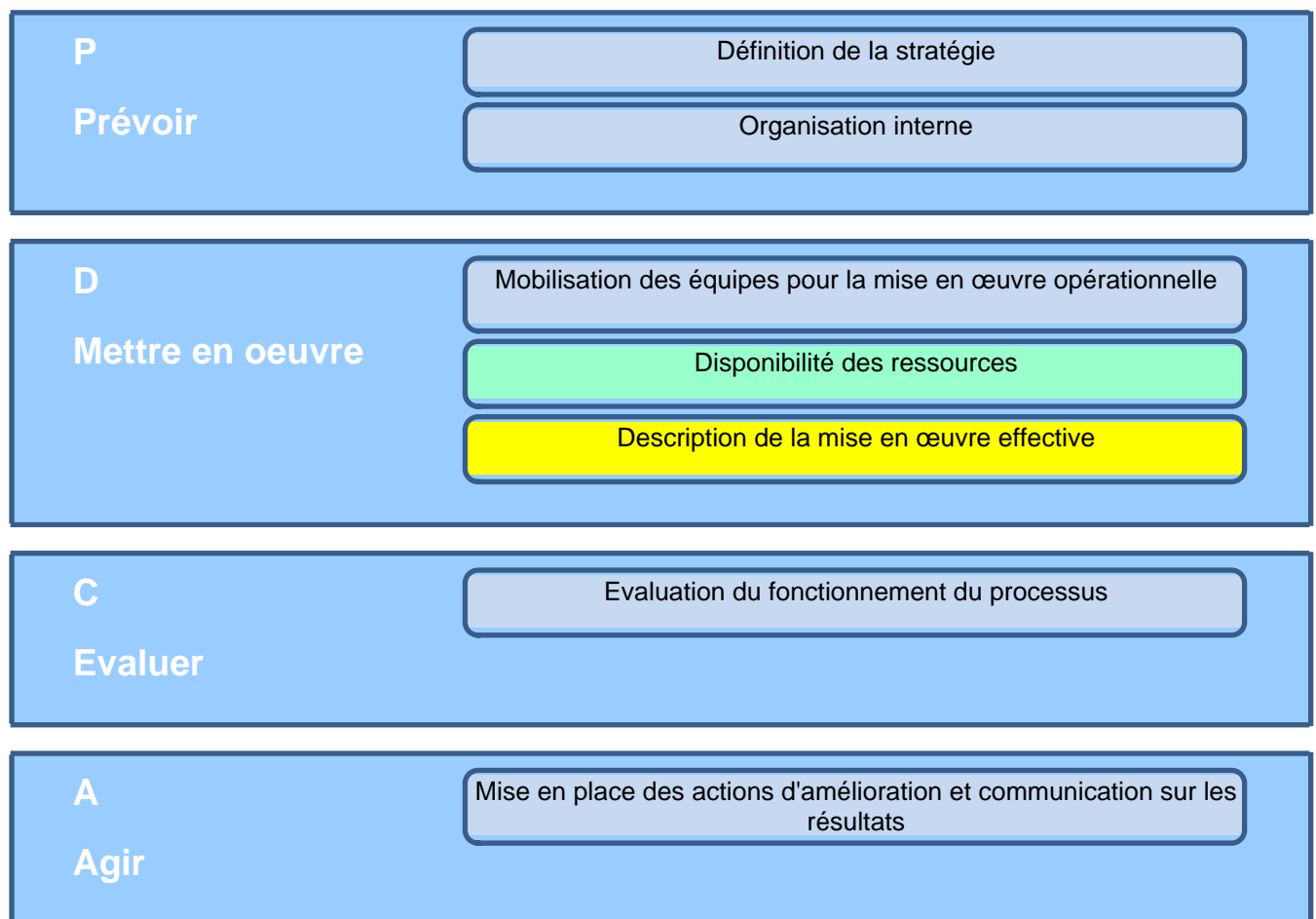
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier de Vienne est l'hôpital pivot du GHT VALRHONE SANTE. L'établissement dispose d'un service d'urgence unique avec un accès commun pour toutes les urgences extra hospitalières. Le service des urgences de Vienne et en particulier le médecin urgentiste responsable du pôle « médecine urgences » est à l'origine du réseau RESUVAL (réseau des urgences de la vallée du Rhône), créé en 2004. Cette structure élargie permet d'évaluer et d'homogénéiser les pratiques entre les structures d'urgence sur un périmètre élargi avec une production scientifique soutenue par l'ARS et matérialisée par un document « Les référentiels » diffusé par papier et par version mobile. Le service appartient également au réseau RESCUE (réseau cardiologie urgences).

La politique de prise en charge des urgences et des hospitalisations pour la période 2017-2021 est définie dans un document support actualisé mais en cours de validation par les instances. Cette politique couvre l'ensemble des modalités d'urgence (médicales, chirurgicales, pédiatriques, obstétricales et psychiatriques). Elle s'appuie sur les orientations du CPOM et du SROS, en particulier pour la gestion des lits en cas de tension et sur divers résultats d'audits et d'évaluations internes. Ce document définit l'ensemble des axes stratégiques en identifiant les filières spécifiques comme par exemple les filières neurovasculaire ou cardiologique.

Une cartographie des risques à priori a été réalisée en 2013. Elle identifie plus de 100 risques classés en 4 catégories principales (Accueil, Prise en charge de l'urgence vitale et non vitale, PEC pédiatrique). Cette cartographie a fait l'objet d'une actualisation en 2016. Les risques identifiés ont été évalués selon la grille HAS et hiérarchisés avec l'extraction de 4 risques priorités dans le compte qualité et principalement articulés autour du manque de maîtrise du tri ou de l'allongement de la durée de séjour aux urgences.

Les objectifs d'amélioration issus des documents stratégiques sont transcrits dans un programme d'actions relatif à la prise en charge des urgences et soins non programmées, qui définit 3 axes majeurs (Axe 1 Maintenir un service d'accueil d'urgence 7 jours / 7 / Axe 2 Conserver une attractivité pour les jeunes professionnels / Axe 3 Positionner le service d'accueil d'urgence du CH de Vienne support du GHT comme service pivot du territoire. Ce programme est directement lié à la politique 2017-2021, dont il suit les orientations.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel de la thématique est commun à tous les secteurs et appuyé sur un quatuor composé de deux médecins, le chef de service des urgences et le responsable du pôle « Médecine Urgences » et de deux cadres (Cadre de pôle et cadre de santé des urgences).Le fonctionnement du secteur est décliné au travers de plusieurs documents de référence

Le règlement intérieur du secteur « urgence » actualisé en janvier 2017 présente le cadre réglementaire et les principes de fonctionnements des différents secteurs accueillant des urgences, ainsi que la prise en charge du patient selon les filières spécifiques (Adulte, enfant ...). Une charte de fonctionnement de la gestion des lits a été décliné suite à un travail en lien avec l'ANAP définissant les modalités de recours en cas d'afflux de patients. Une procédure « Hôpital en tension » a été actualisée en juin 2017 : elle présente sur un document principal l'ensemble du dispositif avec son mode de déclenchement en plusieurs niveaux d'alerte avec pour chacun les conduites à tenir et organisation à mettre en œuvre. A cette procédure sont liées plusieurs annexes dont des tableaux de recueil de la disponibilité des lits en cas de saturation. Une commission de la gestion des parcours et des admissions non programmées pluridisciplinaire a été installée en 2017, son fonctionnement est décliné dans un règlement intérieur. Une cellule de veille peut être déclenchée en cas de saturation des urgences.

L'organisation prévoit les effectifs médicaux suffisants et formés pour le fonctionnement de chaque secteur, avec le respect de la réglementation en matière de repos de sécurité. Au niveau des urgences pédiatriques le pédiatre de garde sur place est mutualisé avec le secteur de néonatalogie et associé à un interne. L'organisation prévoit une mutualisation des moyens entre les deux secteurs, par exemple en cas d'urgence vitale chez un enfant la prise en charge s'effectue sur le secteur adulte avec l'appui de médecins urgentistes formés à la réanimation pédiatrique. Le service des urgences adulte et celui des urgences pédiatriques accueillent des internes du CHU de Lyon. L'encadrement est systématiquement séniorisé avec en particulier au niveau des urgences adultes la désignation d'un tuteur pour le semestre accompagnant l'interne et travaillant avec lui sur un projet d'amélioration du service (par exemple pour l'un des internes un travail sur la pertinence des avis post urgence)

Le secteur des urgences dispose d'une entrée unique avec un bureau d'accueil et d'orientation associant une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et un agent administratif. L'ensemble du personnel des urgences a été formé à l'accueil et à la prise en charge de l'urgence par des formations institutionnelles. Ce fonctionnement permet d'assurer la présence et le remplacement de personnels formés sur les trois

secteurs (SMUR, SAU et IAO). L'IAO est présente sur des amplitudes horaires définies à partir de l'analyse de l'indicateur des pics de passage, issu du logiciel des urgences. Un classeur spécifique IAO a été construit avec un groupe de travail « triage » et l'appui d'un des médecins urgentistes. Ce classeur permet à l'IAO d'organiser le tri des patients selon des critères définis et les types de pathologie.

Le service dispose des listes d'astreinte des différentes spécialités permettant le recours aux avis spécialisés.

Pour le recours aux imageries en coupe (Scanner , IRM) l'organisation prévoit le recours à la télé-interprétation en dehors des heures d'ouverture du service d'imagerie de Vienne avec des protocoles et une convention signée auprès d'un organisme extérieur.

La prise en charge des urgences pédiatriques est organisée entre le secteur « adulte » pour les enfants de plus de 15 ans et le secteur des urgences pédiatriques pour les autres. Pour les urgences psychiatriques, le secteur dispose d'une présence spécialisée médicale chaque matin du lundi au vendredi, et IDE toute la journée. Pour les urgences obstétricales, les patientes connues de la salle de naissance y sont accueillies directement au-delà de 28 semaines ; en deçà l'accueil est réalisé aux urgences Adulte.

L'établissement s'est doté d'outils spécifiques pour analyser en temps réel la disponibilité des lits au quotidien. Le logiciel « PRESENCE CONSULT » en lien avec le logiciel des admissions permet pour chaque service de connaître l'occupation des lits en temps réel de façon transparente, le score de saturation des urgences entre autres avec la diffusion d'un tableau accessible par intranet. L'organisation prévoit une analyse pluriquotidienne par les urgences pour anticiper sur les besoins principalement dans les périodes épidémiques. En annexe au document de procédure « Hôpital en tension » le secteur des urgences dispose de la liste des chambres pouvant être armée d'un lit supplémentaire en cas de besoin.

Les prises en charge de type « accident biologique », « NRBC », « Retour de voyage en zone à risque » sont quelques exemples des procédures multiples couvrant les différents cas envisagés en groupe de travail. La prise en charge des patients hébergés dans une spécialité différente est prévue afin d'assurer un suivi médical approprié.

Le dossier des urgences utilise un logiciel métier permettant à la fois le suivi médical et les prescriptions multimodales. En fin de séjour physique du patient dans le secteur, les données sont exportées dans le logiciel DPI.

Les locaux nécessaires sont disponibles avec en particulier des salles de déchocage et l'ensemble du matériel nécessaire en particulier en réanimation adulte et enfant est prévu. La sécurisation des locaux est organisée par un dispositif de vidéosurveillance, avec déclaration à la CNIL, permettant la surveillance des zones d'attente « debout » et « couché », points de passage obligés vers les urgences adultes ou enfants. De nombreuses conventions avec les établissements de recours par exemple le secteur "mère enfant" du CHU LYON SUD.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes de chaque secteur d'urgence sont mobilisées pour participer aux actions d'évaluation multiples prévues ou pour les initier. La déclinaison de la politique de la qualité du secteur se fait lors des nombreuses réunions et staffs pluriprofessionnels. Dans le secteur adultes notamment une réunion réunit deux fois par an tous les médecins du service pour faire un point des actions en cours et futures. Pour superviser la qualité des pratiques de prise en charge au niveau des urgences, chaque praticien urgentiste a la responsabilité d'une thématique, par exemple référent EPP, référent formation des internes, référent EPP-RMM, référent « triage ». Le secteur des urgences est également très investi dans les démarches d'évaluation avec un grand nombre d'EPP et de RMM réalisés. A titre d'exemple on peut citer un EPP d'avril 2017 sur l'évaluation de la douleur, ayant conduit à une modification des pratiques sur les administrations d'antalgiques aux urgences. Une autre action d'EPP réalisée par un binôme interne-sénior sur la pertinence des demandes d'avis post urgence est actuellement en cours de finalisation. Un médecin urgentiste est responsable de l'organisation et de la gestion des EPP – RMM. Chaque année il réalise un classeur de toutes les actions de l'année accessible à l'ensemble des professionnels sur les zones de repos du secteur

Les staffs quotidiens pluriprofessionnels sont des occasions d'échange d'information et de mise en avant de problèmes survenus pendant la garde, et pouvant donner lieu à une réflexion d'amélioration. Les déclarations des FEI sont encouragées par les responsables de secteur et font l'objet d'un retour individualisé au travers des réunions de service. Les internes sont impliqués dans la mise en œuvre des actions d'amélioration du secteur et participent à la formation de tous par des réunions hebdomadaires de lecture critique d'articles. Le choix des thèmes est en lien étroit avec les problématiques rencontrées au quotidien et soulevées en staff.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux des urgences sont exigus, mais bien utilisés pour optimiser le doublement d'activité des dernières années.

Le service des urgences adultes disposent de deux salles de déchocage totalement équipées avec un matériel de réanimation lourde et de salles d'examen de petite taille, en particulier la salle de

gypsothérapie. Le service des urgences enfants est organisé avec plusieurs salles d'examen également exigües avec des décorations adaptées pour les enfants. Chaque secteur dispose d'une zone de sortie différente de l'entrée, organisée sur un principe de marche en avant.

Le service des urgences dispose en interne d'une salle d'imagerie conventionnelle, avec une équipe dédiée. Le secteur UHCD géré par les médecins urgentistes est en continuité du service des urgences et dispose de tous les moyens logistiques nécessaires à son fonctionnement.

Les effectifs de professionnels nécessaires sont présents sur chaque site et les plannings sont affichés dans chaque secteur, tant sur le plan médical que paramédical. En situation d'hôpital en tension, les numéros d'appel des différentes structures sont disponibles sur un classeur spécifique et aisément mobilisé par les professionnels. Du point de vue médical et en particulier pour les internes, le choix d'utiliser les référentiels de RESUVAL et son application mobile facilite l'accès aux procédures et logigrammes de prises en charge des principales urgences.

Cependant, la base documentaire disponible pour les urgences n'est pas homogène. Un grand nombre de documents de procédure de prise en charge ou d'organisation sont disponibles sur des supports différents et ne sont pas tous au format qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La visite de chaque secteur d'activité réalisant des urgences a permis de confirmer la conformité des organisations avec les éléments prévisionnels. Les listes d'astreintes de spécialité sont accessibles, et les numéros des structures de recours sont disponibles par affichage. Le planning affiché pour les urgentistes au niveau des urgences adultes identifie bien les praticiens en repos de sécurité et ceux en activité et leur site d'intervention. Au niveau des urgences pédiatriques, le planning de gardes des pédiatres est disponible et connu des professionnels rencontrés. La gestion du risque infectieux est assurée au sein du secteur. En particulier une salle spécifique en cas de risque de contamination BMR ou de risque infectieux induit par un retour de l'étranger peut être armée. La gestion des locaux permet de gérer les flux épidémiques avec les équipements de protection des soignants et des patients disponibles. La sécurité des locaux est assurée et le secteur dispose de plusieurs zones d'attente identifiées et surveillées. L'orientation par l'IAO permet de catégoriser chaque patient en fonction de son degré d'urgence, de sa pathologie. Si le délai d'attente est trop important, le patient change automatiquement de catégorie et son degré d'urgence est rehaussé.

Les dossiers médicaux sont informatisés dans le logiciel métier des urgences pour l'ensemble de la prise en charge et pour chaque dossier de patient externe, un compte rendu est remis au patient avec ses prescriptions. toutes les prises en charge consultées lors de la visite étaient conformes avec une identification complète du patient et des soignants médicaux et non médicaux pour les actes les concernant. L'imagerie est accessible via le PACS de l'établissement.

L'évaluation de la douleur est tracée à l'entrée et régulièrement évaluée au cours du séjour sur la pancarte de suivi informatisée. La gestion des avis post urgence est facilitée par la possibilité de demande de consultations automatisées dans le logiciel qui transmet au secrétariat d'orthopédie les demandes et se chargent de la reconvoication adéquate des patients en fonction de leur pathologie. Les professionnels rencontrés disposent des formations adéquates pour l'exercice de leurs activités. Il existe des staffs quotidiens qui analysent les dossiers difficiles de la veille, et pour les urgences adultes les dossiers des patients hospitalisés en UHCD.

Cependant, les effectifs et compétences ne sont pas totalement en adéquation. Lors de la visite des secteurs d'urgence adulte et pédiatrique, il a été constaté que la réalisation des orthèses est confiée à des infirmières formées en interne par un chirurgien orthopédiste et avec l'appui partiel d'un laboratoire partenaire. Cependant, aucun des soignants rencontrés n'a été formé spécifiquement dans le cadre des formations de gypsothérapie diplômantes nationales, alors que le décret de compétence des infirmières prévoit la possibilité de cette délégation de tâches sous couvert d'une formation validante et d'un contrôle médical. Le risque lié à cette situation a été identifié dans la cartographie des risques de 2013, par l'enjeu médicolegal des complications sous immobilisation ; une priorisation de cette formation est envisagée par l'établissement au cours de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur des urgences suit un grand nombre d'indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs permettant d'évaluer la qualité des prises en charge. On peut citer des indicateurs de triage, un indicateur de suivi du délai entre installation et arrivée du patient, un score de saturation des urgences défini au quotidien.

Le logiciel des urgences permet de générer et de suivre beaucoup d'indicateurs automatisés permettant aux pilotes du processus d'évaluer les flux.

Le service des urgences participe au registre national d'évaluation des arrêts cardiaques avec une analyse en benchmark par rapport aux moyennes nationales et aux autres établissements de même gabarit. Un

audit sur la prise en charge de l'urgence vitale est organisé tous les 4 ans, la prochaine campagne étant prévue en fin 2017.

Des formations sur simulateur sont organisées pour les internes par exemple sur la gestion du traumatisé grave. Le service déclare ses FEI sur le dispositif institutionnel et assure le suivi pour les actions correctrices éventuellement nécessaires. De plus le service des urgences du centre hospitalier de Vienne est très impliqué dans la diffusion des actions d'amélioration hors de ses murs avec la mise en place d'une formation extérieure à destinée des personnels des EHPAD (450 agents formés sur 600) dont le principe est issu d'un audit sur l'analyse des pathologies des patients issus de ces structures et l'évaluation de leur gravité. Un audit va prochainement évaluer la qualité de cette formation et ses effets en terme de diminution de transfert ou d'optimisation des flux . La richesse des réunions et staffs permet de communiquer très régulièrement les résultats des EPP, RMM CREX et des indicateurs, qui sont par ailleurs affichés dans le service

A / AGIR

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

Les indicateurs suivis par le secteur des urgences permettent de générer des actions de correction en fonction des problématiques rencontrées. Le thème de l'accueil et de l'orientation a généré une action sur l'amplitude horaire de présence de l'IAO et une nouvelle évaluation a montré l'intérêt d'une présence H24.

Chaque risque évalué dans la cartographie fait l'objet d'une suivi et les actions engagées sont systématiquement adossées à des dispositifs d'évaluation. Dans le cadre de RESUVAL le secteur des urgences mène des actions d'amélioration internes mais aussi projetées en externe.

Les supports de communication sont multiples, à la fois à destination des professionnels et du grand public. Par exemple le document « Les référentiels » est en accès libre sur les plate-formes mobiles habituelles. De nombreux affichages dans les urgences matérialisent les résultats des indicateurs.

Le service des urgences a le projet de travailler sur les chemins cliniques de prise en charge pour chaque pathologie avec boucle de mise en œuvre, évaluation et amélioration sur les principes de l'ANAP. L'objectif est de tendre vers une informatisation à terme des chemins cliniques pour une analyse des points de blocage : une action d'expérimentation sur le chemin « AVC » et « Diabète » est en cours. La communication avec les usagers est réalisée au travers de la participation à la CDU.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	La base documentaire disponible pour les urgences n'est pas homogène. Un grand nombre de documents de procédure de prise en charge, d'organisation, etc. sont disponibles sur des supports différents, soit la GED institutionnelle, soit le dossier partagé « commun », soit des supports papier. Les documents ne sont pas tous au format qualité.	25a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les effectifs et compétences ne sont pas totalement en adéquation. Lors de la visite des secteurs d'urgence adulte et pédiatrique, il a été constaté que la réalisation des orthèses est confiée à des infirmières formées en interne par un chirurgien orthopédiste et avec l'appui partiel d'un laboratoire partenaire. Cependant, aucun des soignants rencontrés n'a été formé spécifiquement dans le cadre des formations de gypsothérapie diplômantes nationales, alors que le décret de compétence des infirmières prévoit la possibilité de cette délégation de tâches sous couvert d'une formation validante et d'un contrôle médical. Le risque lié à cette situation a été identifié dans la cartographie des risques de 2013, par l'enjeu médico-légal des complications sous immobilisation ; une priorisation de cette formation est envisagée par l'établissement au cours de la visite.	25a

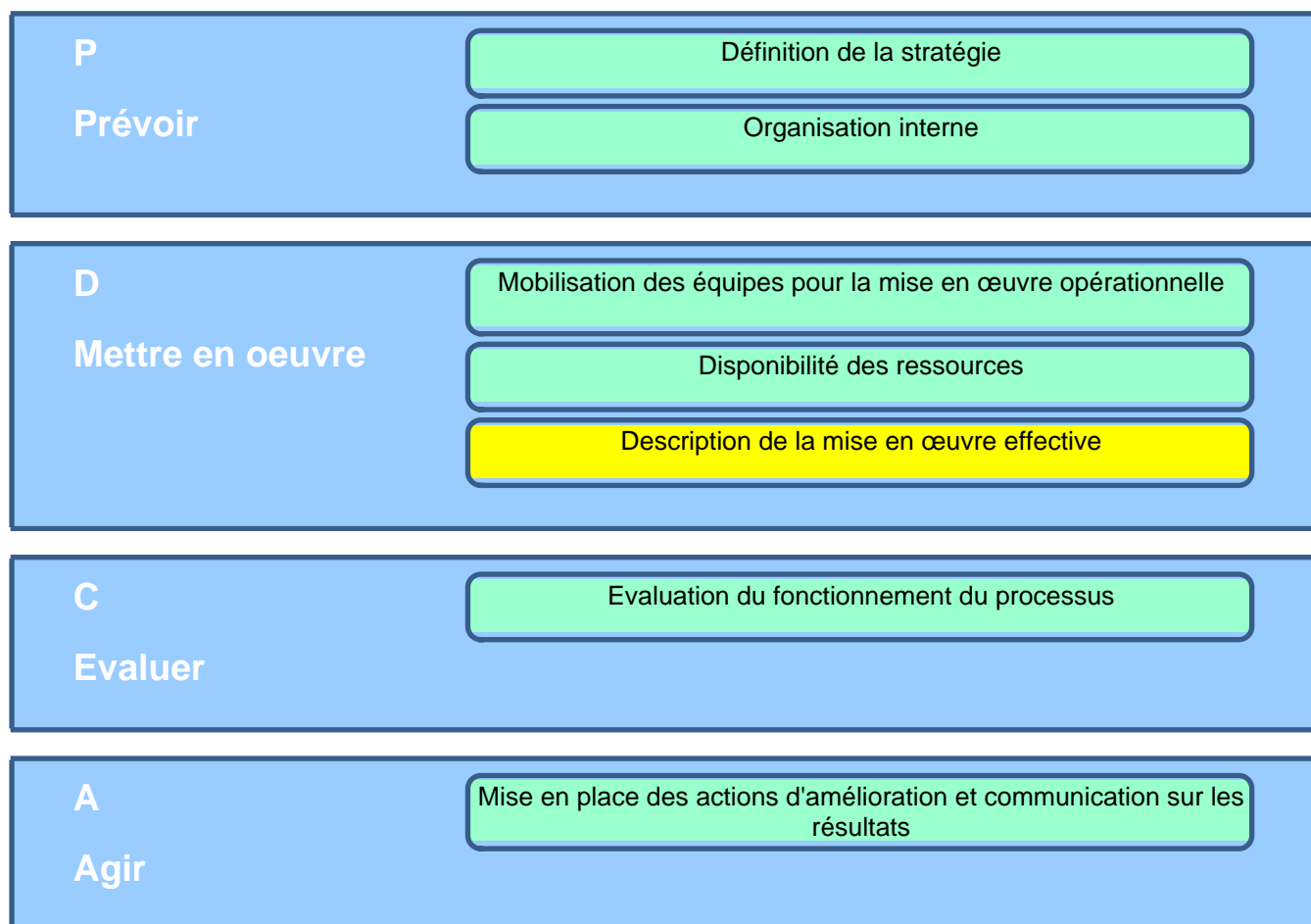
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier de Vienne dispose d'un bloc opératoire de six salles, dont quatre fonctionnent en permanence, et une cinquième est armée tous les jours pour accueillir les césariennes programmées ou urgentes. La SSPI est intégrée au bloc opératoire avec 8 postes armés.

L'établissement a traversé en 2014 une période de grande fragilité médicale, en particulier sur l'équipe d'anesthésie réanimateurs réduite transitoirement à deux praticiens, avec un enjeu stratégique majeur sur la pérennité du plateau technique à Vienne.

Les orientations issues de cette situation ont conduit à un rapprochement fort avec le CHU LYON SUD et depuis peu un PUPH du CHU assume la chefferie de l'équipe de Vienne.

La politique de management de la qualité et des risques pour le bloc opératoire et pour l'ambulatoire a intégré la réorganisation complète du bloc opératoire et son optimisation en faisant des choix sur la promotion de certaines activités chirurgicales et sur une amélioration de la gestion de l'urgence. Elle s'appuie sur de nombreux documents de référence, en particulier le projet médical d'établissement 2013-2017, et le projet médical de GHT VALRHONE SANTE 2017-2021, de même que les orientations du CPOM sur le développement de la chirurgie ambulatoire. Par ailleurs sous l'angle de la qualité et de la gestion des risques, la politique institutionnelle s'est également appuyée sur les résultats de la visite de risque de la SHAM en 2015, la visite de certification 2010 et le rapport ASN de 2013, ainsi que les résultats de nombreux indicateurs internes (Activité, débordement, qualité de la prescription au bloc opératoire...)

L'analyse des risques au bloc opératoire a été menée à partir d'une cartographie de risques à priori originelle et exhaustive de 2013 d'une cinquantaine de risques, établie avec le concours des professionnels du bloc opératoire. Cette cartographie a été reprise par la nouvelle équipe de pilotage en s'appuyant sur une analyse du parcours du patient selon les différentes filières de prise en charge (urgence, ambulatoire...). Ce travail a mené à la hiérarchisation des risques et à l'extraction de 4 risques priorités avec pour chacun d'eux un plan d'action et un échéancier inscrit sur le compte qualité de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du bloc opératoire repose sur un binôme associant le cadre de santé du bloc opératoire et le médecin anesthésiste réanimateur, responsable du pôle « Chirurgie-Médecotechnique », avec une fiche de mission institutionnelle.

L'ensemble du fonctionnement du bloc opératoire est décrit dans une charte initialement rédigée en 2012, actualisée sur le modèle ANAP en 2017. La charte décrit également les différents parcours et prises en charges spécifiques (enfants, urgence vitale et non vitale ...) ainsi que les rôles et missions des instances du secteur.

Un conseil de bloc se réunit une fois par mois avec un compte rendu systématique et un comité des utilisateurs du bloc opératoire de réunion bi annuelle, élargi dans sa représentativité à toutes les spécialités chirurgicales et dont l'objectif est principalement d'évaluer et de redéfinir le cas échéant le contour des vacances chirurgicales.

Pour l'unité de chirurgie ambulatoire le pilotage est assuré par un médecin gynécologue et le cadre de l'unité. Une charte définissant son fonctionnement a été actualisée en 2017 avec une présentation prochaine aux instances. L'UCA est fortement articulée avec le bloc opératoire.

Le bloc opératoire dispose de personnels formés en nombre suffisant. Pour les infirmiers du bloc opératoire, un plan de formation institutionnel priorise les formations IBODE. La SSPI dispose d'une équipe dédiées et spécifiquement formées. Les formations AFGSU et à la radioprotection sont en place et suivies. En particulier pour la radioprotection, l'actualisation des formations « travailleur » et « patient » est prévu sur l'année 2017 par le PCR. La formation des nouveaux arrivants paramédicaux est organisée par l'encadrement du secteur sur la base du livret institutionnel avec le projet d'une adaptation spécifique au secteur avec une période de tutorat. Des référents IDE de spécialité sont désignés. L'établissement accueille des internes de spécialité avec un encadrement assuré par chaque responsable de service.

La permanence de soins est organisée du point de vue médical et paramédical avec des calendriers prévisionnels organisés. La gestion des urgences pédiatriques a fait l'objet d'une convention spécifique avec l'hôpital « Mère Enfant » de Lyon Sud.

Le bloc opératoire a réalisé l'analyse de conformité des salles opératoires à la norme 15-160, issue du décret ASN de 2013, avec des travaux de mise aux normes déjà réalisés sur deux salles et planifiés pour l'été 2017 sur 2 autres salles. Il dispose de l'ensemble des matériels nécessaires à son fonctionnement avec les plans de maintenance prévisionnels organisés et supervisés par le biomédical. Les contrôles réglementaires de qualification des salles opératoires sont planifiés deux fois par an auprès d'un organisme extérieur. L'établissement, avec l'appui de l'EOH, a mis en place des contrôles

bactériologiques de l'air et des surfaces selon un calendrier annualisé défini, avec une dernière campagne de recueil effectué en 2017.

La programmation des interventions au bloc opératoire est organisée de façon homogène sur le logiciel DPI commun, avec une procédure accessible dans la GED définissant les règles de programmation selon les délais et les caractères d'urgence. Un staff d'ordonnancement du programme opératoire pour la semaine suivante valide le programme de la semaine à venir, les acteurs concernés sont associés. Pour l'intégration des urgences, et par choix institutionnel, seul le cadre en coordination avec le MAR de garde peut intégrer les interventions. Dans le cadre de l'urgence vitale, la charte prévoit les règles d'arrêt de programme et de mobilisation des équipes. L'interface avec les services de soins est organisé sur des supports de liaison encore majoritairement papier et les règles de sortie de SSPI sont définies.

Les différents documents réglementaires sont prévus, en particulier la check list de sécurité HAS, informatisée via le logiciel DPI commun dans la majorité des cas. Les fiches d'ouverture de salle chirurgicales et anesthésies sont organisées sur des supports papiers.

La gestion des DMI est organisée avec la pharmacie, au travers de référents, de même que le circuit des déchets et des matériels vers la stérilisation.

Le circuit des prélèvements bactériologiques et anatomo-pathologiques est organisé avec le laboratoire, en respectant une identification stricte des prélèvements selon une procédure définie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du bloc opératoire décline auprès des professionnels les principaux objectifs stratégiques lors des réunions du conseil de bloc et de nombreuses réunions au sein du secteur. Les compte-rendus de conseil de bloc font l'objet d'une diffusion par affichage, les supports de communication sont multiples (compte rendu de réunion, affichage ...). Les réunions sont organisés par l'encadrement autant que de besoin, selon l'évolution des activités ou des pratiques.

Le management s'assure de la conformité des pratiques avec les dispositions prévues (notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par les responsables avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes lors des réunions informelles mais régulières en cours d'année. La déclaration des EILS est informatisée et encouragée par l'encadrement avec des traitements principalement en interne. Plusieurs actions d'EPP sont déployées dont un certain nombre sont pilotées conjointement avec l'équipe d'anesthésie de Lyon Sud . On peut citer par exemple des EPP sur la thromboprophylaxie postopératoire, sur le tenue du dossier d'anesthésie, sur le blood management en chirurgie orthopédique...Les RMM débutent sur le bloc opératoire. elle sont supervisées par le praticien responsable des programmes EPP de l'établissement. De nombreux CREX liées à des difficultés d'organisation sont en place et les déclarations de FEI sont suivis en interne avec un rendu en conseil de bloc ou lors de réunion du bloc opératoire. Un chirurgien orthopédiste dispose de l'accréditation ORTHORISQ.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour chaque secteur (Bloc, Salle, SSPI, chirurgie ambulatoire) les professionnels formés sont en effectif suffisant pour assurer la conduite des activités. Sur le bloc opératoire l'organisation prévisionnelle avec un IADE par salle et un MAR pour deux salles est effective.

Les locaux du bloc opératoire sont anciens mais respectent les règles de conformité attendues. Les salles opératoires disposent toutes d'un matériel d'anesthésie conforme. Le contrôle de la température et de la pression est effective et numérisé dans toutes les salles opératoires avec un renvoi vers le secteur biomédical d'une alarme en cas de panne. Le bloc opératoire est en conformité en matière de stockage des déchets, de traitement des matériels contaminés comme pour la réception et le stockage des équipements propres.

Des procédures de décontamination des matériels sont disponibles, les documents de traçabilité de type fiches ouvertures de salle prévus dans l'organisation sont présents. Le suivi anesthésique est tracé sur un support papier disponible et complet dans les dossiers consultés.

Cependant, la gestion documentaire n'est pas maîtrisée sur l'ensemble du processus. Au bloc opératoire, il est retrouvé de multiples supports non interfacés entre eux, et ne permettant pas de respecter les règles institutionnelles de gestion documentaire. Au bloc opératoire, il existe 4 supports de documentation différents (GED institutionnelle, Valise dossier « commun » du réseau, Dossier interne accessible sur les ordinateurs du bloc opératoire, et classeurs papier). De nombreuses procédures retrouvées sont soit anciennes et non actualisées, soit non au format qualité (par exemple les procédures décrivant les interventions par discipline et par praticien). Les soignants rencontrés utilisent plus volontiers les supports locaux du bloc opératoire que la GED institutionnelle, et savent mobiliser les procédures qui les concernent.

Les matériels nécessaires au bon déroulement de l'activité chirurgicale sont disponibles en nombre suffisant. Les dosimètres actifs et passifs sont déployés et les dispositifs de protection plombés sont disponibles et conformes et pour les deux salles déployées, les dispositifs de conformité d'utilisation de l'amplificateur de brillance sont opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le bloc opératoire met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Le circuit des patients est organisé avec une admission par une zone dédiée et une sortie par la SSPI pour tous les patients et le brancardage extérieur est organisé avec des professionnels identifiés. L'accueil des patients au bloc opératoire est conforme aux attendus et la gestion de la confidentialité est assurée par des paravents en particulier en SSPI.

Le programme opératoire du jour est informatisé avec plusieurs points d'accès dans le bloc opératoire. Les règles d'hygiène sont mises en œuvre avec des affichages sur le lavage des mains en particulier dans plusieurs endroits du bloc opératoire.

Cependant, les règles de maîtrise du risque infectieux ne sont pas complètement respectées :

- lors de la visite du bloc opératoire, les experts visiteurs ont pu rencontrer trois médecins circulant en civil dans la SSPI, sans les tenues vestimentaires des professionnels du bloc opératoire prévues dans la charte.

- le bionettoyage des salles opératoires en fin de programme ne respecte pas complètement les recommandations des CCLIN, reprises dans la procédure institutionnelle. Cette activité est réalisée par des aide-soignantes entre les interventions et en fin de programme. A la fin du programme, les soignants rencontrés ont expliqué ne pas sortir l'ensemble du matériel mobile des salles pour la réalisation de ce nettoyage, ce qui ne permet pas de garantir un nettoyage complet de la salle et de ses équipements, et n'est pas conforme à la procédure institutionnelle la plus récente datée de 2010, appuyée sur les recommandations du CCLIN Sud Ouest.

- pour le même sujet, il est retrouvé trois procédures différentes dans la GED institutionnelle (Bionettoyage d'une salle d'opération logigramme version 1 - 2010, bionettoyage d'une salle d'opération 2010 - version 2, groupe de travail et entretien des locaux du bloc par le personnel de nuit daté de 2006 ; ceci ne facilite pas l'appropriation des documents par les professionnels.

Les fiches d'ouverture de salle sont déployées avec un cahier dans chaque salle. Le suivi anesthésique est effectif sur différents supports papier ou informatique pour la consultation pré-anesthésique (CPA) selon les praticiens ; informatique pour les phases per et postopératoires avec le suivi en SSPI. Les dossiers consultés comportent tous une CPA valide avec identification du MAR, ainsi que les documents réglementaires attendus (Check list - Recherche ATNC, etc.).

Cependant, la mise en œuvre de la check list de sécurité au bloc opératoire n'est pas totalement conforme pour tous les secteurs.

- lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est constaté sur une intervention en urgence l'existence d'une check list « papier » dont le temps 3 n'a pas été réalisé ; pour cette intervention, l'identification du coordonnateur n'est pas précisée.

- lors de la présentation du fonctionnement du module « bloc opératoire » du logiciel DPI commun, il est constaté que pour deux interventions dont une de chirurgie viscérale encore en cours, le temps 3 de la check list est rempli par anticipation.

Le circuit du médicament au bloc opératoire est sécurisé dans des armoires fermées, situées dans des locaux spécifiques, les coffres à stupéfiant sont identifiés avec des droits d'accès définis selon les catégories professionnelles (IADE, IBODE). Les prescriptions médicamenteuses en SSPI sont réalisées sur papier avec un support complètement adapté et une orientation de l'établissement vers l'informatisation des prescriptions sur le logiciel DPI, commun à tous les secteurs. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, en particulier vis-à-vis de la pharmacie, stérilisation, biomédical, services d'hospitalisation. La traçabilité de la dosimétrie patient sur le Compte rendu opératoire est effective. La feuille d'anesthésie sert de support au suivi per et post anesthésie, en SSPI avec un score d'Aldrete renseigné sur tous les dossiers consultés. L'autorisation de sortie de SSPI a été majoritairement retrouvée signée par un MAR présent au bloc opératoire.

La visite de l'UCA a montré des locaux respectant une marche en avant avec un salon d'entrée, un salon de sortie et l'ensemble des dispositifs attendus pour une prise en charge optimale (Chambre avec lits ou brancards, documents supports..). L'équipe rencontrée connaît bien les règles relatives à la prise en charge ambulatoire, ainsi que les éléments de sortie.

L'appel de la veille est effectif et réalisé par une secrétaire spécialement formée avec une check list de référence et des règles d'appel définies. L'appel du lendemain est également effectif avec une IDE du centre de prélèvement situé en contiguïté de l'unité ambulatoire. Le score de Chung est informatisé sur le DPI et permet de tracer les critères de sortie pour le patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur opératoire et l'UCA disposent d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs relatifs à l'activité. Les indicateurs IQSS obligatoires, en particulier DAN et DPA (Compte rendu opératoire), sont réalisés et la dernière production a montré en particulier sur le dossier d'anesthésie des axes d'amélioration sur la saisie des prescriptions en sortie de SSPI ainsi que sur l'identification du MAR validant la sortie de SSPI, les observations des experts visiteurs sont en conformité avec ses indicateurs.

De nombreux indicateurs internes sont suivis dans le cadre d'un benchmark par l'ARS Auvergne Rhône Alpes (Taux de feuille de salle complète, taux d'intervention en astreinte, taux de débordement, taux d'occupation des salles ...). Pour l'anesthésie, des indicateurs sont également utilisés par informatique (Hypothermie, surveillance de la curarisation). Les principales spécialités chirurgicales participent à l'étude annuelle INCISO.

L'UCA a défini de nombreux indicateurs qualitatifs et quantitatifs. De nombreux audits sont réalisés par exemple sur la douleur en postopératoire ou en projet comme par exemple un futur audit sur la qualité de la saisie de la check list.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration font l'objet d'un suivi par les pilotes du processus et le conseil de bloc. La plupart des actions de maîtrise des risques du CQ ont un niveau d'avancement élevé comme par exemple sur les risques liés au manque de personnel ou la traçabilité des informations sur le dossier d'anesthésie. Plusieurs actions d'amélioration issues des indicateurs internes sont mises en œuvre, par exemple l'informatisation du dossier d'anesthésie, la thrombo-prophylaxie en ambulatoire pour ne citer que les plus récentes.

La communication des résultats des indicateurs et d'audits est effective auprès des professionnels. elle est gérée par les pilotes du processus. En ambulatoire des actions d'amélioration sont également initiées sur la base de l'analyse des indicateurs de l'activité et avec le projet de normaliser et d'informatiser tous les documents dans le logiciel DPI commun.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas maîtrisée sur l'ensemble du processus. Au bloc opératoire, il existe 4 supports de documentation différents (GED institutionnelle, Valise dossier « commun » du réseau, Dossier interne accessible sur les ordinateurs du bloc opératoire, et classeurs papier). De nombreuses procédures retrouvées sont soit anciennes et non actualisées, soit non au format qualité (par exemple les procédures décrivant les interventions par discipline et par praticien). Les soignants rencontrés utilisent plus volontiers les supports locaux du bloc opératoire que la GED institutionnelle, et savent mobiliser les procédures qui les concernent.	26a
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de maîtrise du risque infectieux ne sont pas complètement respectées. - lors de la visite du bloc opératoire, les experts visiteurs ont pu rencontrer trois médecins circulant en civil dans la SSPI, sans les tenues vestimentaires des professionnels du bloc opératoire prévues dans la charte. - le bionettoyage des salles opératoires en fin de programme ne respecte pas complètement les recommandations des CCLIN, reprises dans la procédure institutionnelle. Cette activité est réalisée par des aide-soignantes entre les interventions et en fin de programme. A la fin du programme, les soignants rencontrés ont expliqué ne pas sortir l'ensemble du matériel mobile des salles pour la réalisation de ce nettoyage, ce qui ne permet pas de garantir un nettoyage complet de la salle et de ses équipements, et n'est pas conforme à la procédure institutionnelle la plus récente datée de 2010, appuyée sur les recommandations du CCLIN Sud Ouest. - pour le même sujet, il est retrouvé trois procédures différentes dans la GED institutionnelle (Bionettoyage d'une salle d'opération logigramme version 1 - 2010, bionettoyage d'une salle d'opération 2010 - version 2, groupe de travail et entretien des locaux du bloc par le personnel de nuit daté de 2006 ; ceci ne facilite pas l'appropriation des documents par les professionnels.	26a
	NC	La mise en oeuvre de la check list de sécurité au bloc opératoire n'est pas totalement conforme pour tous les secteurs. - lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est constaté sur une intervention en urgence l'existence d'une check list « papier » dont le temps 3 n'a pas été réalisé ; pour cette intervention, l'identification du coordonnateur n'est pas précisée. - lors de la présentation du fonctionnement du module « bloc opératoire » du logiciel DPI commun, il est constaté que pour deux interventions dont une de chirurgie viscérale encore en cours, le temps 3 de la check list est rempli par anticipation.	26a

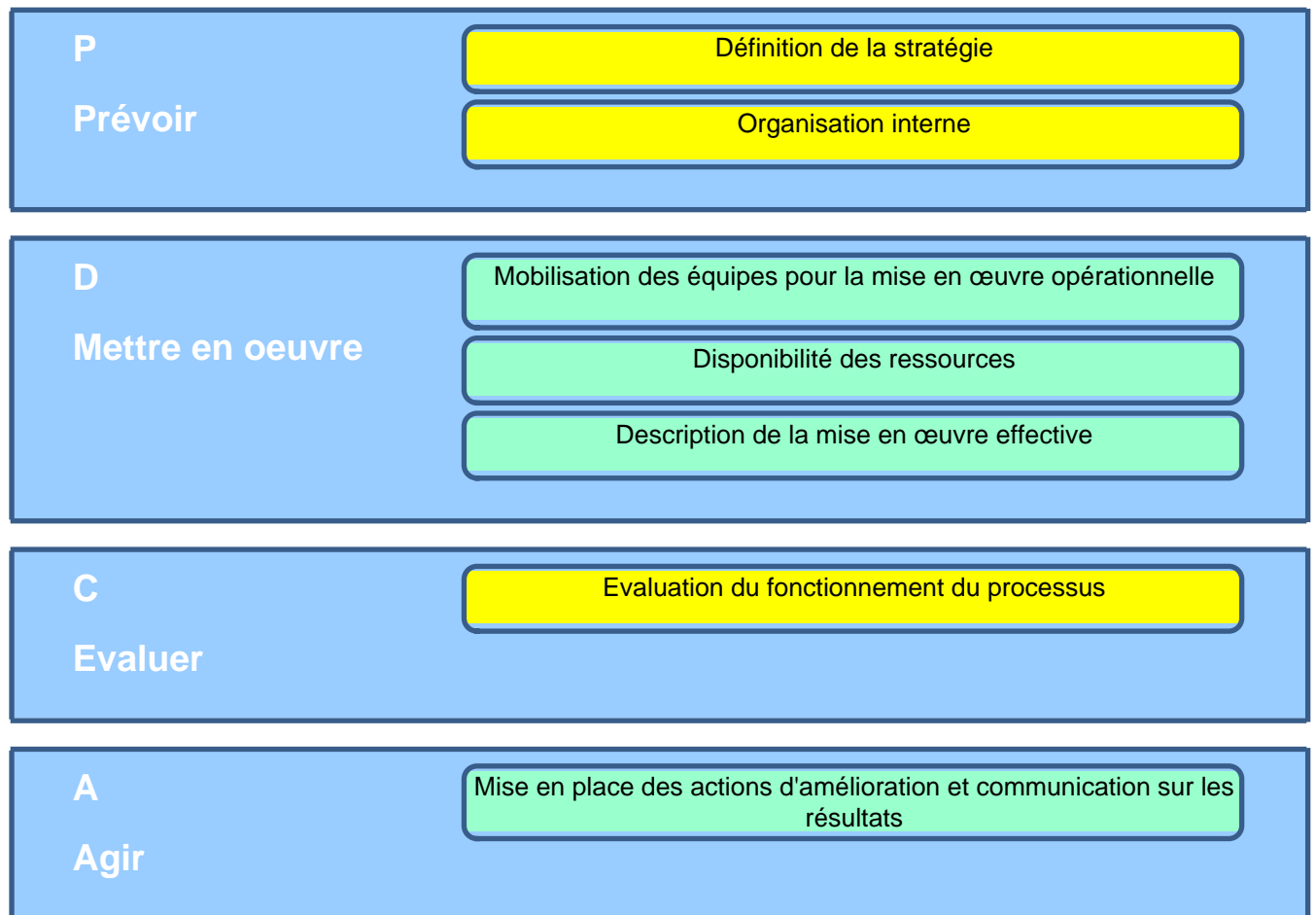
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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 d'endoscopie du centre hospitalier de Vienne est répartie sur 5 secteurs identifiés (Gastroentérologie, ORL et Urologie, rattachées au pôle « Chirurgie », cardiologie (activité ETO), et pneumologie rattachées au pôle « Médecine Urgences » avec pour chaque site une zone de traitement des endoscopes dédiés.

Cette activité a traversé une période récente de grandes turbulences sur le plan des effectifs médicaux, conduisant à une fragilité et un enjeu de pérennité, en particulier des investigations endoscopiques en gastro entérologie. Un rapprochement au niveau institutionnel avec les hospices civils de Lyon (HCL) avec la nomination d'un chef de service commun a permis de stabiliser le secteur des endoscopies. Les enjeux ont donc portés dans un premier temps sur la stabilisation des effectifs médicaux.

Les sources de données concernant l'endoscopie viennent principalement des résultats de la précédente certification V2010, et de façon plus limitée du projet d'établissement 2013-2017. Un projet médical pour la gastroentérologie couvrant la période 2016-2020 a été formalisé. Il couvre l'ensemble de cette activité et l'organisation partagée avec le secteur LYON-SUD des HCL. Sur ce même principe, un projet médical est porté par l'équipe de pneumologie de Vienne avec l'appui des HCL, il est en cours de construction et porte en particulier sur le thème de la cancérologie.

L'analyse des risques a été réalisée par chacun des trois secteurs principaux, avec l'appui de la direction qualité et la participation des cadres, des soignants non médicaux et au début de la démarche de médecins. Cette analyse, menée en 2014 pour la pneumologie, en 2015 pour la cardiologie puis en 2016 pour la gastroentérologie, est appuyée sur le parcours du patient. Elle a permis d'identifier une dizaine de risques par secteurs. La mise en commun des risques puis l'extraction finale de 7 risques prioritaires ont alimenté le compte qualité et le plan d'action.

Cependant, la stratégie institutionnelle commune du processus n'a pas été totalement définie : les experts visiteurs ont pu constater que la démarche liée au processus « endoscopie » était très récente, et n'avait pas fait l'objet d'orientations stratégiques formalisées de manière institutionnelle, en particulier dans le cadre du projet médical de GHT.

Par ailleurs, cette stratégie n'intègre pas toutes les sources de données : la cartographie des risques ne couvre pas l'ensemble du processus ; on peut constater en particulier l'absence de risques identifiés liés à la réalisation des actes (par exemple la conduite à tenir en cas de perforation colique lors d'une endoscopie digestive, ou la conduite à tenir en cas d'hémorragie lors d'une endoscopie bronchique...), ou l'absence de risques liés au traitement des endoscopes.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus repose sur quatre cadres de santé (Pneumologie, Bloc opératoire, Cardiologie, Médecoteknique) et un cadre administratif responsable de pôle médico-technique. Ce pilotage repose sur une lettre de mission institutionnelle.

Cependant, le pilotage du processus n'est pas totalement organisé : l'équipe de pilotage ne comprend pas de participation médicale. L'organisation des vacations recourt à des praticiens en temps partagé n'appartenant pas au centre hospitalier, ce qui rend plus complexe l'investissement médical dans la démarche.

Une charte de l'endoscopie commune à l'ensemble des secteurs est en cours de finalisation pour une présentation aux instances prévue en cours d'année. Elle couvre l'ensemble des prises en charge et les différentes filières, en particulier sur les populations fragiles. Un conseil de l'endoscopie s'est mis en place en avril 2017 et ses missions sont définies dans la charte sus nommée. Il fait intervenir des représentants médicaux et paramédicaux de chaque secteur. Le président de ce conseil est un médecin pneumologue du Centre hospitalier de Vienne.

L'organisation de chaque secteur est spécifique. Les professionnels dédiés sont identifiés tant sur la partie « réalisation de l'acte » que la partie « traitement des appareils ». Le recours à l'anesthésie pour certaines endoscopies digestives est prévue avec une organisation commune au bloc opératoire. L'organisation prévoit au jour de la visite un IADE et un MAR dédiés à l'activité. La SSPI est commune avec le bloc opératoire.

La programmation des actes d'endoscopie est organisée différemment selon les secteurs. En gastroentérologie, la programmation est faite sur le logiciel DPI commun. Pour la pneumologie et la cardiologie la programmation se fait sur un dossier papier spécifique comprenant tous les documents nécessaires (prescription de l'acte, formulaire de personne de confiance, check list de sécurité HAS spécifique à chaque secteur).

La gestion de l'urgence est organisée. Pendant les heures d'ouverture des vacations, les urgences sont intégrés au programme de la journée, en permanence de soins, les patients concernés sont transférés à Lyon Sud, avec lequel le Centre hospitalier de Vienne a passé une convention.

Les professionnels sont formés par tutorat interne, avec parfois le concours des laboratoires fournisseurs. Les remplacements pendant les congés sont organisés avec les unités de soins correspondantes (gastroentérologie, pneumologie, cardiologie...), toujours avec des professionnels formés sur le même mode.

Toutefois, les actions de formation nécessaires ne sont pas toutes organisées : la formation continue des professionnels n'est pas organisée. Les professionnels exerçant sur les secteurs y travaillent depuis plusieurs années, mais la réactualisation des connaissances n'est pas prévue dans le plan de formation institutionnel.

Chaque secteur dispose d'une salle dédiée à la réalisation des actes avec l'ensemble du matériel nécessaire. Pour la gastro gastroentérologie, la zone est attenante au bloc opératoire permettant en cas de besoin de mutualiser la SSPI. Pour la cardiologie et la pneumologie, les salles sont attenantes aux services correspondants.

Des laveurs désinfecteurs et paillasse de traitement spécifiques sont prévus dans les zones de traitement en gastroentérologie et pneumologie. La prise en compte du risque chimique est inscrite au document unique des risques professionnels et a fait l'objet en 2015 de la production d'une affiche d'information présente dans chaque secteur de traitement des endoscopes.

Le stockage des matériels propres est organisé.

La maintenance prévisionnelle des endoscopes, des colonnes et des laveurs désinfecteurs est organisée et contrôlée par le service biomédical selon un calendrier annualisé.

Les contrôles réglementaires des endoscopes (bactériologie) et de l'eau d'alimentation des endoscopes sont organisés selon un calendrier suivi par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur communique aux équipes les objectifs et les actions, sachant que la démarche est encore en phase de maturation. Les réunions de service entre soignants permettent les échanges sur les pratiques et d'envisager les évolutions à venir. La participation des professionnels est encouragée, en particulier lors de la rédaction des nouvelles procédures de traitement des endoscopes. Les infirmières de chaque secteur ont été impliquées dans la rédaction et la relecture des procédures de traitement des endoscopes souples thermosensibles, issues des recommandations de la DGOS de 2016. Des dispositifs d'affichage ont été utilisés pour la communication, les supports restant variables et spécifiques à chaque secteur de soins réalisant des actes d'endoscopie. L'audit du GREPHH de 2015 a été réalisé avec le pilotage de l'EOH avec un compte rendu aux équipes de gastro entérologie et pneumologie et un certain nombre de recommandations sur l'actualisation des procédures par exemple.

Une EPP sur « accueil du patient sur le plateau technique de pneumologie » a été réalisée récemment avec le support de la cadre du secteur et doit être finalisée prochainement pour une présentation aux équipes concernées. Une investigation Patient traceur en endoscopie soutenue par le CEPRRAL a été réalisée en mars 2016.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La visite de chaque secteur réalisant des activités d'endoscopies a permis de constater les disponibilités des ressources en professionnels pour chaque secteur. Les secteurs visités ont été la cardiologie, le secteur de gastro entérologie et la pneumologie. Les équipements nécessaires à la réalisation des gestes d'endoscopie (Colonnes, Endoscopes) sont disponibles.

Les équipements de protection individuels pour la manipulation de l'acide peracétique sont disponibles en nombre suffisant et les professionnels rencontrés sont homogènes dans leur connaissance des conduites à tenir en cas d'exposition.

Cependant, la gestion documentaire n'est pas maîtrisée sur l'ensemble de la thématique. De nombreuses procédures décrivant les activités, le traitement des endoscopes, etc. se retrouvent sur des supports différents, soit informatisé dans la GED institutionnelle, soit dans des classeurs papiers disponibles sur site, ne permettant pas de garantir le respect des règles institutionnelles définies pour la gestion documentaires.

On constate par ailleurs que de nombreuses procédures sont très anciennes : par exemple une procédure décrivant l'entretien du matériel d'endoscopie au bloc opératoire date de 1991, et est accessible sur la GED institutionnelle. D'autres procédures ne sont pas au format qualité, ou n'ont pas été ré actualisées.

La prise en compte de la circulaire DGOS de 2016 a néanmoins généré sous l'impulsion du responsable de l'EOH une réflexion des secteurs pour rédiger des procédures actualisées de traitement des endoscopes souples non autoclavables, en particulier en pneumologie et gastroentérologie ; ces nouvelles procédures ne sont pas encore diffusées, mais dans la boucle de validation.

Les locaux nécessaires à la réalisation des actes d'endoscopie sont équipés en conformité avec l'organisation prévisionnelle. Les locaux de traitement disposent des matériels de traitement ou de pré

traitement nécessaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. La programmation des activités est effective et connue des professionnels quel que soit le secteur visité. En cas de recours à un médecin anesthésiste, la consultation pré anesthésique est organisée et les dossiers consultés étaient complets, avec les documents d'information du patient, les courriers de demande d'examen... Les compte-rendus sont réalisés selon des modes différents selon les secteurs mais ils sont retrouvés dans le dossier commun institutionnel. Le délai de production du compte rendu était court et souvent immédiat. Le circuit des prélèvements anatomopathologiques est homogène selon les secteurs avec des procédures identiques et maîtrisées par les professionnels. Le laboratoire de l'établissement centralise les prélèvements et se charge des envois vers les structures ressources. L'identification des prélèvements est effective et les dispositifs de prescription présents et conformes. Le circuit de prise en charge des endoscopes est effectif avec des procédures homogènes, travaillées par les professionnels des différents secteurs. L'ensemble des professionnels rencontrés connaissant les procédures d'utilisation et de traitement des appareils ainsi que les procédures dégradées en cas de dysfonctionnement du LDE. La procédure de séquestration est disponible et connue des professionnels rencontrés. La configuration architecturale de chaque secteur rend difficile une marche en avant stricte, mais les circuits des matériels contaminés et propres sont bien différenciés avec sur les bacs de transport des codes couleur différent. Les professionnels rencontrés sont dans l'ensemble très sensibilisés aux risques chimiques ou d'exposition au sang, ils savent mobiliser les procédures adéquates en cas de problèmes de ce type. Les dispositifs de protection individuel des travailleurs en salle de traitement sont utilisés. La caisse réservée aux accidents d'exposition est unifiée entre les secteurs de traitement et les professionnels la connaissent, la conduite à tenir est affichée dans chaque zone de traitement. La traçabilité de l'utilisation d'un endoscope pour un patient est effective de même que le suivi du traitement. Selon les secteurs, la traçabilité dans le dossier est réalisée sur papier ou scannée dans le DPI. Les plans de maintenance préventifs et curatifs sont effectifs pour les endoscopes avec des cahiers de vie par appareil. La check list de sécurité est déployée et effective sur tous les sites où les examens sont réalisés. La traçabilité de la recherche ATNC est effective et est un facteur bloquant de réalisation de l'acte dans tous les secteurs. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, en particulier avec la pharmacie pour les dispositifs à usage unique et le secteur en charge de la gestion des déchets.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement participe pour la gastroentérologie à un benchmark de son activité, avec d'autres structures régionales. La DSI et le DIM colligent des données d'activité d'endoscopie digestive (activité, complications etc...) mais ces différents éléments ne sont pas exploités avec les équipes concernées.

Toutefois, le fonctionnement du processus est partiellement évalué : les démarches d'évaluation sont peu développées. On ne retrouve notamment pas d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs propres aux activités d'endoscopie, et partagés avec les professionnels concernés.

Il n'y a pas de RMM spécifiques sur le secteur « endoscopie », bien qu'il existe des RMM de secteurs en pneumologie et en gastro gastroentérologie. Les déclarations d'événements indésirables liés aux soins restent peu développées.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration prioritaires dans le compte qualité sont pour la plupart en cours de mise en place, hors mis l'action liée à la non informatisation des documents en gastroentérologie qui a fait l'objet d'une recherche d'exhaustivité des éléments dans le logiciel DPI commun.

Toutefois, les actions d'amélioration sont partielles : l'évaluation du processus étant partielle, les actions d'amélioration ne sont pas toutes mises en place.

Diverses actions de communication sur les suivis des plans d'action sont réalisées dans chaque secteur

lors des réunions de service.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	<p>La stratégie institutionnelle commune du processus n'a pas été totalement définie, et n'intègre pas toutes les sources de données.</p> <p>- Lors de la rencontre avec les pilotes, les experts visiteurs ont pu constater que la démarche liée au processus « endoscopie » était très récente, et n'avait pas fait l'objet d'orientations stratégiques formalisées de manière institutionnelle, en particulier dans le cadre du projet médical de GHT.</p> <p>- La cartographie des risques ne couvre pas l'ensemble du processus ; on peut constater en particulier l'absence de risques identifiés liés à la réalisation des actes (par exemple la conduite à tenir en cas de perforation colique lors d'une endoscopie digestive, ou la conduite à tenir en cas d'hémorragie lors d'une endoscopie bronchique...), ou l'absence de risques liés au traitement des endoscopes.</p>	26b
P / Organisation interne	PS	<p>Les actions de formation nécessaires ne sont pas toutes organisées.</p> <p>La formation continue des professionnels n'est pas organisée. Les professionnels exerçant sur les secteurs y travaillent depuis plusieurs années, mais la réactualisation des connaissances n'est pas prévue dans le plan de formation institutionnel.</p>	26b
	PS	<p>Le pilotage du processus n'est pas totalement organisé. L'équipe de pilotage ne comprend pas de participation médicale identifiée.</p> <p>La fragilité sur les dernières années de l'effectif médical est en partie à l'origine de cette situation constatée. L'organisation des vacances recourt à des praticiens en temps partagé n'appartenant pas au centre hospitalier, ce qui rend plus complexe l'investissement médical dans la démarche. De nombreux risques peuvent nécessiter des évaluations de pratique médicale et des modifications de celles-ci.</p>	26b
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>La gestion documentaire n'est pas maîtrisée sur l'ensemble du processus.</p> <p>De nombreuses procédures décrivant les activités, le traitement des endoscopes, etc. se retrouvent sur des supports différents, soit informatisé dans la GED institutionnelle soit dans des classeurs papiers disponibles sur site ne permettant pas de garantir le respect des règles institutionnelles définies pour la gestion documentaires.</p> <p>On constate par ailleurs que de nombreuses procédures sont très anciennes : par exemple une procédure décrivant l'entretien du matériel d'endoscopie au bloc opératoire date de 1991 et est accessible sur la GED institutionnelle . D'autres procédures ne sont pas au format qualité, ou n'ont pas été ré actualisées.</p> <p>La prise en compte de la circulaire DGOS de 2016 a néanmoins généré sous l'impulsion du responsable de l'EOH une réflexion des secteurs pour rédiger des procédures actualisées de traitement des endoscopes souples non autoclavables en particulier en pneumologie et gastroentérologie ; ces nouvelles procédures ne sont pas encore diffusées, mais dans la boucle de validation.</p>	26b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	<p>Le fonctionnement du processus est partiellement évalué. L'analyse des risques au centre hospitalier de Vienne dans le secteur « endoscopie » est récente.</p> <p>L'établissement participe pour la gastroentérologie à un benchmark de son activité par rapport aux structures régionales. De même la DSI et le DIM colligent dans « endobase » les données d'activité d'endoscopie digestive (activité, complications etc...), mais ces différents éléments ne sont pas</p>	26b

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>exploités et le secteur ne dispose pas d'indicateurs d'activité globaux sur la thématique.</p> <p>Il n'y a pas de RMM spécifiques encore en place sur le secteur « endoscopie », bien qu'il existe des RMM de secteurs en pneumologie et en gastro entérologie. Les déclarations de FEI restent peu développées.</p>	
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	<p>Les actions d'amélioration sont partielles.</p> <p>L'évaluation du processus étant partielle, les actions d'amélioration ne sont pas toutes mises en place.</p>	26b

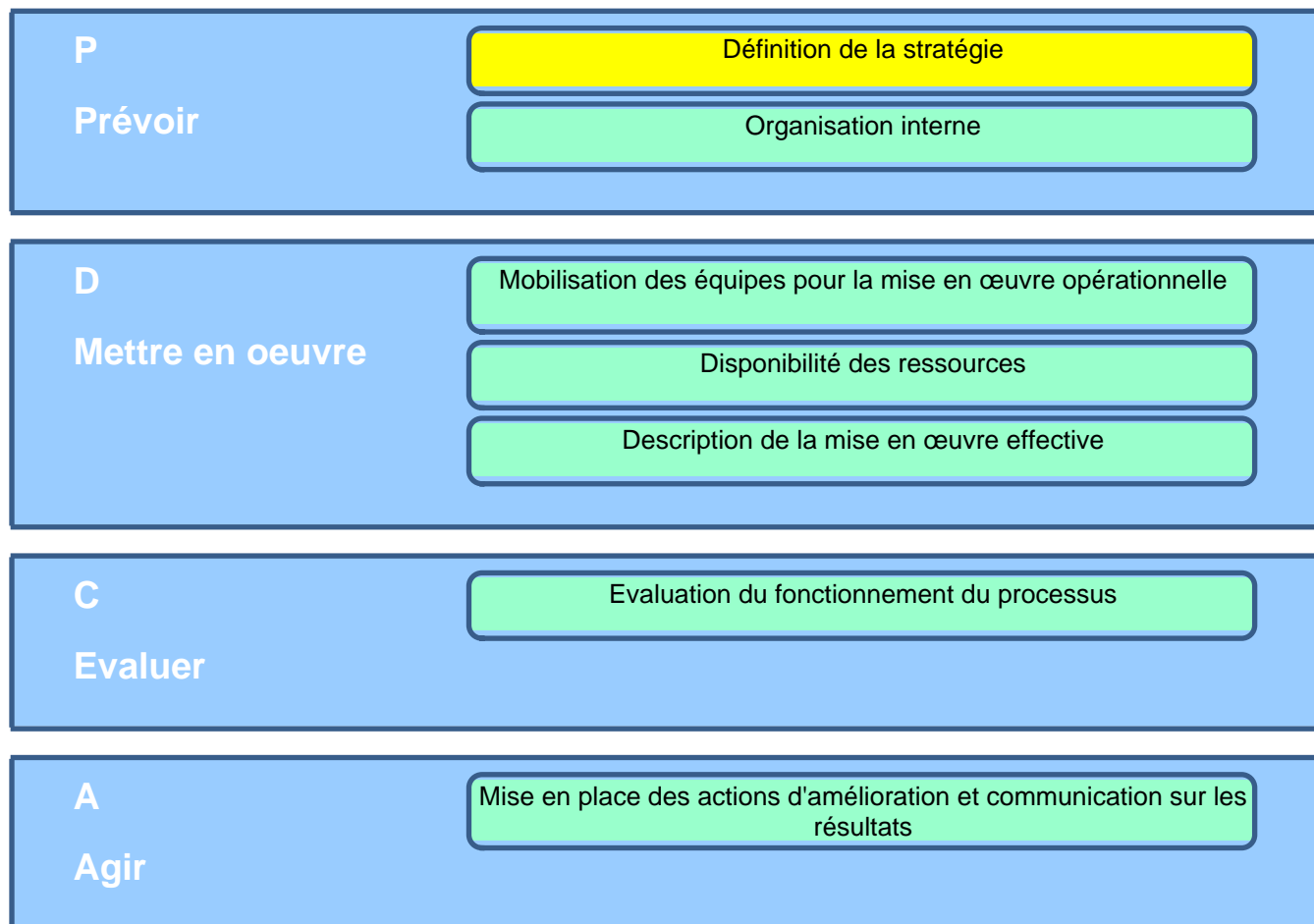
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet médical 2013-2017 du CH de Vienne identifie une priorité pour l'activité obstétricale en terme de formation des internes et de collaboration avec le CHU de référence. Cette priorité est conforme aux orientations 2013- 2018 du CPOM qui prévoient une plus grande collaboration avec le CHU, et un investissement au sein du réseau régional AURORE de périnatalité.

Une analyse de risques a été réalisée de manière pluriprofessionnelle, les 4 risques prioritaires ont été intégrés au Compte Qualité de l'établissement, et un programme d'actions a été engagé.

Cependant, la stratégie de prise en charge du patient en salle de naissance ne repose pas sur une analyse structurée de l'ensemble des risques de l'établissement : les documents stratégiques de l'établissement ne précisent pas les orientations en matière de sécurisation de la prise en charge obstétricale ; le projet médical 2013-2017 et le projet médical partagé (PMP) du GHT n'exposent pas d'orientation sur la sécurité des soins ou sur la prise en charge obstétricale. Le contrat de pôle en cours de rédaction, identifie 4 domaines d'actions prioritaires pour la sécurité en salle de naissance, mais ce document n'est pas validé à ce jour.

ORGANISATION INTERNE

Une charte de fonctionnement du bloc obstétrical a été récemment rédigée, elle est validée par le conseil du pôle "Femme, Mère, Enfant" et par la CME. Cette charte s'appuie sur des documents de référence afin de décrire l'organisation interne du secteur de naissance et la responsabilité des acteurs. Elle a pour objectifs d'assurer la qualité des soins et la qualité du lien parent/enfant, d'anticiper et de gérer les risques liés aux soins, d'accueillir les patientes pour les césariennes programmées et en urgence.

L'organisation des interfaces entre anesthésie, pédiatrie et obstétrique est décrite, les missions des intervenants sont précisées notamment dans les situations d'urgence obstétricale. Les obligations de formation et la contribution des intervenants aux dispositifs de gestion des risques (déclaration des événements indésirables, CREX, RMM) sont précisées dans ce document qui constitue l'ébauche d'une démarche qualité documentée pour le secteur des salles de naissance. Un plan de formation est élaboré en cohérence avec les priorités d'action retenues par le secteur obstétrical.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'activité dans le secteur de naissance est régulée par l'organisation des inscriptions le plus en amont possible et au moins lors des consultations au 8ème mois de grossesse. Les futures mamans sont alors orientées soit vers le dispositif du CH de Vienne soit vers une maternité plus adaptée à la complexité de leur grossesse. Des staffs hebdomadaires permettent de programmer les prises en charge et de mobiliser les professionnels sur les situations critiques. Les événements indésirables sont déclarés et donnent lieu à la réalisation de CREX. Des RMM pluriprofessionnelles sont organisées sur les prises en charge obstétricales.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation est organisée notamment lors de l'arrivée de nouveaux professionnels. La continuité des soins est assurée par la présence sur place H 24 des obstétriciens, des anesthésistes et des pédiatres. La présence des sage-femmes et des intervenants paramédicaux est conforme aux normes en vigueur.

Les pratiques professionnelles reposent sur des recommandations validées notamment celles issues du réseau régional de périnatalité (réseau AURORE).

Cependant la maîtrise documentaire n'est pas assurée, la documentation relative aux salles de naissance est principalement sur un volume informatique partagé et accessoirement sur le dispositif de gestion électronique des documents. Cette organisation ne garantit pas le respect de la procédure institutionnelle de gestion documentaire.

Les équipements biomédicaux sont inventoriés et les maintenances préventives et curatives sont mises en œuvre. Les équipements hôteliers sont renouvelés dans le cadre d'un dialogue entre les professionnels du secteur de naissance et les responsables des achats.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pratiques professionnels sont conformes aux procédures définies et aux règles de bonnes pratiques. Un système d'alerte par code couleur est en place pour les césariennes en urgence, ce dispositif permet la

mobilisation des acteurs dans des délais adaptés. La surveillance des parturientes est assurée par des monitorings en réseau. Les professionnels du bloc obstétrical sont entraînés pour la détection des souffrances fœtales et pour la réanimation des nouveaux-nés.

Les traçabilités sont effectives, notamment des check-lists pour les fermetures de salle, et pour la sécurisation des césariennes. La prise en charge des hémorragies du post-partum est mise en œuvre. Dans ce domaine, les investigations des experts visiteurs sont en conformité avec les résultats de l'indicateur sur l'hémorragie du post-partum (HPP).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis par les responsables afin de s'assurer du bon fonctionnement du bloc obstétrical, et de la bonne gestion des urgences. On peut citer notamment les délais de réalisation des césariennes "code rouge" ou les taux de césariennes et d'analgésies péridurales.

Des indicateurs qualité sont également présents sur le projet de contrat de pôle, ils sont extraits de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sur l'hémorragie du post-partum (HPP).

Cependant les indicateurs de suivi ne sont pas totalement opérationnels : la périodicité de recueil et les cibles attendues pour les IQSS sur l'hémorragie du post-partum ne sont pas précisées sur le projet de contrat de pôle, et il n'est pas retrouvé de cohérence entre les objectifs et la définition des indicateurs.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont menées à l'issue des évaluations et des analyses de risques. Elles peuvent porter sur la structuration du service comme pour la rédaction de la charte de fonctionnement ou sur l'amélioration des pratiques comme les formations et traçabilités mises en œuvre au décours des CREX. La communication interne est organisée à l'occasion des différentes réunions de service.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	NC	La stratégie de prise en charge du patient en salle de naissance ne repose pas sur une analyse structurée de l'ensemble des risques de l'établissement. Les documents stratégiques de l'établissement ne précisent pas les orientations en matière de sécurisation de la prise en charge obstétricale. Le projet médical 2013-2017 et le projet médical partagé (PMP) du GHT n'exposent pas d'orientation sur la sécurité des soins ou sur la prise en charge obstétricale. Le contrat de pôle en cours de rédaction, identifie 4 domaines d'actions prioritaires pour la sécurité en salle de naissance cependant ce document n'est pas validé à ce jour.	26b
D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas maîtrisée. La documentation relative aux salles de naissance est principalement sur un volume informatique partagé, et accessoirement sur le dispositif de gestion électronique des documents. Cette organisation ne garantit pas le respect de la procédure institutionnelle de gestion documentaire.	26b
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les indicateurs de suivi ne sont pas totalement opérationnels. La périodicité de recueil et les cibles attendues pour les IQSS sur l'hémorragie du post-partum ne sont pas précisées sur le projet de contrat de pôle, et il n'est pas retrouvé de cohérence entre les objectifs et la définition des indicateurs.	26b

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.

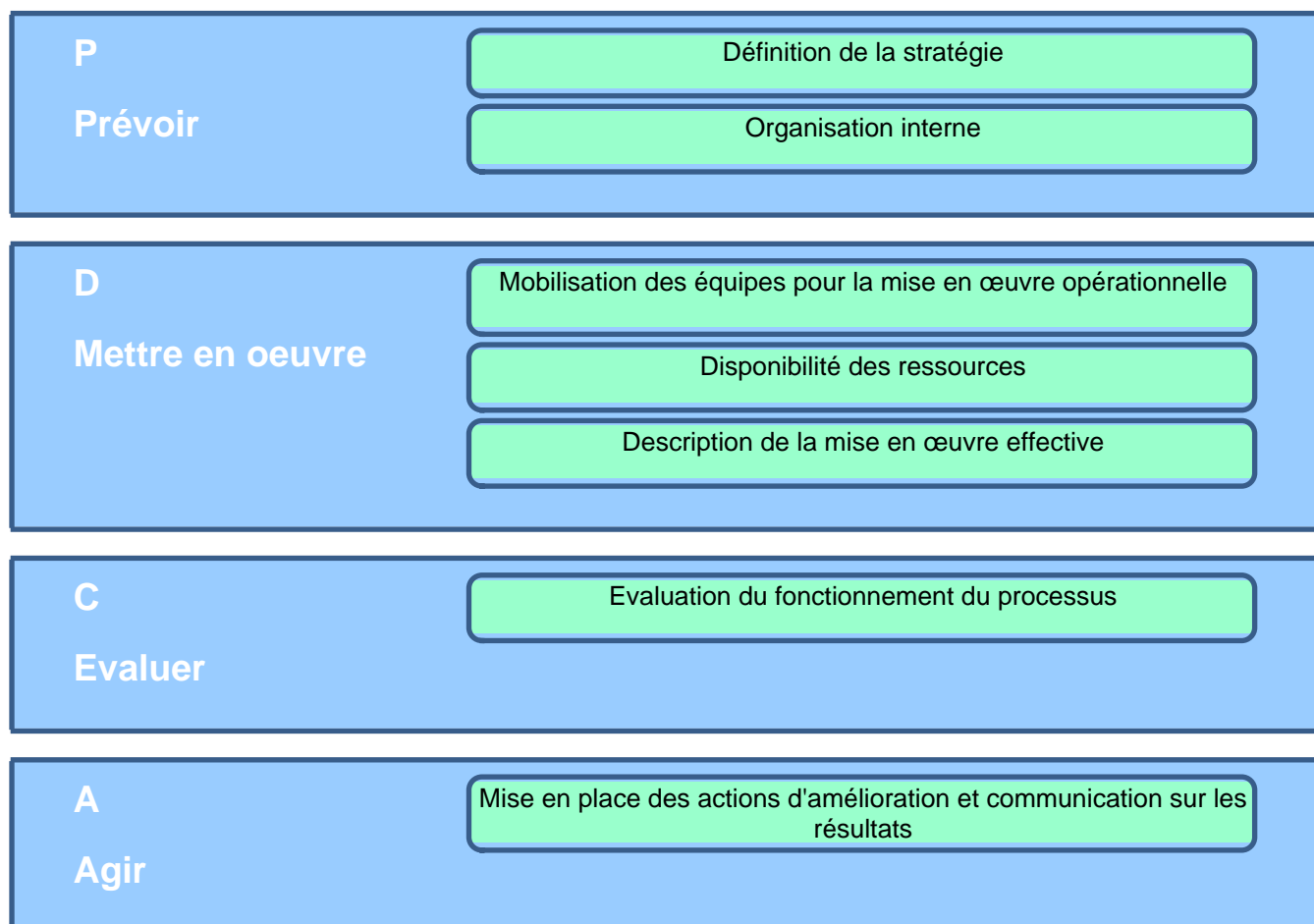
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

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

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) sur le territoire du GHT "Valrhône-santé" est inscrit dans les priorités médicales partagées en cohérence avec les orientations du SROS ("Maintenir et poursuivre l'efficacité des prises en charge en HAD") et du Projet Régional de Santé.

Une analyse de risques relative à la gestion des équipements au domicile du patient a été conduite puis validée devant le Comité de gestion prévisionnelle des risques. Deux risques prioritaires ont été identifiés sur la base d'une analyse du processus de gestion des équipements au domicile des patients.

Des actions ont été conduites afin de mieux maîtriser ces risques. Les risques liés à une éventuelle rupture d'alimentation électrique sont identifiés et maîtrisés.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans ses différentes dimensions dont la gestion des équipements est assuré par un médecin responsable et par un cadre de santé. Les responsabilités sont formalisées dans l'organigramme de l'établissement et les missions sont définies.

La mise à disposition des équipements est organisée principalement par des contrats auprès de différents prestataires privés : 4 prestataires interviennent pour le matériel hôtelier, les fluides médicaux, le matériel biomédical, les matelas anti-escarres. Les contrats précisent les délais de mise à disposition, la réalisation des éventuelles formations et l'organisation des maintenances curatives. Certains équipements hospitaliers restent gérés par l'équipe HAD.

Dans ces situations, la formation des utilisateurs et les maintenances sont organisées.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les modalités de mise à disposition des équipements sont maîtrisées par les professionnels qui assurent notamment la formation et l'accompagnement des libéraux pour l'usage des dispositifs spécifiques ou nouveaux. Les IDE sont également l'interlocuteur immédiat et permanent du patient en cas de dysfonctionnement.

Le dispositif institutionnel de signalement des événements indésirables est utilisé en routine pour repérer et inventorier les dysfonctionnements liés aux équipements.

La collaboration avec les IDE libérales fait l'objet d'une lettre de mission afin de garantir la conformité des pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en équipement et les consommables associés sont disponibles. Cette disponibilité est assurée dans le cadre des contrats avec les fournisseurs et par le dispositif d'astreinte opérationnelle permettant aux IDE d'intervenir 24h/24 au domicile du patient.

Les documents relatifs aux équipements sont disponibles au domicile du patient lorsque cela paraît utile.

La continuité de l'alimentation électrique est assurée par une déclaration auprès du fournisseur d'électricité lorsque la situation clinique le nécessite, par exemple pour les patients ventilés à domicile.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le matériel mis à disposition est considéré comme adapté par les patients (90.7%) lors de l'enquête menée par l'HAD en 2016. Les patients rencontrés par les experts visiteurs expriment leur confiance dans le dispositif logistique, dans la capacité d'intervention de l'équipe soignante et dans la coordination des professionnels entre eux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Plusieurs dispositifs d'évaluation sont utilisés par l'équipe HAD afin de s'assurer de la fiabilité de leur organisation logistique, de la confiance de leurs partenaires libéraux et de celle des patients : registre des incidents, enquête de satisfaction auprès des patients, enquête de satisfaction auprès des partenaires libéraux, etc.

Les signalements d'événements indésirables sont intégrés dans la pratique et permettent des analyses approfondies des causes.

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

Les enquête de satisfaction ont permis de dégager des pistes d'amélioration et de dialogue avec les fournisseurs, notamment à propos de la vétusté de certains équipements hôteliers.
L'établissement communique sur les résultats d'évaluation et les actions d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

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	P / Organisation interne	NC	<p>Le dispositif de gestion documentaire n'est pas centralisé et maîtrisé.</p> <p>La documentation de l'établissement est disponible sur différents supports (papier, électronique) ou outils informatiques (Logiciel de gestion électronique des documents, répertoire partagé).</p> <p>Les documents présents dans le répertoire partagé (t:/commun) ne respectent pas la procédure des procédures de l'établissement.</p> <p>De nombreux documents sont très anciens (environ 50% antérieur à 2014) dont certains de 2003, 2004.</p> <p>Par ailleurs, certains protocoles figurant dans les classeurs papiers et majoritairement cités par les soignants comme étant ceux utilisés ne correspondent pas au document présent dans la GED qui est de mise à jour plus récente (ex.: protocole MEOPA en date du 01/02/2008 dans le classeur papier "douleur" et en date du 13/03/2017 dans la GED). Cet écart n'est pas identifié comme un risque par l'établissement sur le compte qualité ou dans le Programme d'amélioration qualité institutionnel.</p>	5c
	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>La formation continue des professionnels à la sécurité et à l'acte transfusionnel n'est pas menée.</p> <p>Le programme de formation continue de l'établissement n'intègre pas de session de formations périodiques (2 ou 3 ans) et/ou d'ateliers pratiques pour les professionnels en poste et ayant des connaissances théoriques et pratiques anciennes.</p>	8j
		PS	<p>Les ressources en compétences (effectifs) ne sont pas totalement disponibles.</p> <p>La suppléance des correspondants locaux des vigilances sanitaires n'est pas effective pour l'ensemble des vigilances.</p> <p>Le correspondant d'hémovigilance de l'établissement, qui est également biovigilant et identitovigilant, est présent à mi-temps au sein du centre hospitalier de Vienne. Il n'y a pas eu de désignation officielle d'un suppléant en cas d'absence de ce dernier.</p> <p>Par ailleurs, la suppléance du correspondant local de la réactovigilance n'a pas fait l'objet également d'une désignation officielle.</p>	8i
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La mise en œuvre de la gestion des événements indésirables est partielle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bilan des EI 2015 fait état de 10% d'EI et de 15% en 2016 de signalement donnant lieu à une analyse des causes. - Le retour d'information aux déclarants des événements indésirables est faible au niveau du centre hospitalier : les professionnels et équipes 	8f

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			rencontrés ont majoritairement déclaré ne pas avoir de retour d'information sur leurs signalements.	
		PS	Le recueil de l'évaluation de la satisfaction des usagers n'est pas exhaustif. Le taux de retour des questionnaires de sortie (1,82%) ne permet pas d'établir une analyse statistique significative permettant d'identifier des actions d'amélioration. Ce sujet fait l'objet d'un axe amélioration dans le cadre du projet de soins 2013-2017.	9b
Gestion du risque infectieux	D / Disponibilité des ressources	PS	L'actualisation et la centralisation des procédures et des protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux n'est pas finalisée. Les documents en lien avec la thématique sont retrouvés sur des supports multiples avec des classeurs spécifiques à chaque service, un répertoire partagée et la gestion documentaire institutionnelle. A titre d'exemple 3 procédures différentes pour le bio-nettoyage des salles de blocs avec des datations différentes ont été retrouvées dans la gestion documentaire institutionnelle.	8g
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	PS	Certaines conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité du patient. L'unité de soins continu est équipée de 8 chambres sur 12 qui sont sans fenêtre ni sanitaire.	10b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Il n'existe pas de dispositif structurée d'évaluation du dispositif. La démarche d'amélioration déclinée dans le programme qualité et gestion des risques 2016-2010, et notamment les 10 actions de ce dernier est récente. L'évaluation des actions n'a pas été initiée. La réalisation de 4 des 5 actions présentes au compte qualité est planifiée pour décembre 2018. Ces actions n'ont pas été évaluées au moment de la visite.	1d
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Le suivi des actions d'amélioration n'est pas opérationnel. La mise en œuvre des indicateurs de suivi déclinés dans l'axe 4 du programme d'amélioration de la qualité et de la gestions des risques du processus droits des patients et destinés à suivre l'amélioration du processus n'a pas été réalisée.	1d
Parcours du patient	D / Disponibilité des ressources	PS	Les documents ne sont pas totalement actualisés. La documentation relative au parcours du patient est partagée entre différents supports où coexistent parfois plusieurs versions d'un même document.	1a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les observations sur l'état de santé du patient ne sont pas systématiquement rédigées dans des délais compatibles avec les nécessités de la prise en charge. Lors de l'investigation du patient traceur en neurologie, il a été constaté que le suivi médical n'était pas assuré et tracé pendant le week-end. La visite du samedi matin réalisée par un médecin du service n'a pas fait l'objet d'un mot de suivi dans le dossier du patient. En chirurgie viscérale, il a été constaté l'absence d'observation quotidienne dans le dossier médical informatisé : par exemple, pour un patient admis le 13/06 avec une observation d'entrée, il a été retrouvé un mot de suivi daté du 22/06, sans autre observation dans l'intervalle, permettant de tracer le suivi médical du patient pendant son	17a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			séjour.	
		NC	Les demandes médicales d'examens ne sont pas identifiées, justifiées. Les prescriptions des examens de biologie sont faites et signées sur un formulaire médical de prescription dans le dossier "papier". Les infirmières en charge de la réalisation de l'acte sont amenées à retranscrire la prescription sur le bon, qui ne fait pas mention des renseignements cliniques et n'est pas signé par le médecin demandeur.	22a
		PS	Le délai d'envoi du document de sortie au médecin traitant ne respecte pas toujours les délais nécessaire à la continuité des soins. Les comptes rendus d'hospitalisation sont adressés au médecin traitant dans des délais assez variables entre les unités de soins : certains services comme le SSR gériatrique respectent le délai maximal de 48h00, mais d'autres le dépasse largement, comme le montre les résultats de l'indicateur "délai d'envoi du document de sortie" en MCO.	24a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'évaluation du dispositif est partielle. L'évaluation des objectifs des pôles en matière d'organisation du parcours du patient n'est pas structurée, il n'est pas retrouvé de dispositif d'évaluation qualitatif ajusté aux objectifs des pôles.	17a
Dossier patient	P / Organisation interne	PS	Les règles de tenue du dossier patient ne sont pas totalement définies. La partie "papier" du dossier patient est hétérogène entre les unités, ce qui ne permet pas d'établir des règles communes ; il n'est pas retrouvé de modes opératoires spécifiques aux diverses unités.	14a
	D / Disponibilité des ressources	PS	La mise à disposition du dossier en temps utile entre les professionnels n'est pas assurée. Il existe des stockages de dossiers patients dans les secrétariats médicaux, ce constat est confirmé par l'investigation issue des patients traceurs en pneumologie et oncologie.	14a
		PS	La gestion documentaire n'est pas totalement maîtrisée. L'utilisation d'éléments papier qui diffèrent d'un service à l'autre rend difficile la réalisation d'un guide unique de gestion du dossier patient. Lors des investigations, il n'a pas été retrouvé de guide dans tous les services. L'actualisation du guide du dossier patient est une action d'amélioration du compte qualité.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les interfaces ne sont pas opérationnelles. - l'ensemble des applications informatiques de gestion du patient ne sont pas interfacés. A titre d'exemple, les logiciels des Urgences et de l'HAD nécessitent de re-prescrire de manière manuscrite, dès lors que le patient est transféré dans un autre service, ce qui présente un risque potentiel dans la continuité de la prise en charge (l'absence de support unique de prescription peu présenter un risque d'erreur ou d'oubli). - les demandes médicales d'examen de laboratoire ne sont pas disponibles sur le DPI, ce qui nécessite la retranscription des prescriptions par le personnel infirmier sur les bons de prélèvement, - la prescription de prémédication ou d'autorisation de sortie de SSPI ne remonte pas dans le DPI sous la forme d'une prescription médicale.	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
		PS	L'accès au dossier n'est pas toujours protégé. Il a été constaté lors des investigations issues du patient traceur, l'existence de salles de soins sans dispositif permettant d'en sécuriser l'accès, alors que des dossiers patients y sont entreposés (à titre d'exemple, la salle de soins de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire ne dispose pas de dispositif de fermeture permettant de sécuriser l'accès).	14a
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Le processus est partiellement évalué. Le programme d'amélioration du dossier est prévu pour être réajusté annuellement par la CODPIM suivant le résultat des évaluations, mais la démarche étant récente, cette actualisation n'a pas été réalisée ou soumise à la CME et au Directoire au moment de la visite. De même, les 4 actions d'amélioration du programme qualité n'ont pas donné lieu à leur évaluation, comme le confirme l'absence de formalisation de l'évaluation dans la politique du dossier patient en date du 28/03/2017.	14a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients ne donne pas lieu à des actions d'amélioration. Le résultat des IQSS 2015 indique que 33% des demandes d'accès sont transmises dans un délai supérieur à 8 jours. Au moment de la visite aucune action d'amélioration n'a été engagée comme le confirme les objectifs prioritaires du programme d'amélioration de la qualité de la thématique (cf page 25). La coordination et le choix des indicateurs ne sont pas formalisés	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Disponibilité des ressources	PS	Les règles de gestion des médicaments à risque ne sont pas totalement respectées. Les médicaments à risque ne sont pas clairement identifiés comme tel dans les armoires de stockage des unités de soins. Cependant, les médicaments à risque "Never events" ont fait l'objet d'une réflexion au COMEDIMS du CH, et notamment le KCI est stocké dans un endroit différent des autres injectables.	20a bis
		PS	La gestion documentaire de la PUI n'est pas centralisée. Le système documentaire de la PUI est basé sur deux outils différents : la GED du centre hospitalier pour la documentation transversale à destination des unités de soins, et un répertoire partagé à accès limité pour la documentation spécifique aux activités de la PUI ; l'ensemble n'est pas conforme aux règles préétablies dans le MAQ de la PECM.	20a
		PS	Les ressources matérielles mises à disposition (locaux de la PUI) ne sont pas totalement adaptées et conformes. - les locaux de la PUI ne permettent pas de garantir le respect des bonnes pratiques concernant les préparations magistrales, car la zone de fabrication des préparations magistrales de la PUI n'est pas séparée du reste de l'activité, et ne garantit pas par ailleurs pour le préparateur, des conditions de travail sereines (absence d'agitation, de distraction ou d'interruption). - les locaux de la PUI ne sont pas conformes : une inspection ARS (08/06/2015) a mis en évidence la vétusté et l'état dégradé des locaux de la PUI, notamment le quai de déchargement inadapté et la zone de réception, ne permettant pas de respecter les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Une AMO (assistance à la maîtrise d'ouvrage) est en cours de sélection, afin	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			de réaliser la restructuration des locaux.	
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les bonnes pratiques d'administration ne sont pas toujours respectées. - le support de prescription en SSPI ne permet pas systématiquement la validation de l'administration par le soignant. Lors de l'investigation du bloc opératoire, dans un dossier consulté en SSPI, il est constaté une prescription de titration de morphinique utilisant tout l'espace de prescription, et ne permettant pas la traçabilité de l'administration. - lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est retrouvé une prescription d'ACUPAN sur la feuille de suivi en SSPI sans identification nominative et signature de l'IDE ayant réalisé l'administration. - les prescriptions post-opératoires en UCA réalisées sur la feuille de la SSPI ne permettent pas de tracer la validation de l'administration par l'IDE dans la continuité de la prescription.	20a bis
		PS	La traçabilité du suivi de la température des réfrigérateurs contenant des médicaments thermosensibles n'est pas systématique. Le relevé de la température des réfrigérateurs contenant des médicaments thermosensibles n'est pas fait quotidiennement par les équipes soignantes dans les unités de soins, notamment au bloc opératoire, en médecine A et à l'UCA.	20a bis
		NC	Les bonnes pratiques de prescription ne sont pas toujours respectées. - le support de prescription en SSPI ne permet pas systématiquement l'identification du prescripteur - lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est retrouvé une prescription d'ACUPAN sur la feuille de suivi en SSPI, sans identification nominative et signature du prescripteur - les possibilités de prescription ne sont pas limitées pour les sages-femmes dans le logiciel de prescription. Les sages-femmes de l'établissement possèdent un profil "Médecin" leur permettant de prescrire des médicaments en dehors de la liste des médicaments autorisés par l'arrêté du 08/08/2016. Les sages-femmes prescrivent dans la majorité des cas à partir de protocoles prédéfinis dans l'outil informatisé de prescription, limitant ainsi le risque de prescription hors champs de compétence.	20a bis
		NC	L'identification du médicament jusqu'au moment de sa prise n'est pas garantie. Lors de la préparation des piluliers journaliers dans les unités de soins, les IDE découpent les plaquettes de médicaments (chirurgie orthopédique, médecine A) qui ne sont pas en conditionnement unitaire, ce qui rend difficile l'identification du médicament au moment de son administration (nom et/ou dosage illisible).	20a bis
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	L'établissement n'exploite pas totalement les résultats d'évaluation externe pour mettre en œuvre ses actions d'amélioration. Les écarts relevés par les experts révèlent des non conformités au niveau des pratiques professionnelles ; cette récurrence avait déjà été soulignée lors de la précédente visite de certification V2010, suite à laquelle des décisions	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			avaient été prononcées sur le processus.	
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	D / Disponibilité des ressources	PS	La base documentaire disponible pour les urgences n'est pas homogène. Un grand nombre de documents de procédure de prise en charge, d'organisation, etc. sont disponibles sur des supports différents, soit la GED institutionnelle, soit le dossier partagé « commun », soit des supports papier. Les documents ne sont pas tous au format qualité.	25a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les effectifs et compétences ne sont pas totalement en adéquation. Lors de la visite des secteurs d'urgence adulte et pédiatrique, il a été constaté que la réalisation des orthèses est confiée à des infirmières formées en interne par un chirurgien orthopédiste et avec l'appui partiel d'un laboratoire partenaire. Cependant, aucun des soignants rencontrés n'a été formé spécifiquement dans le cadre des formations de gypsothérapie diplômantes nationales, alors que le décret de compétence des infirmières prévoit la possibilité de cette délégation de tâches sous couvert d'une formation validante et d'un contrôle médical. Le risque lié à cette situation a été identifié dans la cartographie des risques de 2013, par l'enjeu médico-légal des complications sous immobilisation ; une priorisation de cette formation est envisagée par l'établissement au cours de la visite.	25a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas maîtrisée sur l'ensemble du processus. Au bloc opératoire, il existe 4 supports de documentation différents (GED institutionnelle, Valise dossier « commun » du réseau, Dossier interne accessible sur les ordinateurs du bloc opératoire, et classeurs papier). De nombreuses procédures retrouvées sont soit anciennes et non actualisées, soit non au format qualité (par exemple les procédures décrivant les interventions par discipline et par praticien). Les soignants rencontrés utilisent plus volontiers les supports locaux du bloc opératoire que la GED institutionnelle, et savent mobiliser les procédures qui les concernent.	26a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de maîtrise du risque infectieux ne sont pas complètement respectées. - lors de la visite du bloc opératoire, les experts visiteurs ont pu rencontrer trois médecins circulant en civil dans la SSPI, sans les tenues vestimentaires des professionnels du bloc opératoire prévues dans la charte. - le bionettoyage des salles opératoires en fin de programme ne respecte pas complètement les recommandations des CCLIN, reprises dans la procédure institutionnelle. Cette activité est réalisée par des aide-soignantes entre les interventions et en fin de programme. A la fin du programme, les soignants rencontrés ont expliqué ne pas sortir l'ensemble du matériel mobile des salles pour la réalisation de ce nettoyage, ce qui ne permet pas de garantir un nettoyage complet de la salle et de ses équipements, et n'est pas conforme à la procédure institutionnelle la plus récente datée de 2010, appuyée sur les recommandations du CCLIN Sud Ouest. - pour le même sujet, il est retrouvé trois procédures différentes dans la GED institutionnelle (Bionettoyage d'une salle d'opération logigramme version 1 - 2010, bionettoyage d'une salle d'opération 2010 - version 2, groupe de	26a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			travail et entretien des locaux du bloc par le personnel de nuit daté de 2006 ; ceci ne facilite pas l'appropriation des documents par les professionnels.	
		NC	<p>La mise en oeuvre de la check list de sécurité au bloc opératoire n'est pas totalement conforme pour tous les secteurs.</p> <p>- lors de l'investigation du patient traceur en chirurgie viscérale, il est constaté sur une intervention en urgence l'existence d'une check list « papier » dont le temps 3 n'a pas été réalisé ; pour cette intervention, l'identification du coordonnateur n'est pas précisée.</p> <p>- lors de la présentation du fonctionnement du module « bloc opératoire » du logiciel DPI commun, il est constaté que pour deux interventions dont une de chirurgie viscérale encore en cours, le temps 3 de le check list est rempli par anticipation.</p>	26a
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Définition de la stratégie	NC	<p>La stratégie institutionnelle commune du processus n'a pas été totalement définie, et n'intègre pas toutes les sources de données.</p> <p>- Lors de la rencontre avec les pilotes, les experts visiteurs ont pu constater que la démarche liée au processus « endoscopie » était très récente, et n'avait pas fait l'objet d'orientations stratégiques formalisées de manière institutionnelle, en particulier dans le cadre du projet médical de GHT.</p> <p>- La cartographie des risques ne couvre pas l'ensemble du processus ; on peut constater en particulier l'absence de risques identifiés liés à la réalisation des actes (par exemple la conduite à tenir en cas de perforation colique lors d'une endoscopie digestive, ou la conduite à tenir en cas d'hémorragie lors d'une endoscopie bronchique...), ou l'absence de risques liés au traitement des endoscopes.</p>	26b
	P / Organisation interne	PS	<p>Les actions de formation nécessaires ne sont pas toutes organisées.</p> <p>La formation continue des professionnels n'est pas organisée.</p> <p>Les professionnels exerçant sur les secteurs y travaillent depuis plusieurs années, mais la réactualisation des connaissances n'est pas prévue dans le plan de formation institutionnel.</p>	26b
		PS	<p>Le pilotage du processus n'est pas totalement organisé.</p> <p>L'équipe de pilotage ne comprend pas de participation médicale identifiée.</p> <p>La fragilité sur les dernières années de l'effectif médical est en partie à l'origine de cette situation constatée. L'organisation des vacances recourt à des praticiens en temps partagé n'appartenant pas au centre hospitalier, ce qui rend plus complexe l'investissement médical dans la démarche. De nombreux risques peuvent nécessiter des évaluations de pratique médicale et des modifications de celles-ci.</p>	26b
	D / Disponibilité des ressources	PS	<p>La gestion documentaire n'est pas maîtrisée sur l'ensemble du processus.</p> <p>De nombreuses procédures décrivant les activités, le traitement des endoscopes, etc. se retrouvent sur des supports différents, soit informatisé dans la GED institutionnelle soit dans des classeurs papiers disponibles sur site ne permettant pas de garantir le respect des règles institutionnelles définies pour la gestion documentaires.</p> <p>On constate par ailleurs que de nombreuses procédures sont très anciennes : par exemple une procédure décrivant l'entretien du matériel d'endoscopie</p>	26b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			au bloc opératoire date de 1991 et est accessible sur la GED institutionnelle . D'autres procédures ne sont pas au format qualité, ou n'ont pas été ré actualisées. La prise en compte de la circulaire DGOS de 2016 a néanmoins généré sous l'impulsion du responsable de l'EOH une réflexion des secteurs pour rédiger des procédures actualisées de traitement des endoscopes souples non autoclavables en particulier en pneumologie et gastroentérologie ; ces nouvelles procédures ne sont pas encore diffusées, mais dans la boucle de validation.	
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Le fonctionnement du processus est partiellement évalué. L'analyse des risques au centre hospitalier de Vienne dans le secteur « endoscopie » est récente. L'établissement participe pour la gastroentérologie à un benchmark de son activité par rapport aux structures régionales. De même la DSI et le DIM colligent dans « endobase » les données d'activité d'endoscopie digestive (activité, complications etc...), mais ces différents éléments ne sont pas exploités et le secteur ne dispose pas d'indicateurs d'activité globaux sur la thématique. Il n'y a pas de RMM spécifiques encore en place sur le secteur « endoscopie », bien qu'il existe des RMM de secteurs en pneumologie et en gastro entérologie. Les déclarations de FEI restent peu développées.	26b
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	Les actions d'amélioration sont partielles. L'évaluation du processus étant partielle, les actions d'amélioration ne sont pas toutes mises en place.	26b
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	P / Définition de la stratégie	NC	La stratégie de prise en charge du patient en salle de naissance ne repose pas sur une analyse structurée de l'ensemble des risques de l'établissement. Les documents stratégiques de l'établissement ne précisent pas les orientations en matière de sécurisation de la prise en charge obstétricale. Le projet médical 2013-2017 et le projet médical partagé (PMP) du GHT n'exposent pas d'orientation sur la sécurité des soins ou sur la prise en charge obstétricale. Le contrat de pôle en cours de rédaction, identifie 4 domaines d'actions prioritaires pour la sécurité en salle de naissance cependant ce document n'est pas validé à ce jour.	26b
	D / Disponibilité des ressources	PS	La gestion documentaire n'est pas maîtrisée. La documentation relative aux salles de naissance est principalement sur un volume informatique partagé, et accessoirement sur le dispositif de gestion électronique des documents. Cette organisation ne garantit pas le respect de la procédure institutionnelle de gestion documentaire.	26b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	Les indicateurs de suivi ne sont pas totalement opérationnels. La périodicité de recueil et les cibles attendues pour les IQSS sur l'hémorragie du post-partum ne sont pas précisées sur le projet de contrat de pôle, et il n'est pas retrouvé de cohérence entre les objectifs et la définition des indicateurs.	26b