



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CAVAILLON LAURIS**

**119 avenue Georges Clémenceau  
84304 Cavillon**

**OCTOBRE 2017**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	52

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CHI CAVAILLON LAURIS - SITE DE CAVAILLON	
Adresse	119 avenue georges clemenceau 84304 Cavaillon
Département / région	VAUCLUSE / PACA
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	840004659	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CAVAILLON LAURIS	119 avenue georges clemenceau 84304 Cavaillon
Etablissement de santé	840000418	CHI CAVAILLON LAURIS - SITE DE CAVAILLON	119 avenue georges clemenceau 84304 Cavaillon
Etablissement de santé	840013262	CHI DE CAVAILLON LAURIS - USLD/SMTI - SITE DE CAVAILLON	119 avenue georges clemenceau 84304 Cavaillon
Etablissement de santé	840000558	CHI CAVAILLON LAURIS - MCO/SSR - SITE DE LAURIS	119 avenue georges clemenceau 84304 CAVAILLON

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Chirurgie	15	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	23	/
MCO	Médecine	59	3
SLD	SLD	33	/
SSR	SSR	81	/

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	/
---	---

<b>Réorganisation de l'offre de soins</b>	
---	--

Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Surveillance continue
Création d'activités nouvelles ou reconversions	SSR (obtention de la spécialité...) - 27/05/2015 Unité cognitivo-cognitive - 12/08/2014



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandation d'amélioration

Gestion du risque infectieux

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

## 5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

<b>MANAGEMENT</b>
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
<b>PRISE EN CHARGE</b>
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
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	Cardiologie	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Urgence	Hématurie	Urgence	Simple	MCO
3	Femme/bébé	Obstétrique	Césarienne	Programmé	Simple	MCO
4	Adulte	SSR Pneumologie	Polypathologie	Programmé	Simpl	SSR
5	Personne âgée	SLD	Alzheimer	Programmé	Simple	SLD
6	Adulte	SSR Indifférencié	Parkinson	Programmé	Complexe	SSR
7	Adulte	Ambulatoire	Endoscopies digestives avec	Programmé	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
----	------------	--------------------------------	------------	---------------	------------------	-----

ou sans  
anesthésie

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

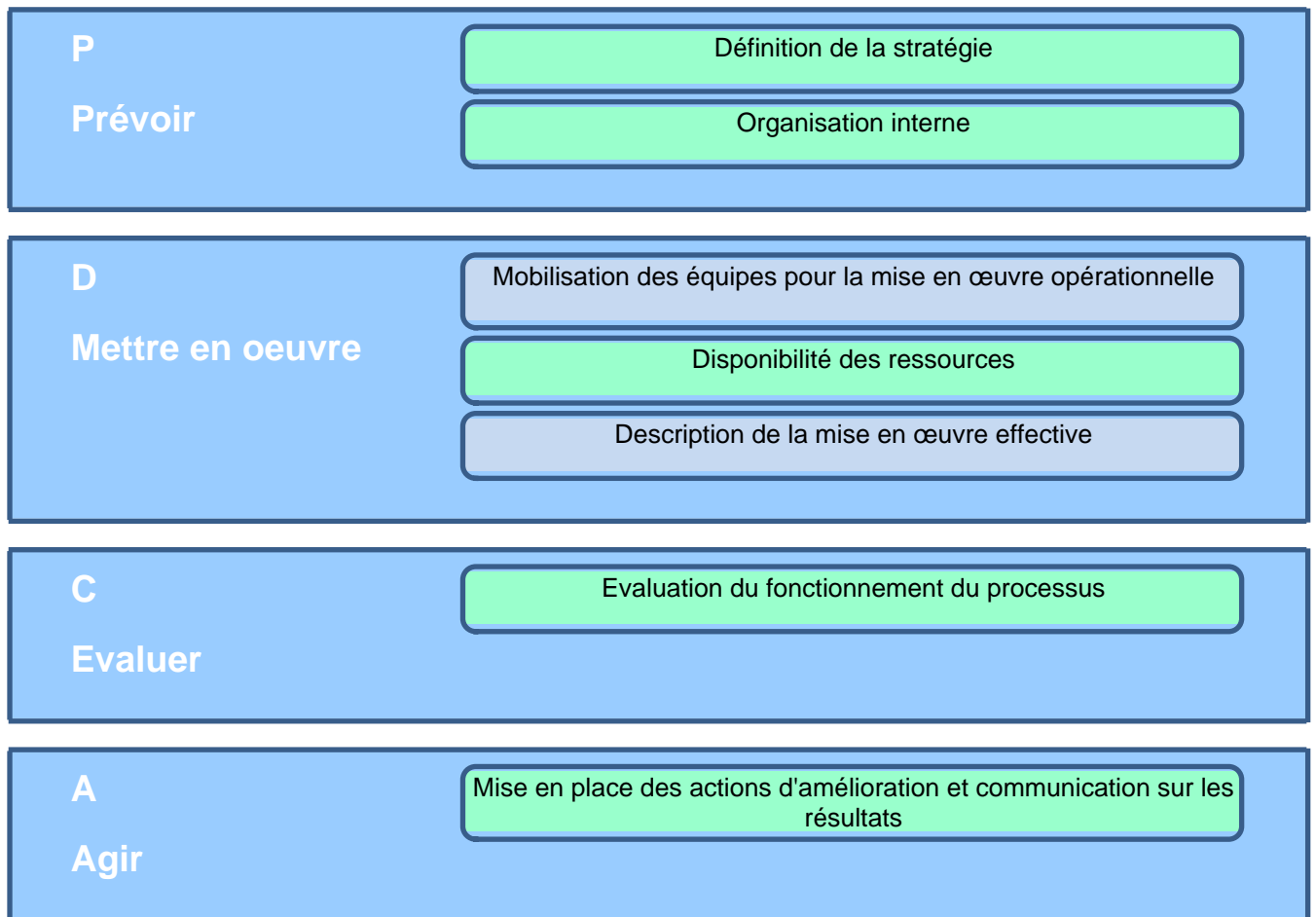
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Une politique qualité a été formalisée et validée par les instances, énonçant deux orientations et trois axes. Elle est en fait complétée par document intitulé "PAQ 2016-2018" qui fixe 5 axes. Cette politique est portée par le management, direction générale et président de CME ainsi que par un corps médical stable et investi grâce à une réduction significative du recours à l'intérim. Le projet d'établissement 2014-2018 contient aussi un projet qualité et sécurité définissant des orientations stratégiques. Cette politique est également inscrite dans l'annexe qualité du CPOM 2013-2017. Elle intègre la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. L'établissement a formalisé un plan d'action qualité réévalué tous les ans. Il précise les pilotes des actions, le calendrier de réalisation,... Ce programme qualité est validé par les instances. Le plan d'action du management de la qualité a ciblé notamment la GED concernant le risque transfusionnel, le développement de l'usage du logiciel de déclarations des événements indésirables.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation qualité gestion des risques de l'établissement repose sur un pilotage institutionnel assuré par un "Comité QGR" présidé par le directeur (il valide le projet qualité, évalue le PAQ, le programme EPP...), et un pilotage opérationnel assuré par la direction qualité composée d'un directeur adjoint et d'un bureau Qualité constitué notamment de la responsable qualité et de la coordonnatrice des risques associés aux soins. Deux professionnels, la RAQ et la CGRAS assurent conjointement la gestion des fiches de déclaration des événements indésirables et élaborent les fiches actions de gestion des risques qui en résultent. Cette organisation s'appuie aussi sur les ressources en compétences du Centre Hospitalier d'Avignon. Sur l'ensemble des vigilances réglementaires et non réglementaires, des correspondants ont été mis en place avec des responsabilités définies. La coordonnatrice des risques associés aux soins coordonne l'ensemble des vigilances sanitaires et la veille sanitaire. Une gestionnaire des plaintes et réclamations a été désignée dont les fonctions sont définies dans sa fiche de poste. Le processus d'analyse des plaintes est précisé par une procédure. Les missions des professionnels sont formalisées dans des fiches de poste (RAQ, CGRAS etc.). Le plan de formation comprend des formations relatives à la démarche qualité-gestion des risques. Par ailleurs, les pilotes des différentes thématiques en lien avec le processus de management de la qualité sont accompagnés par l'équipe qualité. La gestion documentaire est organisée dans le cadre d'un logiciel de gestion électronique des documents sous la responsabilité de la direction qualité. Il en est de même pour le dispositif de déclaration et de traitement des événements indésirables. Les équipements nécessaires au déploiement de la démarche qualité sont intégrés dans le plan d'investissement. Les interfaces entre le pilotage de la démarche qualité - la gestion des risques et les différents services cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs sont organisées pour faciliter l'articulation cohérente des missions et des compétences et atteindre les objectifs fixés. La démarche qualité gestion des risques est coordonnée par la coordonnatrice des risques associés aux soins qui fait le lien notamment avec la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), le comité de lutte contre la douleur (CLUD), le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN). Les interfaces entre les instances qualité, les services cliniques et médico techniques, logistiques sont opérationnelles.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité gestion des risques repose sur une implication forte du management institutionnel et de proximité. Les objectifs et actions prioritaires d'amélioration sont connus et appropriés par les professionnels. La sensibilisation des professionnels sur les sujets clés est assurée lors de réunions de service ou celles des instances. Ces réunions permettent également de présenter les résultats des audits, des évaluations de pratiques professionnelles, les événements indésirables, les revues de mortalité morbidité (RMM) ou analyses en comités de retour d'expérience (CREX). L'établissement s'est engagé dans la réalisation de patients traceurs qui contribuent à impliquer les professionnels médicaux et soignants. Ceci vaut aussi pour les CREX. La CME est impliquée pour diffuser les thématiques de gestion des risques auprès du corps médical. Les actions correctives à mettre en œuvre sont identifiées collectivement permettant ainsi leur appropriation par les équipes.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences et en effectifs sont disponibles. Le service qualité dispose d'une responsable qualité et d'une assistante qualité, formées à la gestion des risques (Diplôme universitaire).

Une coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins est affectée sur cette fonction sur un 10 % ETP. Des formations ont été dispensées aux professionnels sur les méthodes d'analyse des causes racines, les patients traceurs, les CREX ... Les pilotes de processus ont bénéficié de formations spécifiques dans le cadre de la préparation de la certification. Par ailleurs, le dispositif de formation interne assuré par la direction qualité répond aux besoins exprimés par les professionnels. L'établissement s'appuie aussi sur les compétences du Centre Hospitalier d'Avignon dans le cadre de la direction commune. La garantie pour les professionnels d'utiliser une documentation actualisée est assurée. L'établissement a mis en place une gestion électronique documentaire (GED) accessible aux professionnels. Un guide méthodologique d'utilisation de ce progiciel qui permet également de déclarer les événements indésirables a été diffusé. L'établissement dispose d'un parc informatique adapté et d'un plan de maintenance des équipements. Les besoins des professionnels en termes de protocoles sont identifiés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le pilotage de la gestion des risques effectué par le service qualité est effectif. L'articulation entre la gestion des risques et les secteurs d'activité cliniques est assurée. Le signalement des événements indésirables est réalisé par les professionnels via une procédure de déclaration électronique. Une charte d'incitation à la déclaration a été diffusée auprès des professionnels. Le traitement des événements indésirables graves fait l'objet systématiquement d'une analyse des causes racines le cas échéant selon des méthodes adaptées à l'EI. Les événements indésirables sont traités dans le cadre de CREX, de RMM ou de REMED dans l'ensemble des secteurs d'activité par des professionnels maîtrisant la méthode d'analyse des causes. Toutefois, les événements indésirables graves ne sont pas identifiés. L'organisation de la déclaration des événements indésirables fonctionne essentiellement sur les événements de faible gravité. En 2016 et 2015, aucun élément indésirable grave n'avait été déclaré et seulement 2 en 2014 alors que l'établissement assure des activités à risques (chirurgie, obstétrique, endoscopies). L'établissement a identifié cette sous déclaration en réalisant en 2016 une enquête sur la culture qualité qui a permis de définir des actions d'amélioration pour mieux sensibiliser les professionnels médicaux et soignants. Lors des rencontres avec les personnels est exprimée par ceux-ci la peur, en déclarant un EI, de faire de la délation à l'encontre de collègues malgré l'anonymisation qui est assurée au déclarant par la procédure en vigueur. L'organisation qualité-risques permet à l'établissement de faire face à des situations imprévues en s'appuyant sur les équipes. La participation des professionnels à la définition des actions d'amélioration, à l'élaboration de procédures est recherchée par l'encadrement et le service qualité. Les signalements réglementaires concernant les vigilances, accidents transfusionnels, infections nosocomiales, erreurs médicamenteuses... sont effectués. Des actions d'amélioration sont mises en place le cas échéant. Le système des alertes sanitaires ascendantes et descendantes fonctionne. Des EPP sont en place dans l'ensemble des secteurs d'activité. Un nombre significatif d'entre elles est en phase 4 ou 5. Par ailleurs, des RMM sont mises en œuvre dans la totalité des secteurs obligatoires. L'ensemble des plans de crise (vigipirate, plan canicule, plan blanc...) est organisé. Des exercices sont effectués avec un débriefing permettant le cas échéant d'améliorer le dispositif concerné. La participation des représentants des usagers à l'élaboration et mise en œuvre de la politique qualité est effective. Les professionnels dans les secteurs à risques maîtrisent les démarches d'évaluation des risques a priori leur permettant de hiérarchiser les risques et de définir leurs modalités de traitement. Les représentants des usagers à la CDU participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique qualité à travers leurs recommandations. Ils ont ainsi proposé une amélioration de la signalétique de l'établissement.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation permet de définir les actions correctives. L'établissement évalue régulièrement la satisfaction des usagers en lien avec les représentants des usagers à travers le questionnaire de sortie. Il a par ailleurs mis en place une évaluation de la satisfaction des patients via des questionnaires spécifiques mieux adaptés aux caractéristiques de l'activité concernée ainsi aux urgences. L'établissement évalue aussi la non satisfaction à travers l'exploitation des plaintes et réclamations. L'établissement a défini ses indicateurs pour évaluer ce processus. Il utilise notamment le nombre de FEI, de RMM, CREX, REMED, d'audits, de documents intégrés à la base documentaire, le nombre de réunions des instances qualité, le nombre d'EPP. Ces indicateurs sont exploités et communiqués aux professionnels via les instances (CME, CSIRMT etc.). Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations effectuées.

#### A / AGIR

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

Le dispositif d'amélioration est organisé pour chaque instance, commission, secteur d'activité, groupe de

travail et suivi. Les analyses d'évaluations, audits... sont colligés à la direction de la qualité via des tableaux de bord. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels via les instances de l'établissement.



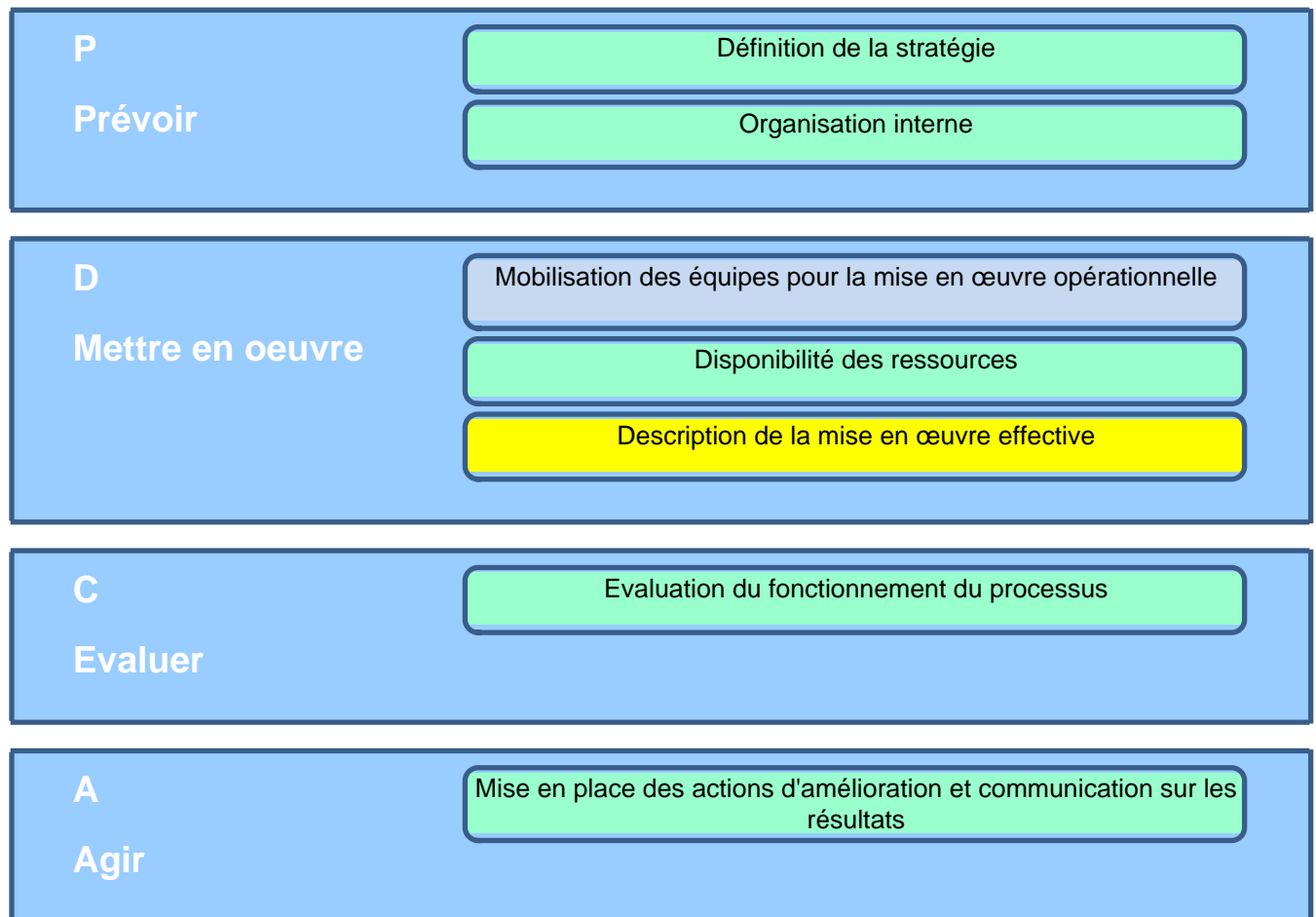
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

Le programme d'amélioration qualité et sécurisation de la sécurité des soins comporte un objectif : « poursuivre la culture qualité concernant la prévention du risque infectieux ». L'atteinte de cet objectif passe par la mise en œuvre du plan d'action « hygiène » 2016, formalisé et présenté au CLIN ce qui permettra d'assurer une continuité dans la démarche. L'élaboration du programme d'amélioration qualité et sécurisation des soins dans sa déclinaison « prévention du risque infectieux » a été réalisée par un trinôme constitué du médecin hygiéniste, président du CLIN, du pharmacien en charge du COMEDIMS et de l'infirmière hygiéniste de l'EOH. Le programme a été soumis à la CME qui l'a validé. Ont été pris en compte les résultats de nombreux indicateurs (IQSS), enquêtes ONERBA, enquête mater, surveillance des ISO, surveillance des BMR, surveillance antibiotiques du CCLIN Sud Est, audits, fiches d'événements indésirables, ... Les risques identifiés ont été affectés d'une évaluation de leur fréquence et gravité permettant d'obtenir une criticité. Au final, ce sont quatre risques identifiés qui sont venus incrémenter le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation interne est en place avec un CLIN pluriprofessionnel en lien avec la direction qualité et le bureau qualité – certification. Le CLIN comprend 36 professionnels (médecins, pharmacien, sage-femme, cadres, IDE, DRH, DDSI, AS, Représentant des usagers, TSH,...). Une équipe opérationnelle d'hygiène est en place, elle s'appuie pour conduire les actions programmées sur un réseau de 19 référents hygiènes présents au niveau des différents services. L'EOH est constituée d'un médecin hygiéniste (30% ETP), d'un pharmacien (10% ETP), d'une infirmière hygiéniste détentrice d'un DU d'hygiène (100% ETP) et d'une secrétaire (20% ETP). Chacun de ces professionnels bénéficie d'une fiche de fonction. Il est à noter que les référents hygiènes sont tous des professionnels volontaires (dans certains services, il y a deux référents).

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La mobilisation des équipes est effective avec de nombreux référents qualité, relais au niveau des services des actions mises en place. La présence de l'infirmière hygiéniste au niveau des services permet de faciliter la démarche d'amélioration de la qualité. Les réunions de service constituent également un lieu d'échanges entre les professionnels concernés (IDE, AS, ASH,...) et l'EOH. Des actions de sensibilisation sur l'utilisation des antibiotiques sont en place (pharmacien du CLIN). Le CLIN a participé de façon active à la « semaine sécurité ». Une « chambre des erreurs » a connu la visite de nombreux professionnels (IDE, préparateurs en pharmacie, brancardiers, médecins). La visite de plusieurs services a permis de constater que l'appropriation par les personnels de la démarche qualité en ce qui concerne le risque infectieux était effective.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les praticiens ont accès auprès de personnes ressources pour le conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie (infectiologue est sur le CHA). La gestion documentaire permet à chaque professionnel d'accéder via le serveur informatique aux protocoles et procédures. Le logiciel utilisé permet une recherche efficace par mot clé. Des actions de formations sont conduites en directions des praticiens soit par des intervenants extérieurs (médecin d'Avignon) soit par le médecin hygiéniste. Un suivi régulier de la couverture vaccinale des professionnels est assuré par le médecin de santé au travail.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le bio-nettoyage au bloc opératoire est assuré par une AS conformément aux protocoles élaborés et tracé. Les procédures à mettre en place en cas d'infection par BMR sont connues des professionnels. Les AES font l'objet d'un enregistrement et les mesures à prendre sont connues. Des procédures en lien avec le laboratoire de bactériologie sont mise en place notamment en cas de présence d'une infection par un BMR afin d'avoir une réactivité maximale et permettre la mise en place rapide des mesures nécessaires. Toutefois, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas toujours retrouvée. En effet, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie n'est retrouvée dans le dossier patient que dans un quart des cas. Des actions de sensibilisations ont été conduites auprès des prescripteurs. Une deuxième évaluation a été réalisée en septembre 2016 qui trouve l'absence d'amélioration et pire, une nette dégradation du résultat : traçabilité dans 4% (1 dossier sur 24). Le CLIN se réunit 4 fois l'an. Chacune des réunions donne lieu à un compte rendu détaillé permettant de connaître les résultats des audits, enquêtes réalisées et le degré d'avancement des actions mises en place.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du processus fait l'objet de nombreuses évaluations : IQSS, audits internes (audit visuel de ménage avec société prestataire sur Lauris, ...), Enquêtes ONERBA, Enquêtes du CCLIN Sud Est. La consommation des antibiotiques est suivie. Ces évaluations sont régulièrement reconduites permettant une vue évolutive sur la qualité de la prévention du risque infectieux. Les contrôles concernant la qualité de l'eau sont régulièrement réalisés et ne mettent pas en évidence d'anomalie.

## A / AGIR

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

Chaque année un « plan d'action hygiène » est élaboré pour recadrer les actions en cours ou en créer de nouvelles au vue des résultats des différentes évaluations. Toutefois, le plan d'action n'est pas intégré au plan d'action institutionnel. En effet, les actions prévues dans le "plan d'action hygiène" ne sont pas intégrées dans un PAQSS unique et piloté au niveau institutionnel. La diffusion auprès des professionnels des résultats des audits, enquêtes, indicateurs est effectuée par plusieurs canaux : affichage (indicateurs), référents hygiène dans les différents services, réunions de cadres, réunions du CLIN. La diffusion des résultats est également faite auprès des membres de la CDU.

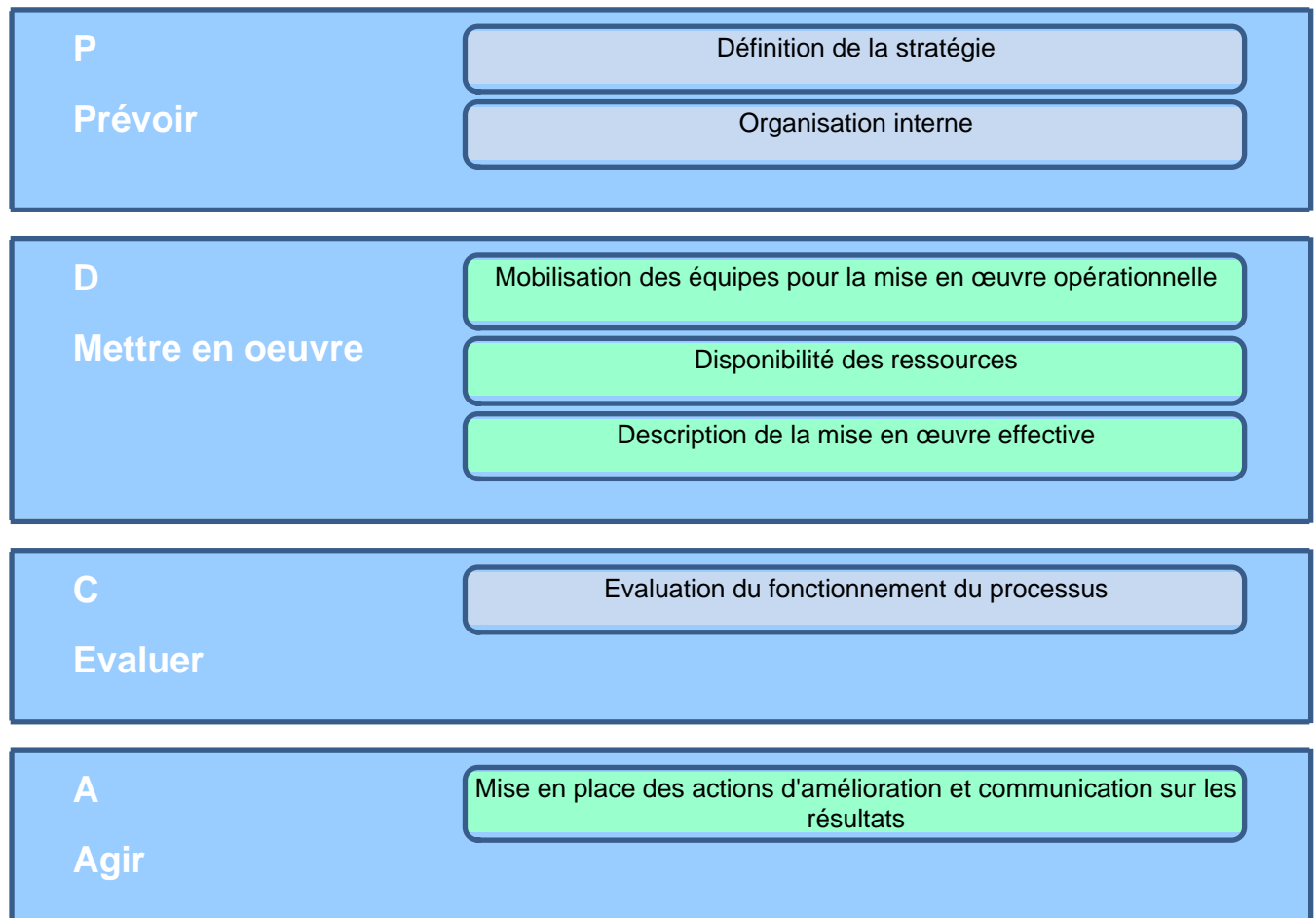
# DROITS DES PATIENTS

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La place du patient et de l'utilisateur figure comme objectif dans le projet d'établissement. Par ailleurs, l'orientation 2 de la politique qualité GDR concerne "l'intégration des usagers au cœur de la démarche QGR" avec un sous-objectif: "veiller au développement de la promotion de la bientraitance". L'axe 3 de la politique QGR vise le développement du climat de confiance et de satisfaction des usagers. Une politique des droits du patient a été formalisée en associant la commission des relations avec les usagers (CRUQ). L'identification des huit risques prioritaires du compte qualité a été réalisée à partir des entretiens avec les professionnels, de l'exploitation des plaintes et réclamations, des résultats des audits et de l'analyse des indicateurs qualité-sécurité des soins nationaux (IQSS). Pour cela, un groupe de travail comprenant l'ensemble des cadres de santé de l'établissement a été mis en place. Un autre groupe de travail a également été institué sur les droits du patient en juin 2016 composé d'infirmières et d'aides soignantes. Une fiche d'identité du processus a été réalisée et formalisée sous forme de PDCA. L'établissement a identifié les actions d'amélioration à engager et met en œuvre les mesures de traitement des risques. Les actions nécessaires sont précisées dans un programme d'amélioration de la qualité (PAQ) "droits du patient", lui-même intégré au PAQ institutionnel. Par ailleurs, une charte de bientraitance élaborée en interne et signée par le management de l'établissement a été rédigée et communiquée aux professionnels.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a confié le pilotage du processus "droits du patient" à un cadre supérieur qui exerce également les fonctions de présidente de la CDU, appuyée par la responsable qualité sur un plan méthodologique. Une gestionnaire des plaintes a été désignée (la responsable qualité) qui dispose d'une fiche de poste précisant ses responsabilités. L'établissement répond aux besoins en matière de ressources humaines. Des formations externes sur la bientraitance et le respect des libertés sont dispensées et complétées par des formations institutionnelles et celles du service qualité. Les médiateurs médicaux et non médicaux sont en place. Une unité mobile de soins palliatifs (UMSP) et un psychologue sont disponibles pour apporter un soutien au patient ou à son entourage en cas de difficultés. Les ressources matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés sont identifiées. Dans les chambres à deux lits des paravents sont prévues pour assurer le respect de l'intimité des patients notamment lors de la toilette. L'établissement a également prévu des lits ou fauteuils pour les accompagnants. Une documentation professionnelle est accessible via la gestion électronique des documents. Le livret d'accueil remis lors de l'arrivée dans le service informe les patients sur leurs droits, les conditions d'accès à leur dossier etc. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement entre les professionnels à travers le fonctionnement des différentes instances qualité, de la CRUQ. De ce fait, les missions et compétences sont articulées de façon cohérente avec les objectifs assignés. Ce dispositif est structuré pour faciliter l'information et la concertation entre professionnels, les secteurs d'activité cliniques et les gestionnaires.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

La pilote du processus et la responsable qualité sensibilisent l'encadrement de proximité et les professionnels sur la mise en œuvre des actions relatives à la promotion des droits du patient. La politique de droits du patient est adaptée aux spécificités de prise en charge des différents secteurs d'activité (urgences, etc.). La thématique droits du patient est également abordée lors des réunions institutionnelles (CME) et les réunions de service etc. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport à la charte de bientraitance et les autres référentiels. L'analyse des événements indésirables et des questionnaires de satisfaction est partagée avec les équipes. Le cas échéant des actions correctives sont engagées. Les professionnels sont informés du résultat des évaluations. Les représentants des usagers sont également mobilisés pour promouvoir les droits du patient. Une EPP sur la contention a été lancée en 2016. Un audit a été réalisé en 2017 sur la bien traitance et la prévention de la maltraitance.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences sont disponibles pour assurer le processus de droits du patient. Afin d'apporter un soutien aux patients ou à son entourage, l'établissement dispose de psychologues et d'une équipe mobile de soins palliatifs. L'équipement hôtelier de l'établissement comporte des chambres à deux lits. Cette situation n'impacte pas le respect de l'intimité et de la confidentialité du patient lors de sa toilette dans les services grâce à l'utilisation de paravents. Les actions de formation et de sensibilisation

sont régulièrement dispensées au personnel via le plan de formation. La gestion documentaire est disponible, un dispositif structuré de documentation professionnelle réactualisée régulièrement est accessible sur la GED de l'établissement. L'établissement a organisé un dispositif structuré d'information via une procédure d'information du patient en cas de dommages liés aux soins. Les interfaces entre secteurs d'hospitalisation, service qualité ,CRUQ, CME, sont opérationnelles. La traçabilité de leurs articulations, notamment lors de leurs réunions, est réalisée. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont prévues via le progiciel de déclaration des événements indésirables.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement prend en compte le respect des libertés individuelles dans les projets de prise en charge des patients, les pratiques professionnelles. Les professionnels appliquent sur prescription médicale des mesures de contention, définies par protocoles. Elles sont réévaluées par le médecin quotidiennement et tracées au dossier du patient. Le cas échéant les limitations de visite sont organisées en accord avec le patient. Un accueil personnalisé, un soutien des patients et de leur entourage est mis en œuvre dans les situations qui le nécessitent grâce notamment au recours à UMSP et à un psychologue, etc. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRUQ via le livret d'accueil. L'information des usagers est faite aussi par l'affichage dans les locaux de l'établissement de la Charte du patient. Le site internet de l'établissement précise les droits du patient, les voies de recours et les conditions d'accès au médiateur. Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est mis en œuvre. Une démarche structurée pour l'information du patient en cas de dommages liés aux soins répond à l'application d'une procédure. Le projet personnalisé de soins est défini à travers les staffs et projets de vie, mis œuvre avec la participation du patient en fonction des spécialités (gériatrie, USLD... ) ou le cas échéant de son entourage. Les limitations thérapeutiques sont abordées entre l'équipe, le médecin et la famille. Les procédures sont connues et les modalités de signalement des cas de maltraitance effectives tant en ce qui concerne la maltraitance faite par les familles que celle des professionnels. Une charte de bientraitance a été élaborée et communiquée aux professionnels. L'évaluation initiale de la douleur et sa réévaluation sont tracées au dossier patient. Le consentement éclairé du patient est organisé à travers l'entretien du patient avec le médecin. Le recueil du consentement éclairé est tracé dans les observations médicales au dossier informatisé du patient. L'établissement a mis en place une organisation permettant d'assurer le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Des actions visant la promotion de la bientraitance sont régulièrement réalisées. Néanmoins, l'information du patient sur les directives anticipées n'est pas systématiquement tracée au dossier patient. La réalisation des patients traceurs a mis en évidence que l'information du patient sur les directives anticipées n'est pas systématiquement tracée à son dossier.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés à travers notamment le questionnaire de sortie dont le taux de retour est en progression depuis 2014 grâce à la mise en place d'un nouveau process. Ce questionnaire permet d'obtenir également des informations sur le respect des droits du patient. Il est communiqué aux différentes instances concernées. L'établissement a également adapté ce questionnaire aux spécificités des urgences. Le Centre hospitalier a fourni les données nécessaires à l'enquête I-Satis mais n'a pu en recevoir les résultats compte tenu du faible nombre de son échantillon de patients disposant lors de la visite d'une adresse électronique. Les délais d'accès des patients à leurs dossiers sont conformes à la réglementation. L'établissement analyse également le rapport d'activité de la CRUQ, les IQSS. L'évaluation du processus est réalisée à l'aide d'indicateurs, régulièrement analysés: nombre de plaintes et réclamations, délais de réponse, nombre de déclarations d'événements indésirables sur la thématique etc. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations réalisées.

### A / AGIR

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

Des actions de sensibilisation des professionnels ont été effectuées sur le respect de la confidentialité. A travers notamment une EPP, le corps médical a amélioré la traçabilité de la prescription de la contention et sa réévaluation. Suite à l'exploitation des questionnaires de sortie, un accueil du patient a été mieux structuré notamment grâce à la remise du livret d'accueil par un soignant lors de l'accueil du patient dans le service. Les délais d'accès des patients à leur dossiers médicaux ont été améliorés à travers la mise en place d'un suivi administratif. La communication des résultats et actions est réalisée vers les services et les différentes instances. Les représentants des usagers sont informés des résultats des actions engagées et réalisées lors notamment des réunions de la CRUQ. Le PAQ "droits du patient" est articulé avec le PAQ institutionnel qui fait l'objet d'un suivi régulier et structuré.



# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

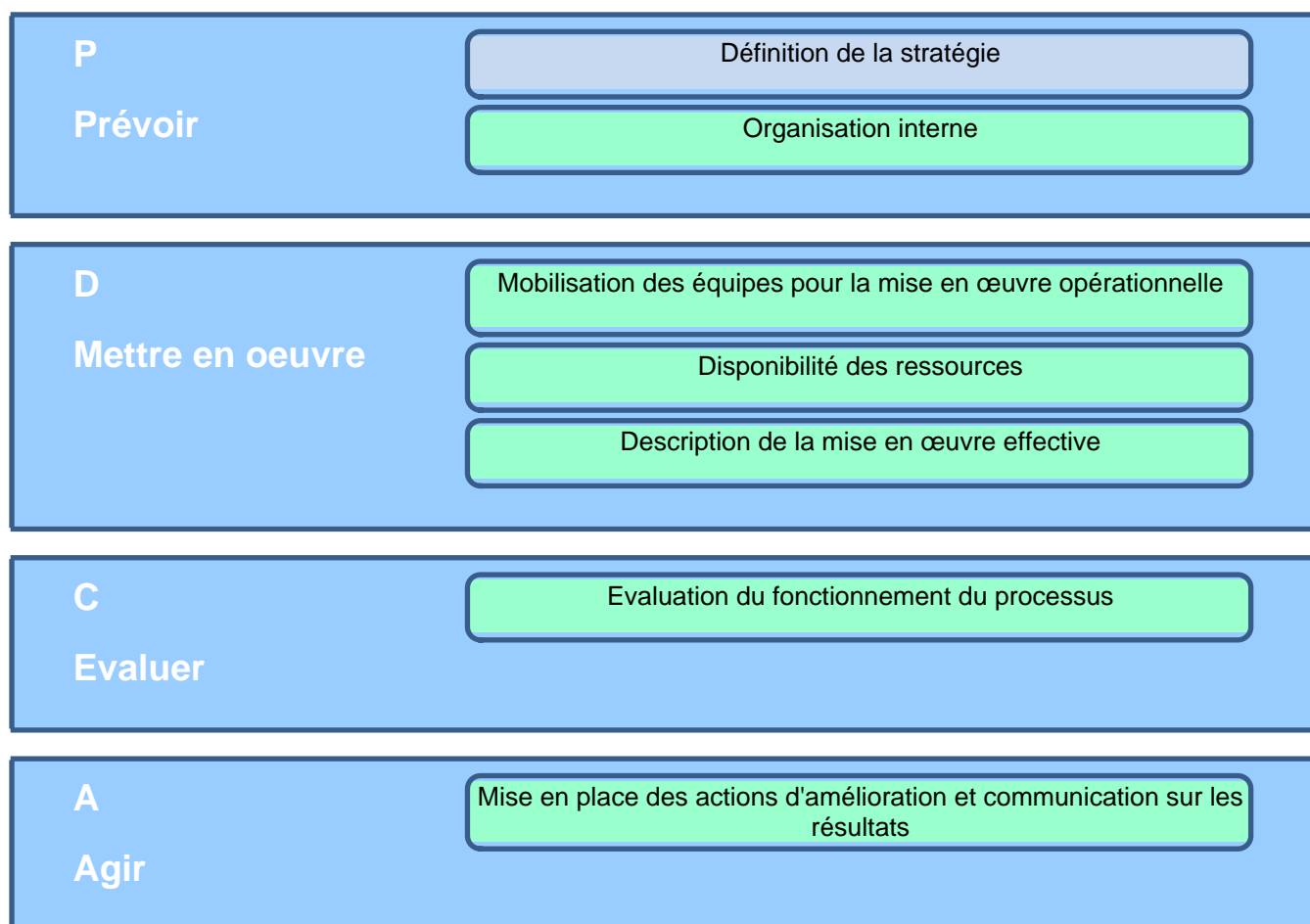
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une stratégie et des objectifs du parcours patient. Le Centre hospitalier organise son activité en 5 pôles et un pôle managérial. La direction a défini une politique du parcours des patients. Les deux orientations principales sont d'apporter une réponse de proximité et sa mission de service public. Cette politique est déclinée en une stratégie qui privilégie 5 axes identifiées. Ces axes alimentent les contrats de pôle. La stratégie est basée sur l'analyse du besoin des populations et la capacité de l'hôpital à y répondre. Les sources d'information intègre ses autorisations d'activité, le schéma régional, les attentes de l'ARS, le CPOM. Cette réflexion est alimentée par une collaboration interhospitalière régionale depuis plusieurs années. Le Centre Hospitalier de Cavillon s'inscrit dans une Communauté Hospitalière de Territoire dont le périmètre est repris dans le Groupement Hospitalier de Territoire. Il définit le positionnement de ses activités sur le territoire sanitaire. L'analyse des risques propres au parcours des patients se base sur une cartographie initiale du processus. Il s'agit d'une analyse médico-économique de l'activité, des contrats de pôles, de l'activité de la CME et du Directoire. L'analyse de ce processus intègre aussi des sources comme l'analyse des événements indésirables et l'analyse systémique a posteriori (RMM, CREX) et les IQSS. Les populations spécifiques sont définies. La stratégie a été formalisée et a fait l'objet d'une présentation et d'une validation intentionnelle. Le plan d'action qui en découle définit les axes de travail du comité de pilotage du processus. Il est décliné en « fiches projets ».

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. Un groupe de pilotage a été constitué. Sa constitution est définie et des fiches de poste définissent l'action de ses membres. Y participe : le directeur de l'établissement, le directeur des soins, un médecin de chaque site du CH intercommunal (Cavillon, Lauris). Des fiche de poste et de missions accompagnent la constitution de ce groupe de pilotage. Des groupes de travail ont été constitués autour du processus. Ils intègrent des représentants de chaque secteur pour une gestion des interfaces entre les services. Une commission des cadres est en charge des interfaces internes entre les différents services et avec les partenariats externes. Cette commission se fait en présence de la direction. Les ressources humaines sont en cohérence avec ses missions. Elles sont centralisées autour d'une direction de ressources humaines qui travaille avec les cadre et la direction pour l'allocation des ressources. Des actions de formation sont fréquentes dont un tiers environ concerne directement le parcours de soins. Un parcours des nouveaux arrivants est organisé à 2 niveaux : un niveau institutionnel, un niveau dans le service d'affectation effectué par le cadre de proximité. La permanence des soins est organisée. L'ensemble de d'information institutionnelle est supporté par la GED. On y retrouve les éléments organisationnels, les procédures et les protocoles classés par activité. L'outil est disponible sur tous les postes informatiques en accès direct. Il existe un mode dégradé sous une forme papier dont le contenu imprimé été travaillé par chaque secteur.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La mobilisation des professionnels se fait par les cadre de proximité qui assurent le relai des actions par secteurs. Il existe une communication institutionnelle pour sensibiliser les personnels à la démarche. L'établissement aménage des temps de travail hors présence dans le service pour favoriser la participation des personnels. Il existe une promotion de la déclaration des événements indésirables. Cette déclaration se fait dans le même outils informatique qui supporte la GED. Elle est accessible à tous les professionnels. Il existe une démarche d'audits et d'évaluation des pratiques qui sont menées soit par les cadres de services, soit par l'encadrement supérieur qui permet de suivre l'avancement et la conformité des objectifs.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources sont disponibles. Les ressources et les compétences sont dédiées à chaque activité, leur permettant de fonctionner de manière cohérente. La formation est fréquente sur les thèmes du parcours depuis plusieurs années, comme l'atteste les plans de formations réalisées sur les dernières années. Les services sont dotés en matériel. Les salles de soins ont des équipements en rapport avec leur activité de soins, l'utilisation du DPI est favorisée par des supports nombreux et parfois mobiles. Chaque secteur est doté d'un chariot d'urgence. La vétusté de certain locaux et leur configuration est compensée par des aménagements lors du recrutement des patients. Ces contraintes sont identifiées par l'encadrement et les équipes de soins. In fine, les environnements sont adaptés aux missions de soins des différents secteurs. Un plan de rénovation architectural est en cours de réalisation avec la relocalisation des de certaines activités, voir la

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une partie importante de l'activité des services MCO est issue du flux des urgences. Il existe des séquences qui définissent soit une mise en surveillance UHCD, soit en unité de soins continus, soit une admission dans un secteurs d'hospitalisations. Les critères d'admissibilité dans les services sont connus des urgences et des services. Il existe un contact systématique pour accord entre l'urgentiste et le médecin qui prendra en charge le patient dans l'unité d'hospitalisation. L'accueil des patient en unité de soins fait référence à une séquence de prise en charge adaptées à chacune des unités. Une partie de l'encadrement travaille actuellement sur une check-list pour la séquence d'accueil du patient. Le livret d'information lui est remis à cette occasion. L'évaluation initiale médicale et paramédicale sont formalisées, avec des contenus définis. Il contient aussi le questionnaire de sortie. L'ensemble de l'information est tracé dans le support informatique. La manipulation d'outil, ainsi que la localisation des sources d'information sont connues du personnel. Il existe un projet de prise en charge personnalisée, qui repose sur une analyse pluri-professionnel concertée. Toutefois, la traçabilité du projet de soins n'est pas complètement effectuée. En effet, certains services n'écrivent pas formellement les conclusions du projet du patient durant l'hospitalisation. Ce constat est inconstant, selon les services les personnels. Il n'a pas été rapporté événements indésirable ni de plainte liés ce manque partiel de traçabilité. Ce défaut partiel de traçabilité a été repéré par le pilotage processus. Il est suivi à travers les IQSS de l'établissement. Il donne lieu à des actions de sensibilisation et de suivi, qui n'ont pas encore permis la complétude de cette information. L'évaluation et le suivi des patients est effective. Des temps de concertation pluridisciplinaires se font dans tous les services, avec un flux d'information quotidien, ainsi que des réunions hebdomadaires permettant de synthétiser la prise charge en présence de l'ensemble des intervenants. Des éléments comme le risque suicidaire ou le suivi des troubles nutritionnels y sont abordés. Il donne lieu à l'ouverture de cibles et de suivis spécifiques dans le dossier du patient. Toutefois, le dépistage des troubles nutritionnels est partiellement tracé. La séquence de pesée initiale qui sert de point de référence est inégalement tracée selon les dossiers et les services. Elle peut manquer dans l'évaluation nutritionnelle du patient (dépistage de la dénutrition) ou lors de variations pondérales rapides (insuffisance cardiaque ou rénale). Les actions de suivi et d'évaluation donne lieu souvent à une intervention de l'une des diététiciennes qui participe activement à la prise en charge des patients, parfois de manière quotidienne selon les services. La présence des diététiciennes dans les services compense ce défaut de traçabilité. Il apparaît dans les IQSS. Il a été identifié pour l'encadrement qui mène des actions de terrain et modifie des organisations (fréquence, matériels nécessaires) pour progresser sur ce point. Les urgences vitales sont organisées. Les services sont dotés d'un dispositif de prise en charge des urgences vitales, associant un chariot d'urgence opérationnels dans chaque service. Le suivi du chariot d'urgence est mensuel et systématiquement tracé. Il existe une séquence d'appel des médecins en urgence connu par les professionnels rencontrés, par un numéro unique interne en cas d'urgence vitale. À côté de ce dispositif d'urgence, il existe une permanence de soins assurée par une astreinte de médecins seniors. Les listes sont disponibles dans chaque service. Elles sont actualisées quotidiennement par le cadre. La continuité des soins est effective. Elle est basée sur la centralisation des informations médicales et du suivi sur le DPI. Le DPI est régulièrement alimenté par les professionnels. La douleur est systématiquement recherchée. La traçabilité est dans les dossiers est en progression. Il existe des protocoles de prise en charge pour soulager rapidement patient. La permanence médicale, et l'astreinte permettent d'adapter le traitement antalgique à la situation. Les services peuvent solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs qui est une ressource identifiée en algologie. Le risque suicidaire est identifié à plusieurs niveaux. Il est dépisté lors du passage aux urgences (ce qui peut même représenter une contre-indication à l'hospitalisation classique). Il est évalué dans les services de manière plus informelle, mais le personnel y est sensibilisé. Ces situations donnent lieu à des suivis particuliers (ouverture de cibles dans le dossier médical, aménagement proche d'une zone de surveillance). Les services ont facilement accès à des avis spécialisés. L'ensemble de l'établissement est sensibilisé à la prise en charge des populations spécifiques ou fragiles. La fragilité des patients des patients âgés est pris en compte l'ensemble de services. Les situations de précarité sont précocement repérées (même dès le passage aux urgences). Elles donnent lieu à des interventions rapides des services sociaux pour pouvoir anticiper l'aide aux démarches pour ses patients. Les soins de suite et de réadaptation sont intégrés à l'activité. Cela favorise une prise en charge précoce car le CH de Cavillon dispose de SSR indifférencié et spécialisés (Gériatrique et respiratoire). Une collaboration est effective directement entre les services, même si le logiciel d'orientation en SSR régional est utilisé (ROR). Cette collaboration peut prendre aussi la forme d'un suivi des services de MCO dans les service de SSR, selon les besoins du patient. Le centre hospitalier de Cavillon est porteur de 2 programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) validée par L'ARS. Il existe aussi des parcours éducatifs construits en particulier dans les secteurs de médecine et de gériatrie. La séquences de sortie est précédée d'une information des patients lors des visites quotidiennes. Elles sont organisées quotidiennement dans chacun de services. Le contenu de la sortie est systématisé dans les services et laisse la place à l'aménagement de la sortie. Le questionnaire de sortie est collectée à la sortie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a identifié des indicateurs pour suivre les séquences du processus. Il s'agit d'indicateurs institutionnel (suivi de CPOM, IQSS) et de terrain. On peut citer des audits de dossier (douleur, nutrition), des questionnaires interne à destination du personnel, l'analyse de l'activité, les bilans et rapport annuels (Pôles, Unités Fonctionnelles), de l'analyse des EI (env. 500 EI déclarés par an). Les indicateurs issus des EPP en rapport avec le processus. Le pilotage a défini des groupes de travail sur des « fiches-projet ». L'information de l'avancement est assurée lors des CME et des Commissions des soins.

## A / AGIR

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

Les actions ne sont que partiellement articulées avec l'évolution du processus. Elles ne sont pas encore liées aux résultats d'évaluation, car le pilotage et le management formel du processus a débuter effectivement il y a quelques mois. La démarche est initiée mais ne dispose pas d'un recul suffisant. L'établissement communique sur l'état d'avancement des actions lies au processus, et les indicateurs sont alimentés. Cette communication est institutionnelle lors des commissions et réunion de l'encadrement. Elle est effectivement relayée sur le terrain par les cadres de proximité, ainsi que sur le portail d'information interne.

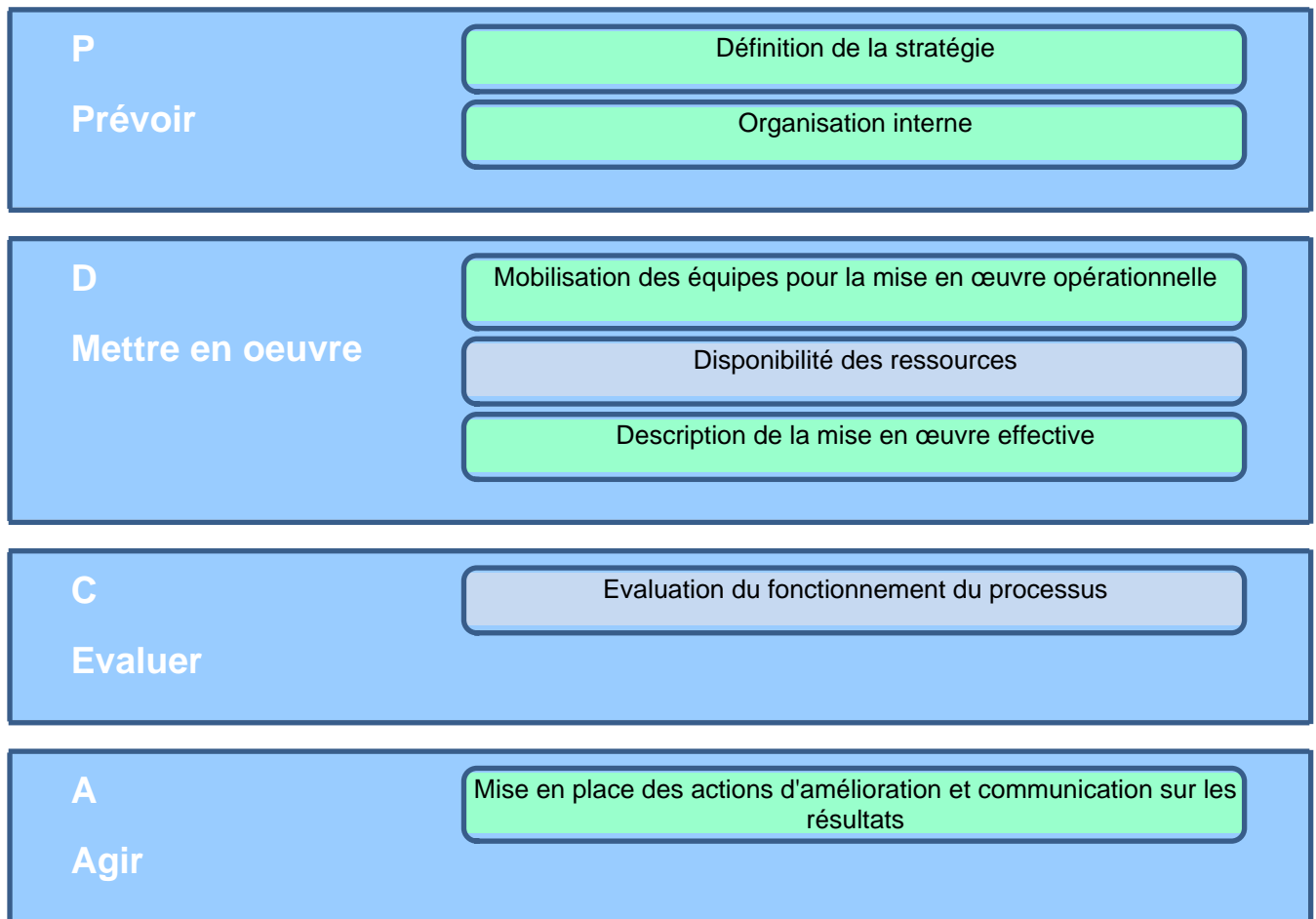
# DOSSIER PATIENT

## 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**

Il existe une politique du dossier patient définissant des objectifs élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Elle se présente sous la forme d'un document de travail dans l'attente de la finalisation de la politique de droits d'accès en cours de réactualisation qui doit tenir compte du fait que les infirmières sont désormais "roulantes" dans les différentes spécialités. Par ailleurs, le PAQ 2016-2018 fixe un objectif général d'amélioration de la qualité de la tenue du dossier du patient. L'identification des risques du compte qualité a été réalisée à partir des indicateurs IQSS, des indicateurs d'Hôpital Numérique, des audits, des FEI, des informations issues de la hot line informatique, des dire de professionnels dans un cadre pluri professionnel et participatif. Sur la base de cette analyse, huit risques ont été identifiés et priorisés et un plan d'actions établi. Pour chacune des actions d'amélioration, un pilote, un calendrier et des indicateurs de suivi ont été déterminés. Les actions d'amélioration du compte qualité ont été intégrées dans le PAQSS institutionnel de l'établissement. Une fiche d'identité du processus sur un modèle PDCA a été élaborée.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus du dossier patient est assuré par un praticien sur un temps partiel dont les responsabilités ont été formalisées dans une lettre de mission. Les principaux professionnels concernés disposent de lettre de mission ou de fiche de poste. Les ressources humaines nécessaires à la gestion du dossier patient sont en place. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation sur l'utilisation du dossier patient informatisé notamment à travers un tuilage. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées dans un "guide d'utilisation du dossier patient" rédigé en 2014 et accessible à tous les professionnels dans la GED. Elles précisent les responsabilités, les règles de tenue, de confidentialité, de composition du dossier, d'utilisation, d'accessibilité en temps utile et d'archivage. Des dispositions sont prévues pour assurer la continuité de la prise en charge en cas de panne ou d'indisponibilité du dossier patient informatisé via des sauvegardes informatiques et des modes dégradés en format papier. Un plan de reprise de l'activité (PRA) est en place. L'établissement est organisé via la direction patientèle pour permettre l'accès du patient à son dossier et son information relative à ses droits, accessible dans le livret d'accueil du patient et sur le site internet de l'établissement. Une charte de bon usage du SIH a été élaborée qui était en cours de réactualisation lors de la visite de certification. Les internes bénéficient d'un livret d'accueil spécifique qui précise les données nécessaires sur le dossier patient. Il existe des locaux sécurisés pour l'archivage des dossiers papiers. Une procédure définit les conditions d'accès aux archives en dehors des heures d'ouverture. Un progiciel dédié était en cours de déploiement pour assurer la localisation du dossier patient. Des interfaces informatiques sont prévues notamment entre les différents logiciels utilisés pour le dossier patient informatisé en particulier avec le serveur d'identité, de mouvements, de dispensation des médicaments, les résultats d'imagerie et de laboratoire. Le système d'information du bloc opératoire est intégré au SIH de l'établissement.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Une démarche institutionnelle d'amélioration du dossier patient informatisé en objectifs et plans d'action opérationnels est en place dans les services. Une réflexion est par ailleurs en cours pour se rapprocher du progiciel utilisé au CH d'Avignon plus adapté aux activités MCO assurées par le centre hospitalier de Cavaillon que le dossier patient actuel initialement prévu pour des EHPAD. Le pilote du processus et les membres du groupe dossier patient sensibilisent les professionnels à une meilleure utilisation du dossier patient dans le cadre des réunions de services ou à la demande des professionnels sur le terrain. Ils s'assurent de la conformité de l'utilisation du dossier patient en organisant des audits notamment lors du recueil des IQSS permettant ainsi de vérifier la traçabilité de certaines informations nécessaires à la prise en charge des patients, l'IMC, l'évaluation de la douleur, la personne de confiance, etc. Les résultats de ces évaluations sont communiqués aux professionnels et permettent d'identifier des actions correctrices. Des patients traceurs ont été réalisés qui ont permis d'identifier des actions d'amélioration en concertation avec les professionnels.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les professionnels bénéficient de formations ou d'accompagnements concernant l'utilisation du dossier patient ainsi que sur la réglementation relative au dossier patient. Les procédures et protocoles actualisés, le guide d'utilisation du dossier patient sont disponibles pour les professionnels concernés sur la GED de l'établissement. Les modes dégradés en cas de panne ou dysfonctionnement du dossier patient informatisé sont opérationnels et connus des professionnels. Les moyens matériels sont

disponibles et maintenus en bon état dans les différents secteurs d'activité: PC et chariots informatiques. L'accès des locaux d'archivage hors des horaires d'ouverture est possible. Il est tracé et fait l'objet d'un protocole. Il existe une procédure qui décrit explicitement les modalités d'accès du patient à son dossier. La marche à suivre par un patient pour obtenir une copie de son dossier est indiquée notamment dans le livret d'accueil. Un plan de maintenance des postes de travail est en place, une hot line opérationnelle. Des sauvegardes informatiques des données médicales sont réalisées tous les jours et stockées dans deux lieux distants sécurisé et adaptés.

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

Les professionnels médicaux, paramédicaux, assistantes de service social, psychologue... tracent en temps utile les éléments constitutifs de la prise en charge du patient dans le dossier patient. Ceci a été confirmé par les 10 patients traceurs réalisés en MCO, SSR et les résultats des indicateurs IQSS sur le dossier patient. Les praticiens ont accès à l'historique des éventuels séjours du patient dans les autres spécialités. Le cas échéant ils peuvent accéder aux dossiers papier des archives médicales. Les professionnels connaissent les procédures en cas de panne informatique. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est assurée en temps utile ainsi que la communication des informations pour les correspondants externes. Les règles de confidentialité pour l'accès au dossier patient informatisé sont connues et respectées. De même, les conditions de transport des dossiers entre les archives et les services respectent les obligations de confidentialité. Les interfaces entre les différents progiciels sont opérationnelles en particulier avec les logiciels du laboratoire et du plateau technique d'imagerie et bloc opératoire. Un projet de PACS pour l'imagerie X doit être mis en place d'ici fin 2017. Les délais réglementaires de transmission des dossiers de moins et de plus de 5 ans aux patients sont conformes. Un tableau de suivi des délais est en place.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement suit l'évolution des indicateurs IQSS nationaux et des indicateurs d'Hôpital Numérique notamment les indicateurs péjoratifs. Le plan d'action élaboré dans le cadre du compte qualité dispose d'indicateurs de suivi permettant d'évaluer l'efficacité des actions engagées comme sur la tenue du dossier patient en USLD, sur les délais de clôture des courriers de sortie. L'assureur de l'établissement a également intégré le dossier patient à son périmètre d'audit. 10 patients traceurs ont été réalisés qui ont permis de définir des actions d'amélioration concernant notamment l'homogénéisation des droits d'accès informatiques, l'intégration des transmissions au plan de soins informatisé... Les délais d'accès des patients à leurs dossiers sont suivis régulièrement sous forme d'indicateurs. Les résultats des différentes évaluations sont régulièrement présentés en CME, réunions de cadre... En fonction, notamment des résultats des audits et des patients traceurs des actions d'amélioration sont entreprises

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS et font l'objet d'un suivi régulier par la pilote du processus. Ainsi, la programmation a été améliorée au bloc opératoire à partir de l'agenda du patient. Une traçabilité et un usage plus complet du dossier informatisé ont été réalisés. Dans les deux services de médecine, l'utilisation plus systématique du plan de soins a été favorisée notamment en ce qui concerne la surveillance des cathéters. Les résultats des indicateurs IQSS sont présentés en CME, réunions de cadre, comité QGR... La CDU est tenue informée des données concernant le nombre de demandes de dossiers patients, les délais de transmission du dossier patient et le suivi des actions réalisées.





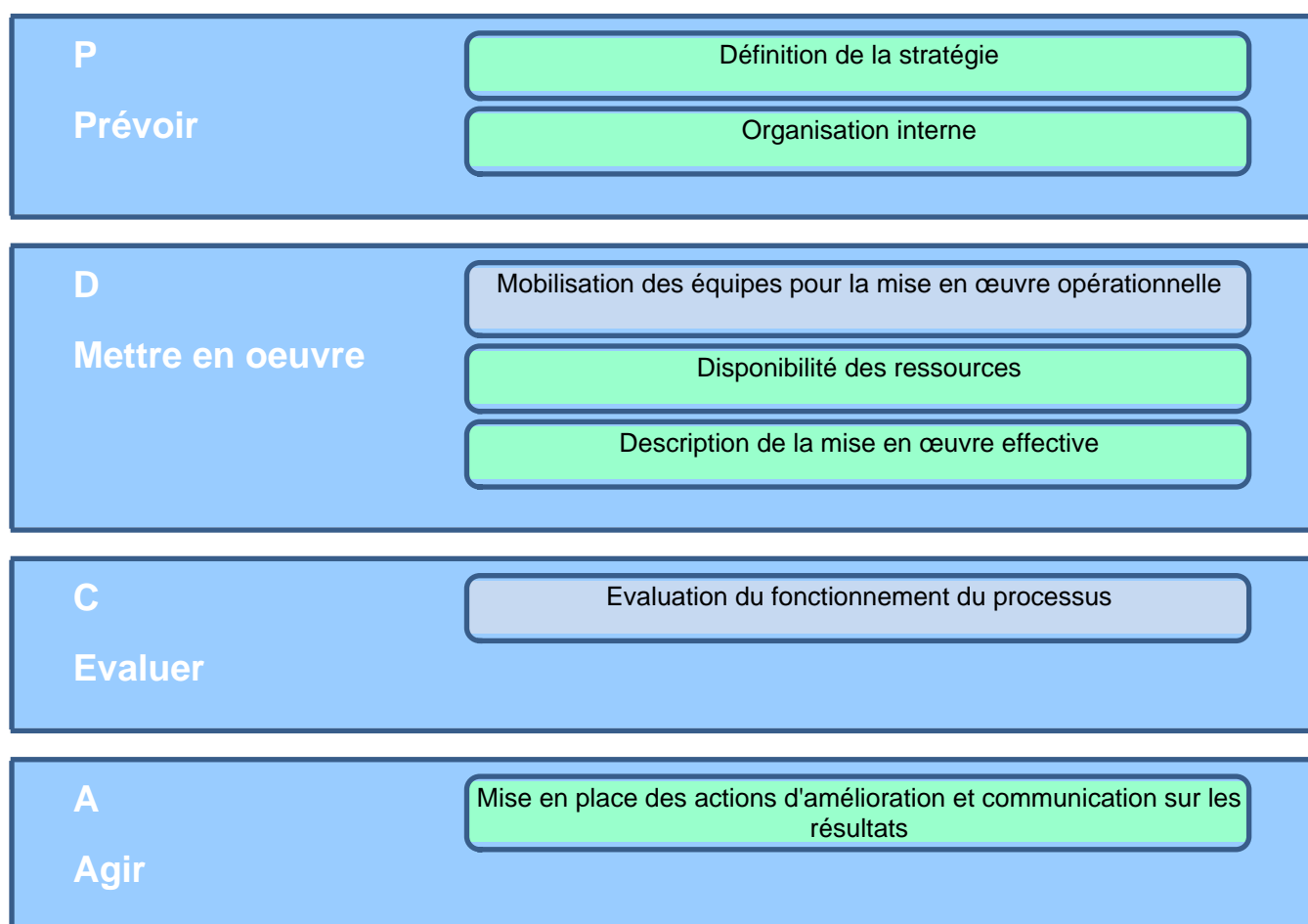
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet qualité et sécurité des soins 2014-2018 se donne pour objectif « Améliorer la gestion et sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ». Cet objectif est décliné en 4 actions :

- Généraliser l'informatisation du circuit du médicament
- Développer l'information et la sensibilisation de tous les acteurs
- Développer l'information et la sensibilisation des patients
- Poursuivre le plan d'action 2013-2014 du contrat de bon usage

Par ailleurs, l'établissement s'est doté d'un « Manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » élaboré par la pharmacienne, vérifié par le président de la CME, le coordonnateur de la gestion des risques et le directeur des soins, validé par le responsable qualité.

Ce manuel décrit la politique institutionnelle en matière de PECM du patient. L'établissement a élaboré un compte qualité à partir des risques qu'il a identifiés comme prioritaires en les affectant chacun d'une fréquence (F) et gravité (G) donnant lieu à une criticité (F x G) et en retenant ceux affectés d'une criticité élevée. Les 9 risques ainsi retenus ont donné lieu à 5 plans d'action. Un certain nombre d'actions spécifiques sont en place concernant le sujet âgé notamment en termes d'évaluation de leur prise en charge.

#### ORGANISATION INTERNE

Le « Manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » définit l'organisation interne, comporte un organigramme fonctionnel décrivant les articulations entre les différents acteurs (direction, instances dont la CME, le COMEDIMS, le CLUD, responsable PECM et service qualité). Les responsabilités de chacun sont définies et des fiches de fonction assorties à chaque intervenant. La PUI de l'établissement est dotée de 2,8 ETP pharmaciens, 5,5 ETP préparateurs, 0,5 ETP cadre, 1 ETP secrétaire, 1 ETP magasinier et 1 ETP AS affecté initialement à la stérilisation et redéployé sur un poste de coursier. Les pharmaciens assurent une permanence 24h/24 et 7 j/7, se déplacent à chaque appel des services en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. La pharmacie dispose de locaux anciens et assez peu fonctionnels ; un déménagement de la pharmacie dans d'autres locaux est envisagé dans le cadre plus large d'une restructuration du CH de Cavillon.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est effective. Elle résulte d'une forte implication des professionnels de la pharmacie qui travaillent en collaboration avec le service qualité. Le déploiement opérationnel du programme dans les secteurs est assuré par l'encadrement de proximité en collaboration avec les pharmaciens. Les objectifs sont communiqués aux professionnels par voie d'affichage, par recours à la messagerie interne et lors des réunions de service. Les objectifs assignés aux secteurs font l'objet d'une personnalisation en réunion de service. L'encadrement de proximité a un rôle actif dans la mobilisation des soignants. Une sensibilisation spécifique est assurée, notamment en ce qui concerne les nouveaux arrivants et les remplaçants. Un tutorat est en place. Les résultats des évaluations font l'objet d'une communication structurée notamment lors des réunions de service.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La pharmacie dispose d'une 'salle blanche' pour la préparation centralisée des cytostatiques, conforme aux normes réglementaires tant en matière de locaux qu'en équipement et personnel. L'informatisation de la prescription est aboutie. Les prescripteurs ont accès aux protocoles via un logiciel de gestion documentaire, au livret thérapeutique régulièrement actualisé ainsi qu'à un livret concernant les médicaments pouvant être écrasés pour administration aux patients présentant des troubles ou difficultés à la déglutition. Un guide d'utilisation des antibiotiques aux urgences est disponible. Des documents d'information des patients sont disponibles. Les services disposent d'armoires à pharmacie, de chariots d'urgences, de réfrigérateurs. Concernant la formation, deux sessions concernant la sensibilisation aux erreurs médicamenteuses sont réalisées chaque année. Elles sont obligatoires pour tous les nouveaux arrivants concernés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prescription pharmaceutique est informatisée et comporte le traitement personnel du patient. La gestion du traitement personnel du patient fait l'objet d'une procédure connue des professionnels et appliquée. Chaque prescription fait l'objet d'une analyse pharmaceutique. La conciliation se met en place en collaboration avec les officines de ville. La dispensation nominative se met en place progressivement ;

en SSRI et médecine A et programmée pour l'ensemble des services MCO en 2018. Les armoires à pharmacie sont contrôlées régulièrement par le personnel de la PUI. Les médicaments à risque sont connus et font l'objet de mesures visant à sécuriser le circuit. Les médicaments appartenant à la catégorie des stupéfiants sont détenus dans des coffres fermés à clé. Les chariots d'urgence sont contrôlés à périodicité définie et après chaque utilisation. Le relevé de la température des réfrigérateurs est réalisé quotidiennement et tracé. L'administration des médicaments est réalisée par les infirmier(e)s au regard de la prescription et tracée en temps réel. La gestion des déchets médicamenteux est conforme à la réglementation. Lors des transferts entre secteurs d'hospitalisation, la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient est assurée. Il en est de même à la sortie du patient soit qu'il regagne son domicile soit qu'il rejoigne une autre structure d'hospitalisation ou lieu de séjour.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus de la PECM du patient donne lieu à de nombreuses évaluations :

- Evaluations conduites dans le cadre du CBUM
- Evaluation MEDIEVAL, mise en place par l'Omédit Paca-Corse.
- Evaluation portant sur la prescription chez le sujet âgé : « Evaluation de la pertinence des prescriptions entre les pathologies du patient âgé et les médicaments prescrits », réalisé dans les EHPAD de Cavaillon et Lauris, conduite en 2013, 2014 et 2016 et dont les résultats sont communiqués en CME
- Audit du bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (2016)
- Audit « médicaments à risque »,...

Au regard des résultats des évaluations conduites que ce soit dans le cadre du contrat de bon usage du médicament ou hors celui-ci, des plans d'action sont proposés.

## A / AGIR

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

Chaque plan d'action est assorti d'un calendrier de réalisation avec responsable identifié et méthodologie définie. L'état d'avancement fait l'objet d'un suivi régulier. Les actions d'amélioration portent sur toutes les étapes de la PECM et donnent lieu à « un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins MEDICAMENTS » : mise à disposition des recommandations aux professionnels de santé (réalisée), alimentation par le pharmacien du dossier patient avec avis pharmaceutique (réalisée), sensibilisation des personnels soignants et des praticiens aux risques liés au circuit du médicament (en cours),... Les résultats des évaluations sont communiqués aux instances (CME, conseil de direction,...), aux professionnels via les réunions de service, l'affichage pour certains d'entre eux et aux membres de la CDU.

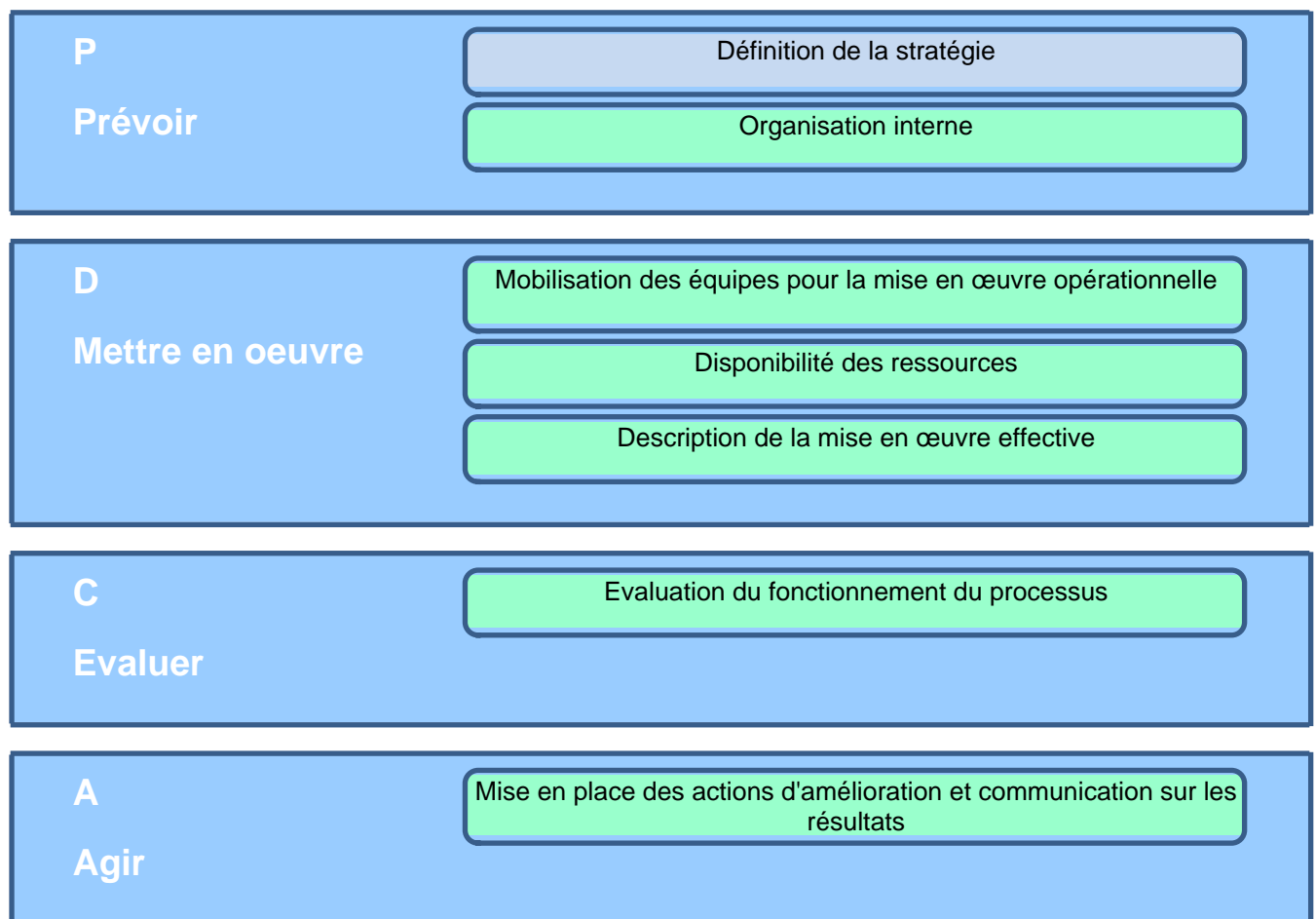
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a déterminé une politique avec des objectifs. Il a travaillé autour de ses autorisations de prise en charges (Urgences adultes et enfants, SMUR, UHCD, Unité de Soins Continues). L'activité de SAU de CH de Cavillon s'inscrit plus globalement dans une réflexion régionale par sa participation à la Fédération Médicale Inter-Hospitalière des Urgences (FMIH). Cette collaboration permet de mieux définir sa place et ses moyens dans sa zone géographique. Son activité est organisée en 3 secteurs : secteur accueil des urgences, secteur d'hébergement (UHCD et Unité de Soins Continues) et SMUR. Un organigramme fonctionnel complète ce découpage. Ce découpage sert de base à la réflexion pour définir sa stratégie et ses objectifs. Cette stratégie propre a été élaborée en tenant compte des objectifs du CPOM, du bassin géographique et de la typologie de sa population. Elle s'est enrichie de l'analyse de plusieurs indicateurs. Ces indicateurs sont en relation directe avec l'activité. Il s'agit d'audit de pratiques médicales, d'une analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations. Les dysfonctionnements sont analysés sous la forme de RMM ou de CREX selon la situation. D'autres sources d'indicateurs sont plus spécifiques comme l'analyse du temps d'attente ou des audits ponctuels de satisfaction des usagers des urgences. Le SAU a fait le choix d'utiliser un logiciel métier régional. Cette outil est commun aux autres SAU de la FMIH, il permet un parangonnage des activités et des résultats entre établissements. Il fournit aussi des indicateurs d'activité qui complètent l'analyse du pilotage de ce processus. Les populations spécifiques ou fragiles sont intégrées à cette réflexion, car elles représentent un réel impact sur la gestion des flux de patient. Il a été identifié les patients âgés en particulier mal-communicant, les patients précaires, nombreux dans la région, et les patients de cultures extra-européennes. Le SAU s'est doté dès 2014 d'un Manuel Qualité-Risque-Evaluation spécifique au service. Il donne un cadre méthodologie à l'approche par l'analyse des risques. L'ensemble des actions qui en découlent ont été décliné dans un plan par secteurs. La politique, la stratégie et les plans d'actions ont été validés institutionnellement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a formalisé une organisation pour piloter le processus. Elle est constituée de la cadre de pôle, du chef de service et de médecins de chacun des 3 secteurs d'activité. Les rôles et responsabilités sont définis dans des fiches de fonctions. Une cartographie du processus a été réalisée, ainsi qu'un protocole qui détaille et explique les attendus de la prise en charges par les urgences dans différentes pathologies médicale et chirurgicale. Ce travail est mené depuis quelques années dans le but de rationaliser les prises en charges. Le pilotage a identifié comme cet objectif d'uniformiser les pratiques au sein des urgences et qu'elle rentre en cohérence avec celle de la FMIH, en particulier. L'ensemble de la gestion documentaire a été rénovée, en particulier dans l'objectif de l'uniformisation des pratiques et des prises en charges médicales. Pour la gestion des interfaces avec les autres services, une Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées (CACNP) vient de se constituer récemment. Le SAU alimente une partie importante de l'activité des services et ces interfaces sont travaillées dans ce cadre. Le pilotage du processus analyse l'adéquation de son organisation et des moyens humains dont elle dispose. Cette organisation a permis de déterminer des circuits définis et formalisés selon les degrés d'urgence et la typologie des patients. Elle identifie des zones dédiés pour un circuit court, un circuit normalisé et un circuit pour les états non stabilisés vers une zone de « déchoquage ». Les locaux sont configurés pour gérer les différents flux. Ils sont physiquement différenciés. La gestion documentaire met aussi à disposition des procédures décrivant les circuits spécifiques (intervention de CMP, orientation en obstétrique, conduite à tenir dans des situations complexes, place et rôle de l'infirmière d'accueil, etc...). Il existe une actualisation pluriquotidienne de la disponibilité des lits internes par une collaboration entre le cadre et une gestion dynamique des lits en fonction des besoins. L'interface a été travaillée pour fluidifier les informations transmises vers les services d'hospitalisation d'aval. Il s'agit d'une synthèse exhaustive du passage aux urgences, issue du progiciel utilisé par le SAU. Ce document accompagne aussi le patient à sa sortie des urgences. Cette sortie peut être encadrée d'une intervention sociale précoce ou du CMP (Centre Médico Psychologique) qui interviennent presque quotidiennement dans le service.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

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

La mobilisation des équipes est effective. Elles sont impliquées dans la mise en œuvre opérationnelle à travers les objectifs du service définis l'encadrement médical et paramédical. Le plan d'action par secteur cible les pistes de travail. Elles ont émergé des groupes de travail et de réflexion au sein des urgences. Les professionnels, qui y participent, reviennent sur des temps dédiés en dehors de leur temps de

service.

Une partie de ce travail a porté sur les protocoles de prise en charge et organisationnels de l'activité.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles. Les professionnels du service ont pu bénéficier de formations dispensées par le CESU départemental, ainsi que des formations internes sur des pathologies ou des gestes techniques spécifiques des urgences. Les locaux sont configurés et équipés pour recevoir les différents typologie d'urgences. Un espace spécifique est dédié au poste d'Accueil et d'Orientation (autour d'un poste d'IDE dédié, l'IAO et d'un médecin, le MAO). Toutefois, les locaux sont partiellement adapté au niveau d'activité. En effet, le dimensionnement et le nombre des zones d'examen (box d'urgence) sont sous dimensionnées pour gérer le flux habituel. L'espace, qui est normalement dédié aux afflux exceptionnels de patients, est utilisé comme zone d'attente habituelle des patients entre les soins. La réunion de patients en attente n'est pas propice à leur prise en charge et pose des problèmes de confidentialité et de dignité. Cette situation a été identifiée par l'établissement, même s'il n'a pas fait l'objet de plaintes spécifiques des patients. La conséquence est plutôt sur un rallongement des durées de prise en charge du fait de l'indisponibilité des salles d'urgences. Un plan d'action est proposé en délocalisant la partie « hébergement » des urgences pour que le service puisse se redéployer. Le poste d'IAO est non dédié. Les personnels bénéficient d'une formation spécifique pour cette fonction. Le matériel bio-médical fait l'objet d'une maintenance curative et préventive coordonnée par la cadre du service. L'encadrement a mis en place un suivi qui vise à s'assurer de la conformité des pratiques. Il s'agit de fiches de traçabilité élargée ainsi que d'audit ciblés des pratiques. Un personnel (chauffeur-ambulancier) est directement en charge de la logistique de réapprovisionnement des matériels SMUR. Ce suivi est informatisé. Tous les documents relatifs au service des urgences sont disponibles dans la GED (Gestion Électronique Documentaire) intentionnelle. Il s'agit des protocoles de prise en charge comme de documents organisationnels ou décrivant l'organisation du service. Certains documents ont été ciblées pour intégrer un classeur au format papier en cas de panne informatique. Ils sont tenus à jours par la cadre.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en oeuvre des prises en charges d'urgences est effective. Le personnel des urgences est un personnel dédié au SAU, qui fonctionne sur un planning qui lui est propre. Il alterne sur les différents secteurs. Quotidiennement, les effectifs affectés spécifiquement aux différents circuits (circuit court, circuit standard, SMUR, hébergement). Il existe des parcours identifiés en fonction des typologies de prise en charges (urgence vital, patients stables, patients instables), de la situation clinique (IDM, AVC, syndromes coronariens, etc...), de la situation propre des patients (situation de précarité, présentant une addiction, ou une fragilité psychologique). Il existe une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés avec la "Maison Médicale d'Urgence" à proximité et les consultations externes en particulier lors des périodes d'activité sous tension. Cette organisation est formalisée. Chaque secteur est piloté par des référents identifiés. Ils sont le relai (binôme médecin / infirmière) vers l'encadrement du processus. Les personnels connaissent les procédures de prise en charge, savent utiliser la GED. Ils déclarent les événements indésirables et connaissent l'outil informatisé. Ils participent au CREX et RMM qui sont organisées. Malgré la configuration des locaux, les personnels sont sensibilisé au respect de la confidentialité. La douleur est tracée a de très nombreuses reprises. Le logiciel du SAU utilise un module de prescription, de dispensation et de traçabilité propre au services d'urgences. Il intègre un suivi chronologique des différentes actions, relevés d'information ainsi que des notes médicales. On y trouve aussi une zone pour les informations ciblées. Cet outil utilisé par tous les professionnels (médicaux et paramédicaux). L'exhaustivité permet la continuité de l'information, puisque le personnel travaille de manière séquentielle. La traçabilité est effective dans le service des urgences. Elle est associée à des transmissions orales quotidiennes.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement et le pilotage ont mis en place une évaluation régulière de leur activité et des indicateurs. Ils intègrent des éléments relatifs à la qualité de la gestion des flux de patients (temps d'attente, patients partis sans prise en charge, Audit de satisfaction de usagers des usagers des urgences, etc...), ainsi que d'autres indicateurs relatifs à l'activité (suivi des filières internes, des groupes de travail, appropriation de la méthodologie du « Patient Traceur », suivi du plan d'action).

## A / AGIR

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

La réévaluation des objectifs est effective. Elle s'alimente de nouveaux axes de travail ou d'action ciblées (suivi de traçabilité, amélioration de l'utilisation des différents des différents support). La communication

et la diffusion est portée par l'encadrement médical et paramédical. Des affichages spécifiques ont été constatés dans les zones de repos soignants. Il existe aussi une communication institutionnelle en particulier en CME ou lors du directoire.

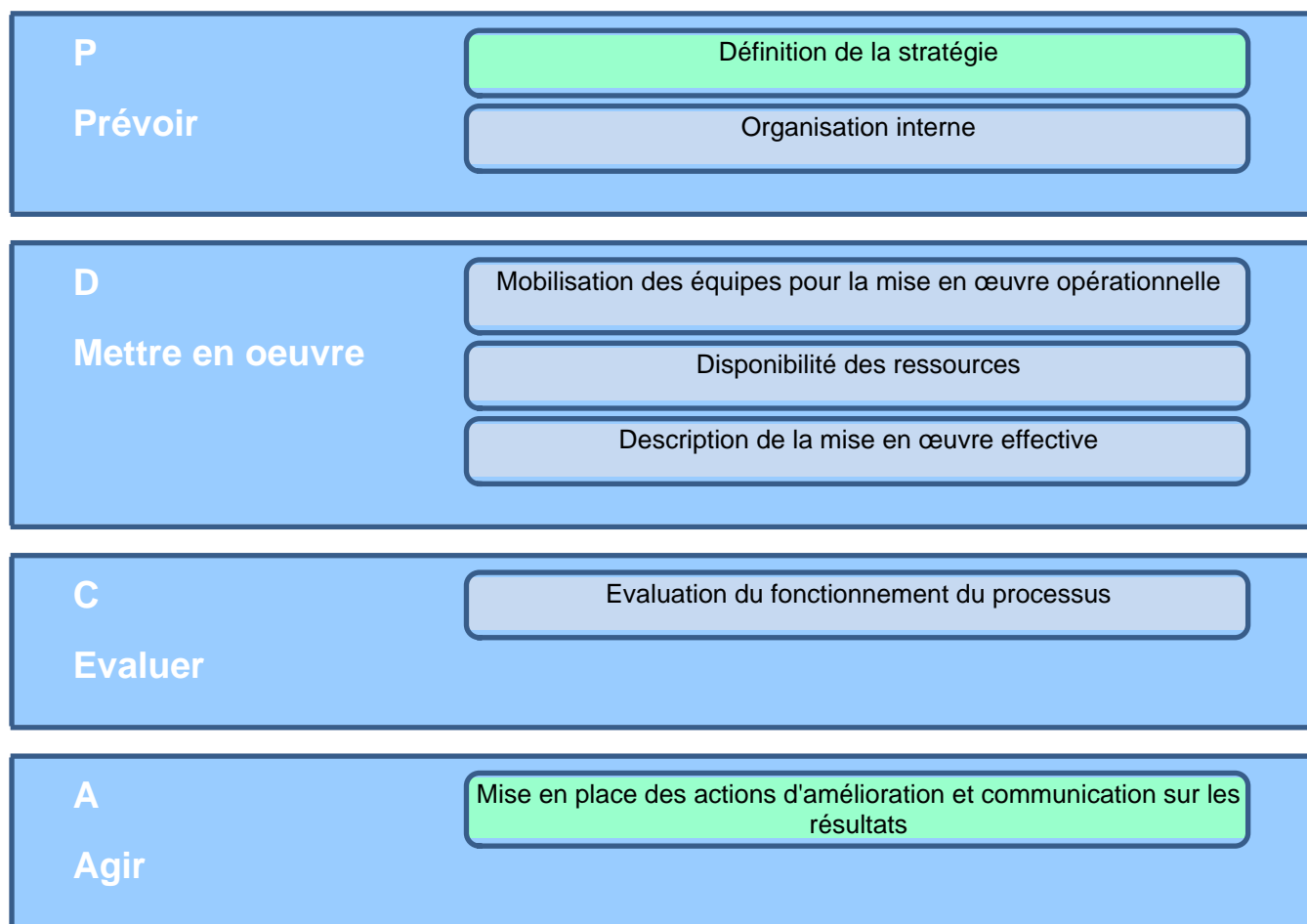
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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 Intercommunal (CHI) de Cavaillon-Lauris dispose sur le site de Cavaillon, d'un bloc pluridisciplinaire fonctionnant 24h/24, 7jours sur 7 et 365 jours par an. Il a identifié dans son projet d'établissement validé par les instances et connu, les différents secteurs opératoires et en a défini le pilotage. L'établissement propose une prise en charge en chirurgie viscérale, Gynécologique-Obstétrique, en endoscopie sous Anesthésie Générale (AG), en cardiologie pour la pose de pacemaker. Une unité spécifique de 5 lits de chirurgie ambulatoire est identifiée. Le CHI dispose de conventions avec le Centre Hospitalier d'Avignon (réanimation) et la Clinique St Roch (chirurgie traumatologie/ Orthopédie). Le projet médical 2014/2018 a notifié un objectif de mise en conformité du bloc opératoire dans ses organisations et son architecture. Cet objectif est effectif. Le bloc opératoire réaménagé comporte 3 salles opérationnelles. Une salle est réservée aux endoscopies digestives et bronchiques et aux petits gestes chirurgicaux ; une salle à la chirurgie générale, obstétricale et à la chirurgie interventionnelle cardiaque (pose de Pace Maker) ; une salle est réservée aux urgences obstétricales et urgences vitales. Une Salle de Soins Post-Interventionnels (SSPI) est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 17h et, fonctionne avec des astreintes en dehors de ces périodes. Elle dispose d'une capacité de 4 places. Il existe un espace d'accueil pour le transfert des patients. Le parcours patient, tel que défini dans les procédures, permet une prise en charge sécurisée. L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) est positionnée au Rez de Chaussée de l'établissement, au sein du service de chirurgie polyvalente, avec laquelle elle partage les locaux (salle de soins, logistique, circuits...). Elle est composée de deux chambres à deux lits et une chambre à un lit. Ces 5 lits sont disponibles de 7h15 à 17h30, du lundi au vendredi. Une cartographie de processus du bloc opératoire a été réalisée et formalisée. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau du bloc opératoire/SSPI et en chirurgie ambulatoire avec les professionnels concernés. Les sources de données utilisées pour l'analyse des risques sont identifiées : certification V2010 ; indicateurs de la Tenue Dossier Anesthésie ; indicateur de présence des comptes rendus opératoires ; indicateurs de remplissage du dossier anesthésique ; absence d'outil de planification des interventions ; indicateurs d'évaluation de la douleur post opératoire ; taux d'occupation des salles. 7 risques ont été priorisés et hiérarchisés selon, la grille d'aide au calcul de la criticité des risques et du risque résiduel. Le parcours du patient au bloc opératoire, depuis l'entrée jusqu'à la sortie de la salle de réveil, est pris en compte. Les risques sont renseignés dans le Compte Qualité (CQ). Un plan d'actions a été mis en œuvre selon un calendrier établi : commission de programmation, préadmission lors de la consultation, parcours du patient pris en charge en chirurgie ambulatoire, suivi des plannings par le cadre de santé pour présence obligatoire d'une surveillance en SSPI, mise en place d'une check list (HAS), renfort des Sages-Femmes (SF) pour la Gynécologie-Obstétrique, protocole de marquage, vérification visuelle de la traçabilité de la visite à l'accueil du patient au bloc. Une visite d'analyse des risques a été réalisée par l'assureur de l'établissement en Décembre 2016 et a permis la mise en place de nouvelles actions. Le CQ a été présenté et validé aux différentes instances : Directoire, Conseil de Surveillance (CS), Commission Médicale d'Etablissement (CME), Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médecotechnique (CSIRMT), COPIL Qualité Gestion des Risques (QGR), Commission des Usagers (CDU).

**ORGANISATION INTERNE**

La politique d'amélioration de la qualité s'inscrit dans le projet d'établissement du CHI de Cavaillon-Lauris. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins (PAQSS) a été validé pour la période 2016-2018, par les différentes instances : CS, CME, COPIL-QGR, CSIRMT. Ce programme est en lien avec la politique QGR, validée en avril 2016 et, expliquant les différents pilotages, la méthode utilisée, les modalités de suivi et d'évaluation. Le pilotage de la qualité et gestion des risques repose sur le COPIL-QGR, qui se réunit au moins 2 fois par an. Depuis début 2015, en lien avec le positionnement de la CME, tous les chefs de pôles, ainsi que les cadres de santé ont intégré ce comité. Le pilotage du processus du bloc opératoire est effectif. 6 pilotes ont été identifiés et disposent d'une fiche de mission institutionnelle, validée en mars 2016, avec une échéance à avril 2017. Trois d'entre eux ont été rencontrés lors de la visite : le médecin chef de pôle, le cadre de santé du bloc opératoire, le médecin chef anesthésiste. Ils travaillent en lien avec la CME, le Conseil de bloc et la Direction de la QGR. Les pilotes ont reçu une formation sur la notion de processus et, l'élaboration d'une cartographie et du plan d'action. Ils ont pour mission de formaliser la description du processus ; d'élaborer la cartographie des risques selon les étapes de chaque processus, en définissant la criticité, les moyens de maîtrise et en renseignant les indicateurs en lien avec chaque risque ; d'élaborer le plan d'action en lien avec les risques ; de déterminer les indicateurs. Par ailleurs, une Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat (IBODE) est référente dans la mise en place de Retours d'Expériences (REX) et du suivi des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP). Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la prise en charge des patients au niveau du bloc/SSPI sont définis. Un conseil de bloc est mis en place depuis février 2015. Sa composition est formalisée. Un président a été désigné et la composition du conseil de bloc est représentative. Ses missions sont définies. Il se réunit à périodicité définie (une fois

par trimestre). En 2016, le conseil de bloc s'est réuni à 3 reprises. En 2017, il s'est réuni le 6 Avril. Afin de faciliter la concertation et la coordination entre les professionnels et les secteurs d'activité, un organigramme fonctionnel a été réalisé et validé par le Conseil de bloc le 14/11/2016. Les différents interfaces y figurent : secteurs cliniques, chirurgie ambulatoire, stérilisation externalisée, pharmacie, laboratoire, secteurs logistiques, Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), autres établissements de santé. Une commission de programmation pluridisciplinaire se réunit tous les vendredis pour vérifier la conformité du dossier pré opératoire du patient, valider le programme opératoire et échanger les informations sur la prise en charge du patient au bloc opératoire. Les membres de cette commission s'assurent de la mise à disposition des moyens humains et matériels dans le cadre du programme opératoire. Le cadre de l'UCA, ainsi que l'équipe de Gynécologie-Obstétrique, le médecin gastro-entérologue participent à cette commission. Le règlement intérieur de cette commission a été validé en mars 2017. Le chef du pôle chirurgie-obstétrique a été désigné comme coordonnateur médical. Il existe une trame hebdomadaire des vacations opératoires. Les différents circuits de prise en charge (programmé, ambulatoire, urgence, césarienne, endoscopie) sont identifiés et structurés. Un travail de collaboration est en place avec le service des urgences qui dispose d'une unité de 4 lits de soins continus, pouvant accueillir des patients en post opératoire. Les patients bénéficient d'un passeport bloc qui les accompagne dans leur parcours. Un fiche de liaison bloc/service est formalisée et utilisée. La charte de fonctionnement du bloc a été validée par le conseil de bloc du 05/12/2016. Elle établit le parcours et prise en charge du patient au bloc, précise les responsabilités et missions, modes de fonctionnement et organisations, les moyens utilisés (locaux et personnels), l'hygiène et l'entretien des locaux et les interfaces existants avec les services de soins. Chaque professionnel du Bloc opératoire a obligation d'en prendre connaissance. Le rôle et les responsabilités des professionnels sont définis au niveau de l'UCA. Il existe un règlement intérieur, formalisé en janvier 2015. Celui-ci décrit les locaux, le fonctionnement et l'organisation du service, le parcours du patient de l'entrée à la sortie et, l'organisation de la continuité des soins, les missions du médecin coordonnateur. Une procédure du parcours et de la prise en charge du patient en ambulatoire a été réalisée en 2015. Les besoins en procédures sont identifiés. Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition, comme par exemple le parcours du patient devant subir un acte opératoire (procédure validée en Février 2015), le bio nettoyage, les vérifications (chek-list, traçabilités...), la prise en charge de la douleur en post opératoire... Les ressources humaines nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Une collaboration étroite existe entre la chirurgie ambulatoire et le bloc opératoire. Des IBODE travaillent sur le secteur UCA, selon les besoins, 3 jours par semaine (mardi, jeudi et vendredi). Les rôles et missions des professionnels sont identifiés dans des fiches de poste. Un plan de formation institutionnel est en place avec des formations spécifiques pour les professionnels du bloc opératoire (endoscopie,...). Des modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies. Un référentiel et un document de suivi sont actuellement en tests avant formalisation. Un dossier informatique est utilisé au bloc opératoire. La prescription est informatisée. Les résultats de laboratoire sont consultables dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Des documents papier sont toutefois encore utilisés et réunis dans une pochette cartonnée au nom du patient. La gestion documentaire est structurée et disponible sur logiciel informatique. Un classeur spécifique est conservé au niveau du bloc opératoire et contient les procédures et protocoles jugés indispensables en cas de panne du système d'information (procédure dégradée). Les équipements et le matériel nécessaires sont identifiés dans les salles interventionnelles. Les besoins en matière d'achats et d'approvisionnement (matériel hôtelier et matériel médical) sont identifiés au sein du pôle et, négociés de façon institutionnelle en commission achat, puis validés en Directoire. Les maintenances curatives et préventives sont réalisées par les services techniques, qui disposent d'un listing des matériels. L'hygiène des locaux est organisée. Une AS est présente de 7h à 19h du lundi au vendredi. Elle suit les protocoles en vigueur, validés par l'EOH et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Elle assure la traçabilité de ses actions. Le service Hygiène intervient sur les contrôles environnementaux. La stérilisation des dispositifs médicaux est organisée. Une sous traitance est organisée et formalisée avec le Centre Hospitalier d'Avignon.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le cadre du bloc opératoire se charge du pilotage et de la mise en œuvre de la démarche qualité. Les équipes ont accès aux résultats de leur secteur d'activité concernant l'activité et la performance financière, produits semestriellement par le service de contrôle de gestion. Les tableaux de bord qualité sont présentés en instance lors des réunions où les chefs de pôle sont présents. Le cadre du bloc opératoire, en collaboration avec le conseil de bloc, évalue les activités et s'assure du suivi de son programme d'action. Il s'assure du respect des procédures, protocoles, respect de la charte de fonctionnement, des vacations, du suivi des matériels, des prélèvements d'environnement, des consignes... Les réunions de programmation hebdomadaires permettent une concertation pluridisciplinaire. Le conseil de bloc, les équipes du bloc/SSPI et de l'UCA s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Elles connaissent les objectifs en matière de qualité. Elles participent à l'élaboration des protocoles. Les professionnels sont formés à la déclaration des

Événements Indésirables (EI). Les personnels rencontrés lors de la visite de terrain disent en déclarer peu. Toutefois, une IBODE rencontrée au bloc opératoire déclare en avoir réalisé deux dernièrement : dossier patient mal rempli, préparation du patient inadéquate. La validation du programme est réalisée lors des commissions de programmation pluridisciplinaires le vendredi. Le programme opératoire est régulé au quotidien par le cadre de santé ou le référent en son absence. La programmation informatisée est réalisée à partir des rendez-vous pris aux consultations externes sur un logiciel commun avec le bloc opératoire. Elle est organisée par jour et horaire en fonction de l'organisation des salles. Des rajouts peuvent être faits grâce à une demande par bon ou appel téléphonique pour les urgences vitales. Les dysfonctionnements (déprogrammations,...) sont suivis, analysés, et donnent lieu à des actions d'amélioration. De façon régulière la direction des soins infirmiers et/ou le directeur administratif du pôle chirurgical participent aux réunions de cette commission. L'intégration des urgences dans les programmes est assurée. Le chef de bloc est responsable de la programmation, du suivi des programmes opératoires et de l'endoscopie digestive ainsi que du règlement des dysfonctionnements éventuels. En cas de difficulté non résolue, il est fait appel au coordonnateur du bloc. En cas de dysfonctionnements récurrents, ceux-ci sont traités en conseil de bloc de façon régulière.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

La présence et les effectifs du personnel médical et paramédical sont en adéquation avec le planning opératoire et permettent d'intégrer les urgences. Les plannings sont réalisés dans le respect de la répartition réglementaire des compétences. Les plannings des équipes para médicales sont à disposition. Ils sont réalisés par les cadres de santé du bloc opératoire et de l'UCA. La réorganisation du bloc a entraîné des changements d'horaires. Des tests d'horaires sont toujours en cours pour augmenter l'efficacité du service. La permanence des soins est assurée H24. En dehors des ouvertures du bloc, des astreintes récupérées sont en place chez les équipes para médicales. Le tutorat est en place pour les nouveaux arrivants. Les premières astreintes sont tutorées. Les plannings médicaux sont réalisés par les chefs de service et sont affichés. L'anesthésiste est physiquement présent au bloc opératoire jusqu'à la fin du programme, et immédiatement joignable par l'IADE si besoin. Les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical présent en UCA sont partagés avec le service de chirurgie polyvalente de 10 lits. 1 IDE est présent pour les 15 lits de jour et de nuit. Un renfort est apporté par l'équipe du bloc opératoire 3 jours par semaine (mardi, jeudi et vendredi), jours des endoscopies, activité majeure de l'UCA. Deux cadres (en 2014) et deux IDE(en 2015) ont été formés à la chirurgie ambulatoire afin de faciliter la reconversion de 5 lits de chirurgie d'hospitalisation classique en hospitalisation ambulatoire. Les professionnels bénéficient de formations régulières inscrites au plan de formation institutionnel (identitovigilance...) Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles, conformes aux exigences réglementaires et sécurisés. Les locaux du bloc sont neufs, spacieux et adaptés. Le principe de marche en avant est respecté pour la totalité des circuits (patient, logistique,...). Les salles d'intervention du bloc répondent aux exigences de la réglementation. Le nombre de places en SSPI (4) est en adéquation avec l'activité du bloc opératoire. L'organisation de la salle permet une vision globale des patients. Les locaux annexes, salles de transfert, salle de décontamination, locaux de stockage, pharmacie, vestiaires sont conformes. Les locaux de l'UCA sont vétustes mais restent adaptés à la prise en charge grâce aux organisations mises en place (définition des secteurs). La mixité entre les hospitalisations classiques et les hospitalisations ambulatoires au sein d'un même couloir permettent toutefois difficilement une prise en charge structurée. Les besoins en matériel et dispositifs médicaux, y compris d'urgence, sont identifiés et en adéquation avec les besoins. Les équipements/matériels en panne sont remplacés (y compris en urgence). Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible. L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé (médicaments, DM implantables ou non, produits sanguins) permet de répondre aux besoins/à l'activité (activités programmées ou non programmées) La maintenance préventive et curative des matériels, des salles d'intervention, du traitement de l'air et des équipements biomédicaux est organisée. Les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour sur le logiciel de gestion documentaire informatisé, connu du personnel. Les professionnels disposent de toutes les informations concernant le patient nécessaires à sa prise en charge : dossier du patient, dossier d'anesthésie, prescriptions, résultats d'exams, préparation... Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques. Le programme opératoire est accessible aux professionnels.

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

Les bonnes pratiques de prise en charge au bloc opératoire sont mises en œuvre de l'entrée du bloc opératoire à la sortie de SSPI. Les professionnels connaissent et respectent l'organisation établie et les circuits définis. Un tableau est établi et affiché avec le rôle de chacun. Le parcours patient s'inscrit dans un processus de marche en avant et est sécurisé. Les circuits sont affichés. L'accueil dans la salle de transfert, assuré par un personnel de la SSPI, permet la première identification et le début de la prise en charge. Les échanges d'informations nécessaires à la prise en charge du patient sont effectifs. Toutes les données nécessaires à la prise en charge du patient sont disponibles dans le dossier papier, le DPI, et sur la feuille de liaison service-bloc. Par ailleurs, un passeport « bloc opératoire » suit le patient durant tout son parcours. Celui-ci prend en compte la consultation, le passage au bloc opératoire, la sortie du bloc, les spécificités de la chirurgie ambulatoire, le risque ATNC, le consentement, la personne de confiance... Le patient est informé, avant l'intervention, sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique et, sur les consignes à suivre avant (préparation à l'intervention, jeûne, gestion des traitements, exigences liées à l'

anesthésie, etc.) et après l'intervention. Le matériel adapté est réservé lors de la programmation de l'intervention. La continuité des soins est assurée en post intervention. En UCA, l'appel des patients à J-1 est réalisé conformément à la procédure en place et tracé dans le dossier. L'accueil en UCA est réalisé dans des conditions adaptées. Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien : contrôles des salles d'intervention (fiche/registre d'ouverture de salle), identification des patients, fiche d'écologie de préparation de chaque intervention (installation, matériel), traçabilité des Dispositifs Médicaux(DM) implantés et des actes opératoires. Plusieurs check-lists sont en place et utilisées : check-list HAS "sécurité du patient au bloc opératoire" pour toute intervention chirurgicale, check-list endoscopies digestive, check-list endoscopie bronchique... Le brancardage vers le bloc opératoire ou vers les secteurs d'hospitalisation est réalisé dans des conditions adaptées (intimité, sécurité, confidentialité). L'accueil au bloc opératoire est adéquat (information, délai de prise en charge, surveillance avant l'intervention, intimité, dignité, confidentialité). L'identité du patient, le type de procédure et le côté à opérer sont vérifiés : vérification de la concordance des informations avec celles issues de la consultation du chirurgien. Les prises en charge anesthésique et chirurgicale sont tracées. Les prescriptions médicamenteuses sont conformes aux règles établies, mises en œuvre et tracées. Elles sont informatisées tout au long de la prise en charge du patient. Les conditions de prise en charge en SSPI (identification, information, intimité, dignité, confidentialité, surveillance, confort et prise en charge de la douleur,...) sont satisfaisantes et tracées, comme indiqué par les patients traceurs. Après l'intervention, le brancardage vers la SSPI puis à la sortie de SSPI est réalisé par le personnel du bloc. La douleur est évaluée à l'aide d'une échelle, traitée puis réévaluée à intervalles réguliers ; les évaluations et les traitements antalgiques sont tracés dans le dossier. La sortie de SSPI est validée par le médecin selon la procédure définie. Les informations sur la sortie du patient de SSPI figurent dans le dossier (heure de sortie, autorisation de sortie, prescriptions, etc.). Les dispositifs médicaux implantés et les actes réalisés sont tracés dans le dossier. Le patient est informé sur le matériel implanté. La sortie d'UCA, "mise à la rue", est validée par le médecin référent du patient selon la procédure définie. L'aptitude au retour au domicile est vérifiée et la fiche d'autorisation de sortie est signée par le médecin. L'ensemble des documents nécessaires au suivi de sa prise en charge et favorisant la coordination avec les professionnels extérieurs sont remis au patient (ordonnances de sortie, bulletin de sortie, document pour le médecin traitant, etc.). Les informations sur la sortie du patient d'UCA figurent dans le dossier (heure de sortie, autorisation de sortie, présence de l'accompagnant lors de la sortie, etc.). Le suivi immédiat du patient après la sortie (appel du lendemain, consultation, etc.) est assuré conformément aux procédures établies et tracé dans le dossier. La maîtrise du risque infectieux est effective : les différentes zones du bloc sont identifiées et prises en compte. La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène dans les différentes zones du bloc (hygiène des mains, port d'un couvre-chef et du masque, pas de port de bijou, limitation du nombre de personnes dans la salle d'opération et des entrées/sorties pendant l'intervention, etc.) est effective. Le nettoyage des salles d'opération est réalisé selon la procédure définie après chaque intervention et en fin de journée. Il est tracé. Une AS travaille tous les jours du lundi au vendredi de 7h à 19h pour effectuer le suivi. Le nettoyage des autres zones du bloc est opérationnel. Les instruments et les DM sont désinfectés et adressés selon une procédure au CH d'Avignon pour être stérilisés avant d'être à nouveau stockés au sein du bloc de Cavaillon. Le risque ATNC est pris en compte et tracé. Les modalités de radioprotection sont prises en compte par tous les opérateurs avec un matériel adapté aux types d'intervention (dosimètres, tabliers, lunettes, ...). Un référent est nommé à la radio protection au sein du bloc et est formé. La gestion des pannes est organisée : un bon est adressé aux services techniques. En cas d'urgences, ceux ci peuvent être appelés 24h/24. La GED est accessible au bloc opératoire. Les postes informatiques sont en place et en nombre. Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnels (stérilisation externalisée, laboratoire, imagerie, secteurs cliniques, brancardage, EOH, biotechnique).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le conseil de bloc travaille sur les organisations et la rationalisation des coûts, la vie du bloc, réalise des RMM. Des réunions communes entre secteurs sont organisées (staffs interservices). Le cadre du service réalise un suivi du CQ. Il suit par ailleurs les indicateurs règlementaires : Indicateurs de la Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) tenue du dossier d'anesthésie et tenue du dossier patient ; indicateurs ICAL-ISO ; taux d'interventions au bloc planifiées avec un outil de programmation. Les Indicateurs de la Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) sont affichés au sein du service et dans les espaces publics de l'établissement. Un audit des circuits du Bloc a été réalisé par l'EOH à deux reprises en 2015 et 2017. La surveillance des infections de sites opératoires se fait de façon annuelle. Une EPP "revue de pertinence de la Check List sécurité du patient au bloc opératoire" est réalisée en continue. Sur une recommandation de la société d'assurances du CH de Cavaillon, le cadre du bloc effectue des «évaluations incognito». Elles montrent une qualité des pratiques de réalisation de la check-list par les différents intervenants, en particulier la validation effective par l'anesthésiste. Le suivi hebdomadaire de l'activité ambulatoire se fait lors de la commission de programmation du bloc opératoire : délai de prise en charge du patient, causes de déprogrammations, ré interventions, causes de retard de sortie du patient, qualité de la continuité des soins, motifs de repli du patient. Les REX et les RMM sont organisés et fonctionnels. Un REX a été réalisé

avec l'équipe de Gynécologie-Obstétrique concernant la prise en charge des césariennes et une défaillance lors d'une commande de sang pour urgence vitale. Deux patients traceurs ont été réalisés en 2017 auprès d'une parturiente ayant nécessité une Césarienne et, auprès d'un patient suivi en UCA. L'Évaluation de la satisfaction du patient se fait lors de l'appel du lendemain. Les professionnels rencontrés déclarent rarement des EI. Ils participent aux conseils de bloc et aux CREX mis en place. Le suivi des indicateurs a permis la mise en place d'axes d'amélioration comme la mise en œuvre de la commission de programmation.

## **A / AGIR**

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

Une EPP sur les causes de conversion des chirurgies ambulatoires en hospitalisation complète a été réalisée. Cette revue de pertinence a débuté fin 2014. Après une évaluation et une analyse des causes, des axes d'amélioration ont été travaillés et mis en place en 2015 : mieux dépister les problèmes sociaux empêchant les retours à domicile, bien sélectionner les patients éligibles, promouvoir et sensibiliser les patients à une prise en charge ambulatoire, augmenter le nombre d'actes réalisés en ambulatoire. Un 2ème tour a été réalisé au dernier trimestre 2016. De nouveaux axes d'amélioration ont été mis en place : traçabilité dans le DPI de la cause des prolongations de séjours, intervention des assistantes sociales, amélioration de la douleur post opératoire, vérification de la compréhension des consignes par les patients en leur téléphonant la veille de l'intervention, codage des pathologies ayant nécessité l'allongement du séjour.

Un audit sur la sortie de SSPI a permis de mettre en œuvre la traçabilité de la douleur à la sortie. Une check List de sortie de SSPI est par ailleurs en test. La communication au sein de l'équipe du bloc opératoire sur les résultats de la démarche qualité et sécurité des soins est assurée, lors des conseils de bloc.

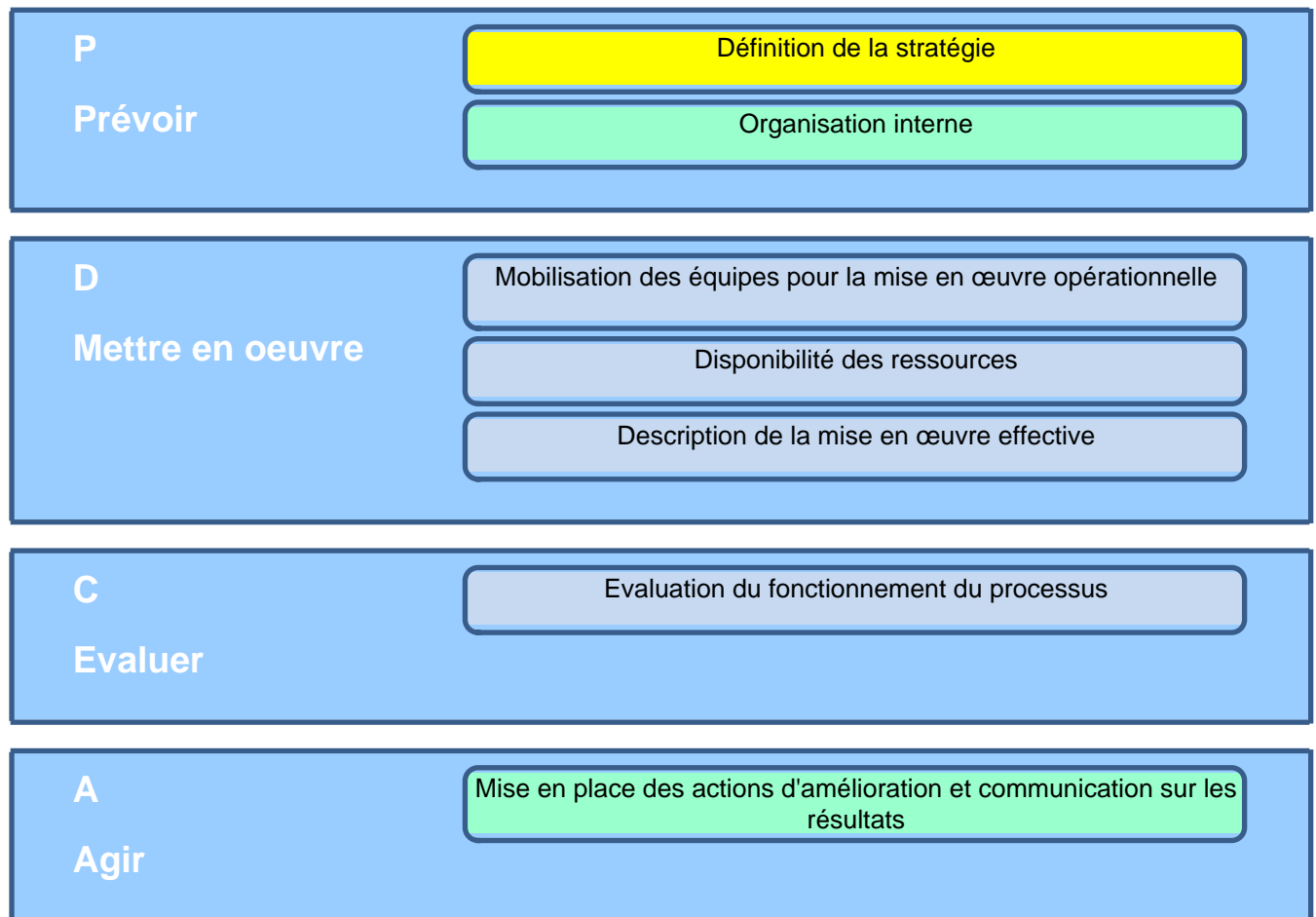
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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**

Le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de Cavaillon-Lauris a organisé la prise en charge des endoscopies sur deux secteurs. Le bloc opératoire dispose d'une salle dédiée aux endoscopies digestives et bronchiques. 590 endoscopies digestives ont été réalisées en 2016. Les patients sont dirigés, en post bloc, sur le secteur de chirurgie ambulatoire, ou en hospitalisation sur le secteur médecine. Les fibroscopies bronchiques sous Anesthésie Générale (AG) sont prises en charge au bloc opératoire mais, la plupart, ne nécessitant pas d'AG, sont réalisées au sein du service de Soins de Suite et Rééducation (SSR) de Pneumologie sur le site de Lauris (22 en 2016). Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), un groupe de travail est constitué pour mettre en place une filière des pathologies digestives. Une collaboration étroite est existante avec le Centre Hospitalier (CH) d'Avignon, concernant le secteur des endoscopies.

Il existe un document identifiant les différents secteurs d'endoscopie et identifiant un pilotage institutionnel commun. Un audit de processus endoscopies a été réalisé par un comité de pilotage émanant des deux secteurs, organisés sur les deux sites de Cavaillon et Lauris, distants de 35 kilomètres. Le secteur endoscopie de Cavaillon a été intégré au bloc opératoire et a suivi essentiellement le processus du bloc. L'IDE du site de Lauris a travaillé sur les procédures nécessaires et l'organisation du secteur à risques de Lauris.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau de l'endoscopie avec les professionnels concernés. L'audit de processus chronologique a été utilisé. Le groupe de travail a actualisé la cartographie réalisée en 2015. Les sources de données utilisées pour l'analyse des risques sont identifiées : consultations médicales avant la sortie d'un patient ayant subi une coloscopie (72% en 2013, 90% en 2014) ; information sur la continuité des soins transmise à la sortie du patient (70% en 2013, 100% en 2014), validation de la sortie par le gastro entérologue et l'anesthésiste (75% en 2013, 90% en 2014), évaluation de la maîtrise du risque lié aux troubles de la coagulation (80% en 2013 et 2014). La V2010 avait identifié la non identification des circuits (levé lors de la visite de suivi de 2015).

7 risques ont été priorisés et hiérarchisés, essentiellement sur le secteur du bloc opératoire, selon la grille d'aide au calcul de la criticité des risques et du risque résiduel définie par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ils sont renseignés dans le compte qualité (CQ) : méconnaissance des recommandations de prise en charge spécifiques en endoscopie par les IDE du bloc opératoire, arrivée en dehors des horaires d'ouverture, retard dans la prise en charge lors de l'accueil, mauvaise orientation du patient, pas de personnel dédié, défaut de traçabilité du refus du patient, risque d'allergie au latex, risque de perforation colique.

Un plan d'actions prioritaires, retrouvé dans le PAQSS a été mis en œuvre selon un calendrier précis : formation de tous les intervenants du bloc à l'endoscopie, organisation du tutorat par les Infirmiers de Bloc Opératoires Diplômés d'Etat (IBODE) formés, pré admission lors de la consultation anesthésique, organisation de la prise en charge du patient en UCA, traçabilité du refus du patient dans le dossier patient, bio nettoyage complet de la salle d'endoscopie, suppression systématique du latex en salle d'endoscopie, procédure de prise en charge de la perforation colique.

Le CQ a été présenté et validé aux différentes instances : Directoire, Conseil de surveillance (CS), Commission Médicale d'Etablissement (CME), Commission de Soins Infirmiers Rééducation et Médico-technique (CSIRMT), COPIL Qualité et Gestion des Risques (QGR), Commission Des Usagers (CDU).

**ORGANISATION INTERNE**

La politique d'amélioration de la qualité s'inscrit dans le projet d'établissement du CHI Cavaillon-Lauris. Le pilotage de la qualité et gestion des risques repose sur le Comité qualité et gestion des risques (COPIL-QGR). Ce comité se réunit au moins 2 fois par an. Depuis début 2015, en lien avec le positionnement de la CME, tous les chefs de pôles, ainsi que les cadres de santé ont intégré ce comité.

Le pilotage du processus de l'endoscopie est effectif. 5 pilotes ont été identifiés et disposent d'une fiche de mission institutionnelle, validée en mars 2016, avec une échéance à avril 2017. 4 pilotes ont été rencontrés lors de la visite : gastro entérologue, cadre du bloc opératoire, IBODE référente en endoscopie et IDE référente en fibroscopie bronchique. Ils travaillent en lien avec la CME, le Conseil de bloc et la Direction de la QGR. Les pilotes ont reçu une formation sur la notion de processus, de l'élaboration d'une cartographie et du plan d'action. Ils ont pour mission de formaliser la description du processus ; d'élaborer la cartographie des risques selon les étapes de chaque processus, en définissant la criticité, les moyens de maîtrise et, en renseignant les indicateurs en lien avec chaque risque ; d'élaborer le plan

d'action en lien avec les risques ; de déterminer les indicateurs.

Sur le site de Cavaillon, l'endoscopie est intégrée au bloc opératoire. Le conseil de bloc est opérationnel. La charte de bloc existe et est diffusée. Les responsabilités sont définies au sein du bloc. Un responsable de bloc est désigné afin de réguler les activités du bloc. Un coordonnateur médical est désigné. Un organigramme est disponible. Les planification/programmation/régulation sont organisées (commission de programmation tous les vendredis). La gestion des risques est organisée. Les check-list sont diffusées et utilisées. Un « référent endoscopie » est identifié. La cartographie du processus de traitement des endoscopies est réalisée. Le traitement des endoscopes est formalisé et les procédures sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire (GED). Un lave endoscope (LVE) est utilisé ainsi qu'une armoire de stockage des endoscopes. Le parcours du patient en endoscopie est organisé. La permanence des soins en endoscopie et en SSPI est organisée.

Sur le site de Lauris, l'activité est organisée sous la responsabilité des Pneumologues. La gestion du traitement des endoscopes suit la même démarche de gestion des risques que sur le site de Cavaillon. Le traitement des endoscopes est manuel.

Le ratio de personnel est en adéquation avec la réglementation. Les fiches de postes des personnels sont formalisées. Tout nouvel arrivant est formé et tutoré. Afin de maintenir et ou développer les compétences, des formations sont réalisées et inscrites dans un plan de formation institutionnel (congrès endoscopie, DU expertise en endoscopie digestive..).

Sur le site de Cavaillon, la répartition des agents est renseignée dans la charte du bloc. Sur le site de Lauris, une IDE est en charge de la gestion et du traitement des fibroscopes. La solution de recours est le site de Cavaillon. L'organisation mise en place permet la disposition des ressources nécessaires en temps utile.

Les procédures sont formalisées, validées (prise de rendez-vous, modalités de l'acte endoscopique, traitement de l'endoscope manuel ou par laveur, stockage, traçabilité, check-list). Un classeur de vie des endoscopes avec les fiches de traçabilité de la désinfection est mis en place.

Les besoins en support d'information des patients sont identifiés comme la description de l'acte endoscopique, les risques liés aux actes et le bénéfice risque.

Le Dossier Patient permet d'intégrer les données médicales des patients (pertinence de l'indication, explication du consentement éclairé, recherche ATNC =critère bloquant).Il existe des procédures dégradées en cas de panne informatique.

Les équipements et les matériels nécessaires sont identifiés. Les maintenances préventives et curatives sont organisées. Le Lave endoscope est qualifié annuellement.

La gestion du système documentaire est définie et connue des professionnels, qui utilisent le logiciel spécifique.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le cadre du bloc opératoire, les référents en endoscopies, le gastro-entérologue se chargent du pilotage et de la mise en œuvre de la démarche au sein du bloc opératoire.

L'IDE référente des fibroscopie bronchiques et les pneumologues se chargent de l'organisation et du fonctionnement sur le site de Lauris.

Les risques et actions ont été travaillés avec les professionnels des secteurs, qui ont participé à l'élaboration des protocoles et des procédures (traitement des endoscopes, parcours du patient au bloc opératoire...) et documents utiles à leur activité (cahier de vie des endoscopes, check List...).

Les équipes participent à la déclaration des Événements Indésirables (EI) et à leur analyse. Elles participent aux Revues de Morbi Mortalité (RMM), aux Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), aux Retours d'Expériences (REX). Elles participent aux staffs pluridisciplinaires, aux réunions de services. Elles connaissent les objectifs en matière de qualité et sécurité des soins en endoscopie et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur en fonction des résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement ; des évaluations réalisées et notamment celles concernant la satisfaction des usagers.



## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles sur les deux secteurs d'endoscopie.

Sur le site de Cavaillon, les personnels du bloc organisent la prise en charge des patients nécessitant une endoscopie selon la procédure et les fiches de poste établies. Les équipes sont disponibles 24h/24 selon la charte de fonctionnement du bloc. Deux IDE sont référentes en endoscopie. Un référent a la responsabilité du lave endoscope (mise à jour des procédures, veille des traçabilités, veille des maintenances, formations...).

Sur le site de Lauris, l'IDE référente se charge de l'organisation des fibroscopies bronchiques et du fonctionnement de la salle technique selon les procédures établies. Elle est présente du lundi au vendredi et se charge du plateau technique des Epreuves Fonctionnelles respiratoires (EFR) et des endoscopies. Dans le cadre de l'urgence, les prises en charge sont prévues sur le site de Cavaillon.

Les professionnels en poste sont formés (traitement des endoscopes, identitovigilance, risques, utilisation du lave endoscopes,...).

Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés selon la procédure établie au sein du bloc.

Les 3 IDE référentes de Cavaillon et Lauris ont reçu une formation de perfectionnement en endoscopie. 8 utilisateurs sont formés au Lave Endoscopes (LVE). Un agent est inscrit au DIU endoscopies digestives au plan de formation 2018. Plusieurs professionnels partent une fois par an au congrès spécifique des endoscopies. La programmation d'une formation validante est en cours avec le Centre Hospitalier d'Avignon sur l'entretien des endoscopes.

Les procédures issues de documents de référence validés (s'appuyant sur des recommandations et la réglementation) sont disponibles, et accessibles sur le logiciel de Gestion Documentaire (GED) : actes endoscopiques, traitement des endoscopes, traçabilité, contrôles microbiologistes,...

La programmation des endoscopies au bloc opératoire se fait lors des commissions de programmation ou par rajout avec des fiches spécifiques.

Les fibroscopies bronchiques sans AG se réalisent sur le site de Lauris en fonction des besoins. Elles sont programmées en concertation avec l'IDE référente et les pneumologues. Les fibroscopies bronchiques nécessitant une AG sont programmées au bloc opératoire selon la procédure en vigueur sur le site de Cavaillon. Les urgences sont très exceptionnelles (une seule sur les deux dernières années traitée sur le site de Lauris en présence de l'IDE référente).

Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

Les locaux sont adaptés et opérationnels sur les deux sites. Sur le site de Cavaillon les équipes disposent d'un LVE. Sur le site de Lauris, le traitement des endoscopes se fait manuellement (paillasse avec 5 bacs).

Le matériel de protection des professionnels est disponible et opérationnel selon les procédures en vigueur et le type de matériel utilisé. Les deux sites disposent d'une armoire de stockage des endoscopes (délai d'utilisation de 12heures), nécessitant une désinfection primaire au bout de 12heures et avant tout programme. La traçabilité est effective à chaque utilisation et, de façon mensuelle pour l'ensemble des endoscopes. Le renouvellement des endoscopes en fonction du nombre d'actes réalisés et de leur ancienneté est effectif.

Les opérations de maintenance sont réalisées et tracées selon les procédures définies par l'établissement et en adéquation avec la réglementation et les normes en vigueur ; les contrôles de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés.

Les équipements/matériels en panne sont remplacés dans des délais permettant la continuité de la prise en charge des patients. Les procédures sont affichées ainsi que le numéro d'appel d'urgence des techniciens.

L'approvisionnement en matériels (matériel d'instrumentation endoscopique, consommables, DM, etc.), linge, permet de répondre aux besoins/à l'activité (activités programmées ou non programmées).

Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques, ...

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La programmation des endoscopies est opérationnelle et se fait en concertation entre les différents services et praticiens prenant en charge le patient nécessitant une endoscopie (UCA, médecine, SSR, bloc

opératoire, gastro entérologue, pneumologue)) lors de la commission de programmation hebdomadaire pluridisciplinaire. La régulation se fait au fil de l'eau en concertation avec le cadre du bloc opératoire ou son référent en son absence, selon les besoins et urgences.

Les plannings des professionnels sont adaptés aux recommandations, activités et prises en charge. Les plannings médicaux et paramédicaux sont à disposition. En dehors des heures d'ouverture de l'endoscopie, les urgences peuvent être prises en charge sur le CH d'Avignon. Dans le cadre d'urgences majeures, les personnels de garde et d'astreinte du bloc opératoire peuvent être appelés.

Le patient est pris en charge selon les procédures décrites pour la prise en charge des patients au bloc opératoire. Les traçabilités sont effectives du début de la prise en charge à la sortie du patient (identité, écologie, dossier patient, passeport bloc, matériels utilisés, traitement des matériels, acte,...). Les patients traceurs réalisés, l'un en amont de la visite (14/02/2017) ; l'autre lors de la visite ont montré que toutes les étapes de prise en charge d'un patient nécessitant une endoscopie programmée sont satisfaisantes.

Lors de la consultation, le patient bénéficie des informations nécessaires et des documents concernant l'examen endoscopique lui sont remis ainsi que le passeport bloc ; le rendez vous est pris avec l'anesthésiste; la pré admission est réalisée ; la programmation réalisée sur le logiciel informatique partagé avec les consultations externes. La veille de l'intervention, le patient est appelé, l'appel est tracé. Lors de l'arrivée dans le service, l'identification du patient est réalisée avec contrôle de la carte d'identité. Au bloc opératoire, la prise en charge est tracée à chacune de ses étapes (arrivée dans le SAS d'accueil, préparation, information sur la prise en charge, identité, brancardage en salle interventionnelle, installation, examen,...). Les soins en Salle de Soins Post Interventionnels (SSPI) sont tracés (douleur, suivi, prescriptions, conditions de sortie...). Le relai est réalisé au sein d'un service grâce à une fiche de liaison bloc/ service. Lors de la sortie du service, la "mise à la rue" ; le score de Chung est rempli et signé, les consignes et documents de sortie donnés (ordonnance, Compte Rendu opératoire, lettre au médecin traitant...).

La sortie de SSPI est signée de l'anesthésiste, la "mise à la rue" est signée par le médecin.

La confidentialité, l'intimité et la dignité du patient sont respectés pendant toutes les étapes de la prise en charge (brancardage compris), comme vu lors de la visite de terrain.

Les équipes d'endoscopie favorisent la bienveillance dès l'accueil du patient. Son identité est vérifiée à toutes les étapes de la prise en charge.

L'utilisation des différentes check-list mises en place est effective, notamment la check List sécurité patient. Le cahier de vie des endoscopes et le cahier d'ouverture de la salle de traitement des endoscopes et programmation de l'auto désinfection sont en place.

Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées. Les résultats de laboratoire sont accessibles dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).

Les interfaces sont effectifs entre les secteurs et conformes à l'organigramme réalisé au sein du bloc opératoire. L'EOH travaille de façon continue et étroite avec les deux secteurs d'endoscopie : prélèvements, suivi des endoscopes.

Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec l'EOH et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Le traitement et le stockage des endoscopes sont réalisés selon les règles définies et tracées. Les contrôles microbiologiques réguliers des endoscopes, des paillasse, du LVE, des armoires de stockage sont effectifs. Les endoscopes sont prélevés par l'infirmière en hygiène suivant un calendrier pré établi. L'eau du LVE est surveillée conformément à la réglementation et des actions correctrices sont mises en œuvre en cas de résultats non conformes. Le service d'hygiène intervient sur les contrôles environnementaux : eau, air, surface.

L'hygiène des locaux est organisée, protocolisée et tracée.

Dans la salle de traitement des dispositifs médicaux du bloc opératoire, un logiciel intégré au laveur désinfecteur permet d'enregistrer la traçabilité du traitement complet de l'endoscope avec le n° du Dispositif Médical (DM) et le nom la personne responsable de la désinfection.

La maintenance préventive et curative des équipements est effective et réalisée par les services techniques et les équipementiers. Des équipements sont doublés en cas de dysfonctionnements. Les fluides sont vérifiés une fois par an (air, Oxygène, vide, ....)

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre, notamment la protection vis-à-vis du risque chimique (port de lunettes, masques et gants, fiches de données de sécurité des produits présentes et facilement accessibles,...); la radioprotection en cas de contrôle radiologique (formation des professionnels à la radioprotection, port de dosimètres, port de tabliers de protection,...) ; la prévention/gestion des accidents d'exposition au sang (Fiche AES affichée) ; la ventilation/qualité de l'air

en salle de nettoyage/désinfection des endoscopes (suivi de l'environnement)

Des réunions communes entre secteurs sont organisées (staffs interservices, etc.). Elles visent à optimiser la prise en charge du patient et à mieux prendre en compte les attentes des parties prenantes. L'analyse et le traitement des événements indésirables sont réalisés au cours de RMM communes.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le cadre du bloc opératoire, l'IBODE référente endoscopie, le médecin gastro entérologue, l'EOH font un suivi du CQ. Ils recueillent et analysent par ailleurs les dysfonctionnements. Il réalisent un suivi des EI en lien avec la Direction QGR.

Le cadre du bloc suit les indicateurs règlementaires : Indicateurs de la Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) tenue du dossier d'anesthésie et tenue du dossier patient. Ceux-ci sont affichés au sein du bloc et dans les espaces publics de l'établissement.

L'établissement a participé à l'audit national du GREPHH des endoscopie en 2015 pour les deux secteurs.

L'audit des circuits du bloc opératoire réalisé par l'hygiène en 2015 et 2017 a permis de vérifier le secteur endoscopie.

Les REX et les RMM sont organisés et fonctionnels.

Un patient traceur a été réalisé en février 2017 : patient ayant bénéficié d'une endoscopie et hospitalisé en chirurgie ambulatoire.

Un bilan d'activité de l'endoscopie est réalisé de façon annuelle.

Le suivi des indicateurs a permis la mise en place d'axes d'amélioration comme la traçabilité de la douleur en SSPI.

## A / AGIR

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

Le Patient traceur en Endoscopie- chirurgie ambulatoire du 14/02/2017 a permis la mise en place d'un plan d'actions, actuellement en cours : réactualisation de la feuille de consentement éclairé du patient afin de faciliter son remplissage, non retranscription des médicaments sur les fiches de liaison, utilisation du plan de soins informatisé, coordination des transmissions médicales....

Un audit de pratique sur la prise en charge du risque lié à la coloscopie en gastro entérologie a permis les améliorations suivantes : consultation obligatoire préalable à la coloscopie (information des médecins traitants), recherche systématique d'ESST, traçabilité de l'information transmise au patient et au médecin traitant systématisée, numéro d'appel en cas d'urgences, mise en place de formulaire de demande d'endoscopie qui prend en compte les risques liés à un traitement anticoagulant, procédure d'annulation d'examen rajoutée dans dossier information patient, compte rendu post endoscopie avec numéro d'appel en cas d'urgences et lettre pour le patient et médecin avec risques possibles de complications et les procédures à suivre.

La communication au sein de l'équipe du bloc opératoire et en direction des instances sur les résultats de la démarche qualité et sécurité des soins est assurée. Cette démarche fait l'objet d'une révision périodique, en concertation avec les professionnels de l'équipe.



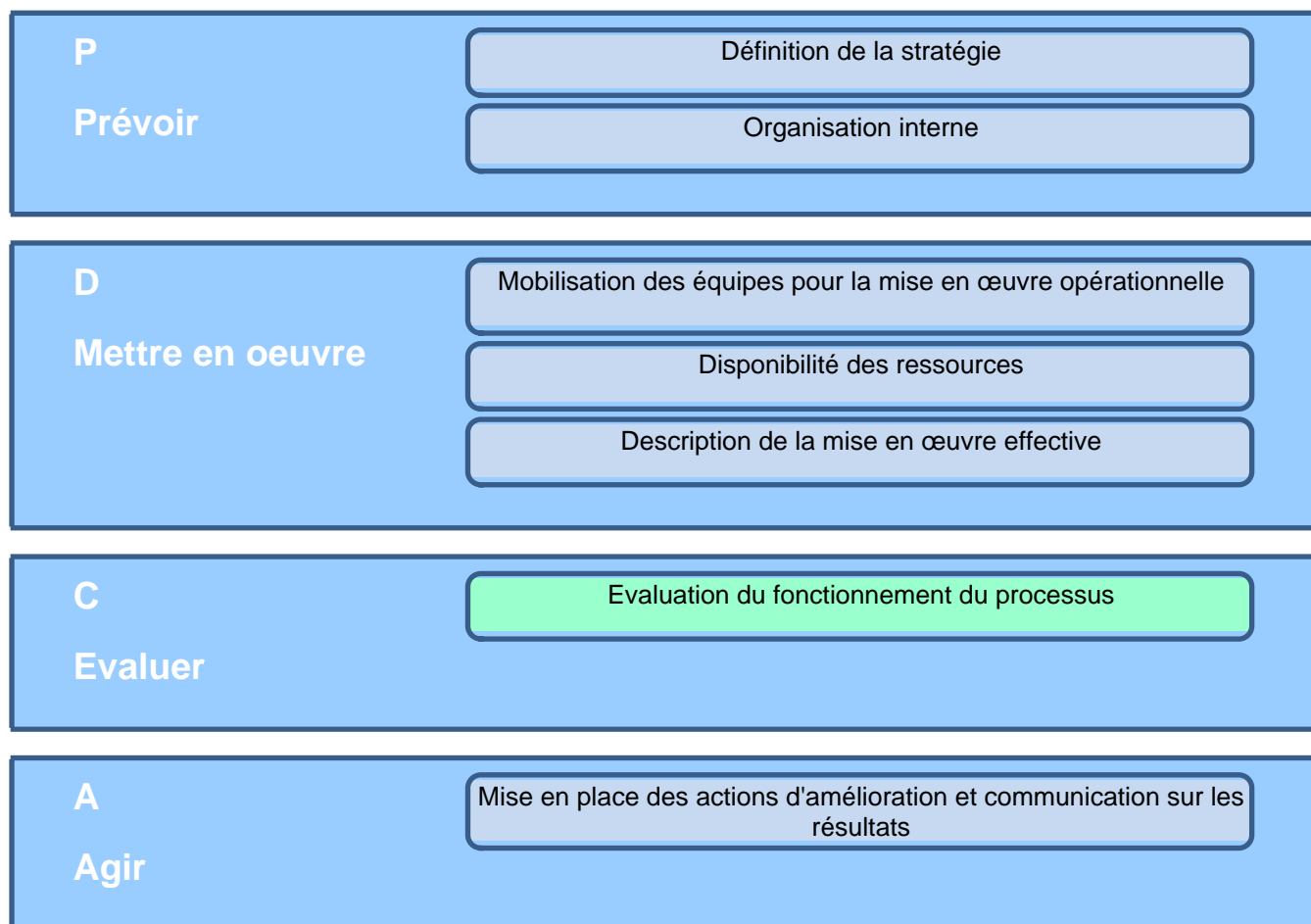
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de Cavaillon-Lauris dispose d'une maternité de niveau I. 549 accouchements ont été réalisés en 2016 (dont 151 par césarienne). Il est remarqué depuis le début d'année 2017 une augmentation des accouchements (+10% par rapport à 2016 sur les 4 premiers mois de l'année).

Les orientations stratégiques de l'établissement prennent en compte le niveau de risque foeto-maternel selon le type de maternité et formalisent les collaborations inter établissements adaptées. Les différents documents nécessaires à la définition de la stratégie ont été validés par les instances.

Le projet d'établissement et le projet médical 2014-2018 disposent d'un axe périnatalité avec des objectifs d'évolution d'activité, de restructuration et de modernisation de l'unité obstétrique, de renforcement de collaboration avec les pédiatres et des partenariats à développer. Des travaux de rénovation sont en cours sur le secteur naissance. Afin de répondre à la demande des patientes désirant un accouchement moins médicalisé, une salle d'accouchement physiologique (salle nature) est en expérimentation.

Le projet de service 2015-2018 donne les objectifs à atteindre et, les organisations et fonctionnements à mettre en place pour y parvenir ainsi que, les collaborations de territoire (avec le Centre Hospitalier d'APT et le PRADO)

Dans le cadre du réseau périnatal PACA-Corse-Monaco, le CHI travaille avec la maternité de niveau II d'Avignon et pour le niveau III avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Hôpital Nord de Marseille. Il travaille par ailleurs, dans le cadre du réseau de proximité RESPECA, avec les différents intervenants en parentalité du bassin de Cavaillon et ; participe dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Vaucluse au centre périnatal de proximité de Apt. Un gynécologue de Cavaillon s'y déplace une fois par semaine pour réaliser des échographies. Des collaborations sont mises en œuvre avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Une cartographie à priori des risques a été réalisée en groupes de travail pluridisciplinaires, en adéquation avec les thématiques de la Haute Autorité de Santé (HAS). 2 Sages- Femmes (SF), 2 Aides-Soignantes/Auxiliaires Puéricultrices (AS/AP), 1 Cadre, 2 médecins ont participé à 14 réunions de 2h chacune. La méthode choisie, débutée en Avril 2016, découle de la cartographie réalisée en 2014 et, réactualisée. Elle optimise le parcours de la patiente et de sa prise en charge ainsi que celle du nouveau-né en salle de naissance.

Les risques ont été identifiés, analysés et hiérarchisés selon la grille de la Haute Autorité de Santé (HAS) et, formalisés dans un programme d'actions préventives et de surveillance.

Les indicateurs utilisés sont la prévention de l'hémorragie de la délivrance après un accouchement (DEL1 A, DEL2 C, DIAG (diagnostic HPP) 93%, GEST A (gestes endos utérins) ; la prise en charge initiale de l'Hémorragie du Post Partum Immédiat (PECI HPP) 88% ; la Surveillance Clinique Minimale en salle de naissance après un accouchement B (SURMIN) . Ils ont été pris en compte pour prioriser les risques dans le Compte Qualité (CQ). Les questionnaires de satisfaction des usagers sont exploités.

Les principaux risques identifiés sont le défaut de prise en charge d'un nouveau-né en limite de viabilité, l'erreur d'identité, le défaut de maîtrise de réanimation du nouveau-né, le défaut de prise en charge des naissances prématurées, le défaut de prise en charge et d'organisation lors d'une césarienne en urgence, le risque hémorragique, l'anémie importante, le défaut de consultation pré anesthésique, le déficit d'information (patient mal ou non suivie, en "errance" médicale), le risque de complication de l'épisiotomie, pas d'identité connue.

Un plan d'actions prioritaires, retrouvé dans le Plan d'Action de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS), a été mis en œuvre dans un calendrier précis : protocole des soins palliatifs en salle de naissance, manuel réa bébé, vérification orale de l'identité du patient par les soignants, procédure de gestion d'identité du patient, mise en place d'étiquettes en couleur pour les bébés, formations à la réanimation du nouveau-né, protocole de réanimation du nouveau-né, formation des personnels, protocoles de prise en charge en cas de naissance prématurée, protocole d'appel en urgence, listes du personnel de garde affichée en salle de naissance, utilisation d'un code couleur graduant l'urgence, logigramme "qui fait quoi", procédure de commande de PSL lors d'une hémorragie, mise en place d'un dépôt de sang sur place, consultation de pré anesthésie obligatoire à 34/35 Semaines d'Aménorrhée (SA) et/ou consultation en salle de naissance en

cas d'urgence, rangement des dossiers en cours dans le bureau des sages-femmes , staff tous les matins pour conduite à tenir des dossiers difficiles, protocole suture 1fil/1 nœud, protocole identité inconnue.

Le CQ a été présenté et validé aux différentes instances : Directoire, Conseil de Surveillance (CS), Commission Médical d'Etablissement (CME), Commission de Soins Infirmiers Rééducation et Médico Technique (CSIRMT), COPIL Qualité Gestion des Risques (QGR), Commission Des Usagers (CDU).

## ORGANISATION INTERNE

La politique d'amélioration de la qualité s'inscrit dans le projet d'établissement du CHI Cavaillon-Lauris et repose sur le COPIL-QGR. Ce comité se réunit au moins 2 fois par an. Depuis début 2015, en lien avec le positionnement de la CME, tous les chefs de pôles, ainsi que les cadres de santé ont intégré ce comité.

Des pilotes ont été nommés pour gérer la thématique salle de naissance : le médecin chef de service de Gynécologie-Obstétrique, le cadre SF coordinatrice du pôle chirurgie/ maternité et, un pédiatre. Ils disposent d'une fiche de mission institutionnelle, validée en mars 2016, avec une échéance à avril 2017. Ils travaillent en lien avec la CME, le Conseil de bloc et la Direction QGR.

Les pilotes ont reçu une formation sur la notion de processus, d'élaboration d'une cartographie et du plan d'action. Ils ont pour mission de formaliser la description du processus ; élaborer la cartographie des risques selon les étapes de chaque processus en définissant la criticité, les moyens de maîtrise et en renseignant les indicateurs en lien avec chaque risque ; élaborer le plan d'action ; déterminer les indicateurs.

Une AS/AP est référente qualité et fait le lien entre la direction de la qualité et les secteurs d'activité quant à la gestion documentaire et gestion des risques. Elle informe le personnel des « news » qualité.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, règlementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Les protocoles et procédures concernant le fonctionnement et les organisations du service maternité et de la salle de naissance ont été réalisés selon le calendrier fourni.

La charte de fonctionnement du service, réajustée en septembre 2016, établit les besoins en ressources humaines, qui sont encadrés par des textes règlementaires.

La charte de fonctionnement du secteur naissance, datant de juillet 2015 est en cours de réajustements. Elle définit les règles de fonctionnement, décrit les matériels, les règles et procédures à suivre.

Le processus de la prise en charge de la patiente en Gynécologie- Obstétrique est écrit au sein de ces chartes.

L'organisation des interfaces permet l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs. Une procédure est réalisée pour faciliter la prise en charge des patientes arrivant aux urgences et relevant de la filière d'aval du service interne de Gynécologie-Obstétrique. Le cadre de maternité participe à la commission de programmation du bloc opératoire.

Les professionnels sont associés aux groupes de travail et réflexions du service : Revue de Morbi Mortalité (RMM), Comité de Retour d'Expériences (CREX), patients traceurs, staffs,...

Les fiches de poste sont réalisées. Elles sont à disposition sur le logiciel de Gestion Documentaire (GED) et dans un classeur au sein du service. Un organigramme du secteur a été réalisé. Une doublure des nouveaux arrivants est effective en fonction du métier.

Des formations sont réalisées et inscrites dans un plan de formation institutionnel : formation e-learning à l'identitovigilance, formation des SF aux gestes d'urgence, formation des personnels médicaux et des SF à l'Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (ERCF)...

L'Education Thérapeutique dans le cadre du diabète gestationnel est mise en œuvre par les SF, gynécologues et diététiciennes.

L'organisation mise en place permet la disposition des ressources nécessaires en temps utile.

Les locaux sont en cours de restructuration. Ils sont adaptés et suivent la réglementation.

Le bloc est situé à proximité sur le même étage. Les chambres sont en grande majorité à 2 lits. La douche est à l'extérieur.

Dans l'attente de la restructuration complète du service (en cours) et de la transformation en chambres individuelles, des locaux sont organisés pour permettre aux mamans de s'isoler (local allaitement). Il n'existe pas de sectorisation du service mais les patientes qui occupent une chambre double sont regroupées en fonction de la spécialité (gynécologie, Interruption Volontaire de Grossesse, surveillance de grossesse, accouchée).



Les salles de pré travail et de naissance sont équipées de matériel adapté avec des chariots de soins vérifiés tous les jours.

Un chariot d'urgence est vérifié tous les jours par l'Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat (IADE) du bloc ainsi que, l'ouverture des salles de naissance (check list). Les salles sont toutes organisées de la même manière. Les dotations de matériel sont réalisées.

Il existe un suivi du matériel biomédical. Une demande sur document papier est réalisée si nécessaire, renforcé par l'appel du cadre en cas d'urgence.

La gestion du système documentaire est définie et connue des professionnels, qui utilisent le logiciel spécifique.

Dans l'attente du déploiement du DPI spécifique à la maternité, un dossier obstétrical (version papier, archivé dans le bureau des sage femmes) suit la parturiente du début de sa prise en charge jusqu'à l'examen post natal. Ce dossier est ensuite archivé selon la procédure générale de l'établissement. Les prescriptions médicales sont réalisées informatiquement.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le médecin chef du service, le pédiatre et le cadre se chargent du pilotage et de la mise en œuvre de la démarche.

Les risques et actions ont été travaillés avec les professionnels du secteur, qui ont participé à l'élaboration des protocoles et procédures au-delà de l'analyse des pratiques. Les objectifs ont été travaillés au sein du secteur par les équipes sous la houlette des pilotes.

Les équipes participent à la déclaration des Événements Indésirables (EI) et à leur analyse. Elles participent aux RMM, aux Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), aux CREX. Elles ont participé à la gestion des risques prioritaires. Elles participent aux staffs pluridisciplinaires organisés de façon quotidienne, mensuelle et aux réunions de services (3 à 4 par an).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels sont positionnés en lien avec la réglementation et l'activité 24h sur 24, 7jours sur 7.

Les plannings médicaux sont réalisés et validés par le chef de service et affichés. Deux Gynécologues-Obstétriciens sont présents par jour du lundi au vendredi, un les week-ends. Les astreintes sont réalisées sur place. Les missions de chacun sont décrites dans la charte de fonctionnement. Pendant leurs congés et absences, les médecins de garde de jour sont remplacés par les praticiens d'astreinte de nuit. Les urgences sont sécurisées grâce à la garde des chirurgiens viscéraux. Les obstétriciens organisent leur emploi du temps afin que leur activité opératoire ne soit pas programmée en même temps que leur garde en salle de naissance. Un staff quotidien permet de réajuster l'organisation de la journée entre les différents intervenants.

Les plannings des Sages-Femmes (SF) et des équipes para médicales sont réalisés, validés et affichés par la SF coordinatrice du service. Une SF est positionnée sur la salle de naissance en 2x 12h. 1SF est positionnée en 2x12h sur les suites de couche et la réalisation des échos. Le personnel du service est par ailleurs constitué d'Aides-Soignantes (AS)/ Auxiliaires Puéricultrices (AP) présentes en 2x 12h sur les secteurs naissance et nurserie et 1x12h sur le secteur suite de couches. Des fiches de poste ont été réalisées.

Une AS/AP est référente à la qualité, une au CLIN. Une AS/AP participe au comité éthique. Les SF sont formées à diverses méthodes de prise en charge : hypnose médicale, acupuncture...

Une SF est référente pour les étudiants et nouveaux arrivants. Un tutorat est mis en place avec un parcours d'intégration. Les premières gardes sont doublées.

Le personnel est formé à l'urgence néo natale. Des procédures d'appel d'urgence sont réalisées. Le dernier code rouge a permis de vérifier la qualité de la procédure (bébé sorti au bout de 11 minutes).

Les professionnels sont formés à la prise en charge du nouveau-né prématuré ou en limite de viabilité, aux bonnes pratiques de la salle de naissance. Ils participent aux formations institutionnelles (douleur, prise en charge nutritionnelle, erreurs médicamenteuses, gestion documentaire, ...).

Tous les professionnels du service ont participé à la formation e-learning d'identitovigilance.

Les SF sont formées à la réfection de l'épisiotomie (méthode de suture 1fil/ nœud) avec mise en place de tutorat, à la surveillance fœtale par le rythme cardio fœtal.

Les AS/AP sont formées à la place de l'AS/AP en salle de naissance.

Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHI est situé au 1er étage du bâtiment Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) de l'établissement. Il comporte 2 secteurs.

Le secteur hospitalisation est composé de 18 lits, d'une nurserie centrale comprenant trois baignoires et 6 tables à langer (pour privilégier les échanges entre mamans), et un salon d'allaitement où les mamans peuvent s'isoler.

Le secteur naissance comprend une salle d'examen, une salle d'échographie, une chambre de pré-travail, deux salles de travail, une salle de réanimation néo-natale, une salle néo-natale, une salle d'accouchement physiologique.

Une salle d'intervention est en permanence réservée pour une éventuelle césarienne au bloc opératoire à proximité immédiate.

Une procédure d'appel en urgence du personnel du bloc obstétrical est opérationnelle et connue des professionnels.

La traçabilité est organisée et opérationnelle, dans les différents domaines.

Le bio nettoyage est effectué par les AS/AP du service selon les protocoles validés par l'EOH et le CLIN. Seuls les couloirs sont réalisés par une équipe de bio nettoyage centralisée. La traçabilité est effective.

Le Matériel d'urgence et d'anesthésie sont exclusifs à la salle de travail, contrôlés au quotidien avec l'aide d'une check list par les IADE. Les salles sont contrôlées par les SF à chaque changement de poste selon une check List. La traçabilité est effective. Le chariot d'urgence est organisé et suivi selon la procédure institutionnelle.

L'équipe bio médicale assure la maintenance préventive du matériel une fois par semaine et répond aux besoins par ailleurs.

Les médicaments sont livrés en secteur naissance dans des containers scellés. Des tests de préparation nominative des médicaments par la pharmacie sont en cours sur le secteur maternité/ gynécologie.

Les demandes d'investissement sont réalisées et négociées par pôles et, validées par le Directoire.

Les outils informatiques sont en nombre et utilisables par le personnel.

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

Les chartes de fonctionnement du service et du secteur naissance expliquent les organisations mises en place, les interfaces, les fonctionnements. Un protocole de bonnes pratiques de soins en maternité est réalisé.

Les différentes activités sont régulées et garantissent le respect de la programmation et la sécurité de la patiente.

Des consultations gynécologiques sont assurées du lundi au vendredi par les gynécologues du service.

Les échographies gynécologiques et obstétricales sont assurées du lundi au vendredi par des praticiens du service, qualifiés en échographie.

Les consultations de SF sont assurées le lundi, mardi et jeudi : entretiens du quatrième mois, consultations prénatales, rééducation périnéale, suivi post-natal (allaitement, contraception...).

Des Cours de préparation à la naissance et à la parentalité sont organisés.

La consultation d'Anesthésie est obligatoire.

Les consultations de Pédiatrie sont assurées par les pédiatres du service le lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi après-midi.

Une consultation d'Addictologie est assurée le mercredi.

Un des obstétriciens du service fait la visite tous les jours, accompagné de la SF du service et de la SF coordinatrice. La visite du pédiatre est réalisée tous les jours.

Une SF, assistée d'une AS/AP, prend en charge, de jour comme de nuit, les mères et les nouveau-nés pendant le séjour avec possibilité d'acupuncture, d'homéopathie, de massages bébés, d'accompagnement personnalisé à l'allaitement maternel.

Les patientes sont informées qu'elles peuvent se présenter H24 à la maternité pour une consultation ou un avis. Elles sont accueillies et prises en charge par la SF de garde.

Un document élaboré par les équipes du Service d'Accueil des Urgences (SAU) et de la maternité sur la "Filière d'aval interne de gynécologie obstétrique" décrit très précisément les modalités de prise en charge des patientes se présentant pour une urgence gynécologique ou obstétricale au service des urgences centrales.

Les parents sont accompagnés dans la prise en charge du nouveau-né en amont et post naissance : plaquette d'information sur le service maternité (organisation, locaux, équipe...), plaquette d'information

sur la sortie avec des conseils (contraception, hygiène, allaitement, activité, tétées, sommeil du bébé...), plaquette de conseils de base pour l'allaitement, plaquette d'information sur les massages au bébé... Ces documents sont proposés et expliqués aux parents. Une puéricultrice de la PMI intervient au sein du service le mardi et jeudi matin. Elle intervient lors des staffs médico-psycho-sociaux organisés tous les deux mois via le réseau RESPECA. Un médecin responsable du CPEF intervient à la demande, ainsi qu'un conseiller conjugal et familial, référent en violence conjugale. Une psychologue est attachée au service. Il peut être fait appel à une assistante sociale ou toute équipe transversale en fonction des besoins.

Dans le cadre de l'urgence, des procédures sont effectives (utilisation de la mallette d'urgence dans le cadre de l'HPP, réanimation du nouveau-né en salle de naissance...). La mallette HPP est contrôlée à chaque utilisation et vérifiée une fois par mois. Les péremptions sont tracées à l'extérieur de la mallette.

Les Produits Sanguins sont disponibles au sein du service en cas d'urgence transfusionnelle. Une procédure de délivrance de ces produits est réalisée.

La Liste du personnel de garde et la procédure code couleur sont affichées en salle de naissance.

Un livret d'accueil est remis à l'entrée de la patiente. La prise en charge de la douleur est procédurée pour la maman et le bébé. Une césarienne peut être proposée, après discussion en staff des bénéfiques/ risques.

Des procédures de prise en charge sont réalisées dans le but de sécuriser celles ci : peau à peau, déclaration de naissance, prévention de l'hémorragie de la délivrance...

Le dossier est organisé en document unique avec des sous dossiers (anesthésie, transfusionnel ...). Le dossier de suivi libéral de la femme enceinte est intégré au dossier lors de son admission ou, en amont, lors d'une consultation.

Une Check- List est utilisée au bloc opératoire en cas de césarienne.

L'ensemble des données relatives au déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance est tracé dans le dossier de la mère : partogramme, compte-rendu d'accouchement, surveillance post partum, feuille de transmission pour les suites de naissance, examen du nouveau-né...

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La SF coordinatrice est responsable du dispositif d'évaluation.

Elle veille au suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Elle veille à la réalisation et au suivi des audits, Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), CREX, RMM.

Elle suit les Indicateurs de la Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) : tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésie et, hémorragie de la délivrance.

Elle suit les indicateurs du CQ et le bilan des Evénements Indésirables (EI).

Elle suit les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des patientes et les indicateurs du service : nombre d'accouchements et de naissances, taux de péridurales/ nombre d'accouchements, taux de césariennes/ nombre d'accouchements, nombre de transferts vers maternité niveau II ou niveau III, nombre de nouveaux nés par âge gestationnelle et par poids, nombre d'IVG avec proportion d'IVG médicamenteuses, nombre d'actes par nature de chirurgie gynécologique traditionnelle.

Sont aussi suivis la surveillance des infections nosocomiales en maternité, la surveillance des sites opératoires en lien avec le C-CLIN Sud Est auquel elle participe.

Les résultats des indicateurs internes sont communiqués lors des réunions de service et des staffs. Un classeur d'information est laissé à disposition des professionnels.

Les indicateurs nationaux font l'objet d'un affichage en service et dans l'espace destiné au public.

## A / AGIR

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

Les pilotes organisent avec les professionnels la mise en œuvre des actions d'amélioration, au regard des résultats obtenus. Les EI sont analysés et présentés aux équipes lors de réunions pluridisciplinaires sous forme de REX.

Suite à l'EPP sur la pertinence des césariennes programmées à terme, démarrée en mars 2016, un staff quotidien a été mis en place. Il permet un suivi des dossiers de la veille avec un focus sur les indicateurs

CESAR. Cet EPP se poursuit et a permis de diminuer le nombre de césariennes.

Les Staffs mensuels sont pluridisciplinaires (équipes médicales, AS/AP, Sages-Femmes, psychologue, diététicienne...) et, permettent une analyse des dossiers complexes de femmes enceintes, l'identification au fil de l'eau des dysfonctionnements et des écarts au regard des protocoles et le rappel des bonnes pratiques.

Les SF présentent les dossiers de la garde au staff quotidien ce qui favorise la vigilance et le partage d'expérience sur l'interprétation du RCF.

Des RMM sont réalisées tous les deux mois, depuis 2011, et ont permis la mise en place d'axes d'amélioration : formation de l'équipe médicale à l'interprétation des ERCF (les 14 SF du service sont formées), modifications du partogramme et intégration au dossier d'accouchement, présentation de dossiers au réseau périnatal de PACA, mises en place de protocoles (soins palliatifs du nouveau-né, prise en charge du nouveau-né prématuré...),...

Un staff médico-psycho-social est organisé tous les deux mois par le réseau RESPECA auquel participe la SF coordinatrice du service.

Une EPP est réalisée de façon annuelle sur les HPPI. Des actions ont été mises en place comme la modification du protocole, la création d'un logigramme, la définition des tâches de chaque acteur, la réalisation d'un kit d'urgences spécifique HDD. Cette EPP se poursuit.

L'équipe soignante a mis en place une EPP sur la douleur du nouveau né.

Le partogramme est suivi régulièrement depuis 2007 (audit, staff, revue de dossiers...)